



**Universidade de Aveiro** Departamento de Educação  
2011

**CRISTINA MARIA  
CORREIA BARROSO  
PINTO**

**DESENVOLVIMENTO DO PENSAMENTO ÉTICO NO  
CONTEXTO DA FORMAÇÃO INICIAL DOS  
ENFERMEIROS**





**CRISTINA MARIA  
CORREIA BARROSO  
PINTO**

**DESENVOLVIMENTO DO PENSAMENTO ÉTICO  
NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO INICIAL DOS  
ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Didáctica e Formação, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu, Professor Coordenador com Agregação na Escola Superior de Enfermagem do Porto e co-orientação da Professora Doutora Maria Isabel Lobo de Alarcão e Silva Tavares, Professora Catedrática Aposentada, do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.

Bolsa de Investigação atribuída pelo FCT, financiada pelo POPH – QREN, comparticipada pelo FSE e por fundos nacionais do MCTES.



## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a todos os enfermeiros e também aos meus familiares mais próximos e amigos, pelo incansável estímulo, apoio, compreensão e também pelo tempo que lhes neguei através da minha ausência.

Aos colegas de trabalho e amigos pelo incentivo, cooperação e empenho demonstrados ao longo deste percurso.



## O júri

Presidente

Prof. Doutor António Ferreira Pereira de Melo  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Isabel de Alarcão e Silva Tavares  
Professora Catedrática Aposentada da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu  
Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar  
Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Ângela Perpétua Rodrigues  
Professora Auxiliar do Instituto de Educação da Universidade de Lisboa

Prof.<sup>a</sup> Doutora Marília dos Santos Rua  
Professora Adjunta da Universidade de Aveiro





## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Wilson Abreu, orientador do trabalho, pelo desafio que me colocou numa das múltiplas deslocações que efectuamos em trabalho, pelo “Mestre” que tem sido e que me tem acompanhado ao longo destes anos e a quem devo muitos dos meus “crescimentos”. Obrigada pela cumplicidade, companheirismo e solidariedade nos momentos de dificuldade e pelos “dez minutos” que sempre teve para mim.

À Professora Doutora Isabel Alarcão, co-orientadora deste trabalho, pelo incentivo, orientação, compreensão, amizade, apoio científico e observações pertinentes, sempre com muita delicadeza em momentos tão decisivos e que, sem eles, não seria possível a concretização deste estudo.

Aos meus pais por tudo o que representam para mim, por tudo o que me ensinaram e por tudo aquilo que nunca conseguirei transmitir por palavras. O meu muito obrigada, pelo apoio que sempre depositaram em mim e pela confiança em acreditar que é sempre possível alcançar o que desejamos.

Ao Adelino pela sua presença constante, pelo afecto, incentivo, amor, companheirismo, momentos de descontração e pelos projectos a três...

Ao Rodrigo, pelo tempo “roubado”.

À minha irmã Manuela, pelo apoio e dedicação nos momentos decisivos deste percurso e também, pelo tempo que dispensou ao meu filho.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, instituição a que pertencemos e que nos concedeu autorização para a realização desta investigação.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia, cujo apoio foi essencial, através da concessão de uma bolsa de investigação que nos permitiu contactos fundamentais com outras instituições e investigadores e cujos espaços-tempos com eles partilhados, em seminários e contactos informais, constituíram estimulantes e motivadoras oportunidades de reflexão sobre a temática que procurávamos aprofundar.

Aos estudantes que de forma voluntária participaram neste estudo e que pela sua disponibilidade tornaram exequível este trabalho.

À Fátima um agradecimento muito especial pela autenticidade, cumplicidade, colaboração, “apoio moral” e pelos almoços “revigorantes” nas horas mais difíceis deste percurso científico. E ainda, pela amizade, compreensão e partilha de saberes.



**Palavras-chave**

Enfermagem, Ética, Ensino Clínico, Supervisão, Juízo Moral, Ideologia Ética, Decisão Ética.

**Resumo**

A prestação de cuidados de saúde coloca os novos enfermeiros face a situações complexas que exigem a mobilização de um conjunto de saberes próprios a fim de poderem responder de modo eficaz à diversidade, imprevisibilidade e singularidade de cada situação da prática clínica. Os ensinamentos clínicos são momentos determinantes na formação dos enfermeiros, pois são simultaneamente momentos de transformação de saberes, de aquisição da profissionalidade e de desenvolvimento de perfis de competências. Estas três dimensões fomentam a consciencialização do estudante para assumir novos papéis, através do confronto com situações concretas de saúde e de doença. É também neste confronto com as situações reais que surgem conflitos que envolvem valores, atitudes e emoções. Trata-se de momentos difíceis, geradores de stress, mas de importância fundamental para o desenvolvimento do processo de pensamento e construção do juízo ético.

Analisar o processo global de construção do pensamento ético como sistema de desenvolvimento humano nos estudantes de enfermagem, contribuindo para a construção de saberes dirigidos para as estratégias que poderão influenciar a aprendizagem da ética no contexto da formação inicial dos enfermeiros, foi a nossa principal preocupação.

Realizamos um estudo etnográfico, tipo estudo de caso, inserido numa metodologia multimétodo (quantitativa e qualitativa), na Escola Superior de Enfermagem do Porto. A investigação decorreu em três tempos distintos. Num primeiro momento, foi identificada a orientação moral dos estudantes através da aplicação de um questionário (EPQ); num segundo tempo, foi efectuada uma observação participante no sentido de identificar as formas de pensamento dos estudantes e os factores que as influenciaram ou dificultaram; num terceiro momento, foram realizadas entrevistas de forma a clarificar e aprofundar as informações recolhidas.

No tratamento da informação emergiram seis dimensões de análise (contexto da prática, trajectórias da aprendizagem, influência dos modelos da prática, dinâmicas de tutoria - supervisão - e desafios de ordem ética) que nos permitiram compreender a natureza das situações éticas e os padrões de resposta dos estudantes face a essas situações, a influência do ensino da ética e também os factores influenciadores das formas de pensamento ético.

A análise dos resultados revelou que, ao longo do curso de enfermagem, os estudantes desenvolvem o seu pensamento ético numa interacção recíproca de si próprios como pessoas activas (estudante) e o ambiente (contexto), onde se encontram em permanente crescimento (desenvolvimento humano), sendo que o ambiente se encontra também em constante transformação. Isto ocorre num movimento crescente, que se inicia com o “aprender a pensar” através do

## **Resumo (cont.)**

conhecimento acumulado (saber teórico) que lhes permite desenvolver uma actuação através do “aprender fazendo” (saber prático) de modo a atingirem com sucesso a transição para o mundo do trabalho. Tal como qualquer outro processo, o desenvolvimento do pensamento acontece em paralelo com a construção da aprendizagem, segundo etapas ou fases, que caracterizamos como: maturação, consolidação e autonomização.

Ao longo do trabalho foram identificados aspectos fundamentais que carecem de reflexão e mudança nos contextos da formação inicial dos enfermeiros, cuja influência é preponderante no desenvolvimento do pensamento ético, dos quais salientamos: a nível da formação (contextos de ensino, processos supervisivos e formação de supervisores) e a nível do currículo (Plano de Estudos).

**keywords**

Nursing, Ethics, Clinical Training, Supervision, Moral Judgement, Ethical Ideology, Ethical Decision.

**Abstract**

In the provision of health care new nurses are faced with complex situations that require the mobilization of a set of specific knowledge which enable them to respond effectively to diversity, unpredictability and singularity of each clinical practice situation. So, clinical teaching is a decisive moment in nurses' training, being a moment of knowledge transformation as well as a moment of professional identity and skills profiles development. These three dimensions foster the student's awareness to assume new roles, through the confrontation with real health and disease situations. It is also in this confrontation of real situations that conflicts involving values, attitudes and emotions arise. Although these are difficult and stressful times, they are of extreme importance for the development of the thinking process and the construction of the ethical judgment.

Our main concern was to analyze the holistic construction process of the ethical thought in nursing students as a system of human development, contributing to the development of knowledge oriented to strategies that may influence the ethics learning in the context of initial nursing training.

We conducted an ethnographic case study imbedded in a multimodal methodology based on quantitative and qualitative methods at the Nursing School of Porto. The research took place in three different moments. At first, we identified the students' moral orientation through the application of a questionnaire (EPQ). Secondly, an active / participant observation was carried out to identify the student's ways of thinking and the factors that favored or hindered them. Finally, interviews were conducted in order to clarify and deepen the information gathered.

Six dimensions of analysis emerged during the information processing task (the practice context; the learning paths; the influence of practice models; the dynamics of mentoring, supervision and ethical challenges). These dimensions allowed us to understand not only the nature of ethical situations and the student's response patterns when coping with such situations, but also the influence of ethics teaching as well as the factors that influenced the forms of ethical thought.

The results analysis showed that throughout the nursing course students develop their ethical thinking through a reciprocal interaction of themselves as active people (students) and the constantly changing environment (context) in which they are also permanently growing (human development). This occurs in a growing movement that begins with "learning to think" through the accumulated knowledge (theoretical knowledge) which helps them to develop a performance through learning by doing (practical knowledge) in order to achieve a successful transition into the working world. Like any other process, the thinking happens in parallel with the learning construction, according to stages or phases which we characterize as maturation, consolidation and empowerment.

Throughout this work, key issues were identified which require reflection and change in the nurses' initial training contexts whose influence is prominent in the ethical thinking development, from which we emphasize the training (teaching contexts, supervised processes and supervisors training) and the curriculum (syllabus).



## ÍNDICE

|  |            |
|--|------------|
| <b>LISTA DE FIGURAS</b> .....  | <b>v</b>   |
| <b>LISTA DE ORGANOGRAMAS</b> .....   | <b>vii</b> |
| <b>LISTA DE QUADROS</b> .....  | <b>ix</b>  |
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>1</b>   |
| <b>PARTE I</b>   |            |
| <b>FORMAÇÃO DO JUÍZO MORAL EM CONTEXTO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA</b>                                     | <b>17</b>  |
| <b>1. ENFERMAGEM E ÉTICA: ACTORES E CONTEXTOS</b> .....  | <b>19</b>  |
| 1.1. O enfermeiro como actor moral e ético: contributo para uma ética do cuidar                        | <b>20</b>  |
| 1.2. Dilemas éticos da prática de cuidados: ética dos princípios <i>versus</i> ética das virtudes..... | <b>28</b>  |
| 1.3. Valores e responsabilidade profissional: a ética do dever.....                                    | <b>34</b>  |
| <b>2. CONTEXTO CLÍNICO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL</b> .....  | <b>43</b>  |
| 2.1. Natureza dos contextos clínicos.....  | <b>44</b>  |
| 2.2. Os cuidados de enfermagem: retrocessos e processos de dedução.....                                | <b>50</b>  |
| 2.3. Enquadramentos profissionais: uma perspectiva ecológica.....                                      | <b>63</b>  |
| <b>3. FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO</b> .....   | <b>77</b>  |
| 3.1. A aprendizagem em contexto clínico.....   | <b>78</b>  |
| 3.2. Que acompanhamento em contexto clínico?.....  | <b>92</b>  |
| 3.3. Modalidades e estratégias de desenvolvimento de competências.....                                 | <b>106</b> |
| <b>4. DESENVOLVIMENTO DO PENSAMENTO ÉTICO EM ENFERMAGEM</b> .....                                      | <b>127</b> |
| 4.1. Desenvolvimento moral do estudante de enfermagem.....   | <b>128</b> |
| 4.2. A decisão ética: consciência moral <i>versus</i> acção moral?.....                                | <b>137</b> |
| 4.3. Processos de formação e de aprendizagem da ética em enfermagem.....                               | <b>145</b> |

## PARTE II

### OPÇÕES METODOLÓGICAS 159

|  |            |
|--|------------|
| <b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO</b> .....                       | <b>161</b> |
| 1.1. Metodologia do estudo.....                                  | <b>163</b> |
| 1.2. Modo de investigação: o estudo de caso e a etnografia ..... | <b>165</b> |
| 1.3. Técnicas de recolha da informação.....                      | <b>170</b> |
| 1.4. Contexto da pesquisa.....                                   | <b>180</b> |
| <b>2. DESENVOLVIMENTO EMPÍRICO</b> .....                         | <b>187</b> |
| 2.1. Trabalho de campo.....                                      | <b>188</b> |
| 2.2. Recolha de dados.....                                       | <b>190</b> |
| 2.3. Tratamento e análise da informação.....                     | <b>192</b> |
| 2.4. Processos de triangulação .....                             | <b>202</b> |

## PARTE III

### PENSAMENTO ÉTICO EM ENFERMAGEM: ESTUDO EMPÍRICO 207

|  |            |
|--|------------|
| <b>1. O CONTEXTO CLÍNICO NA CONSTRUÇÃO DO PENSAMENTO ÉTICO</b> ..... | <b>209</b> |
| 1.1. Natureza dos contextos e processos de socialização.....         | <b>210</b> |
| 1.2. Os modelos da prática: influência no desenvolvimento moral..... | <b>231</b> |
| 1.3. Competências prévias: contributo para a formação moral.....     | <b>243</b> |
| <b>2. PROCESSO SUPERVISIVO E MEDIAÇÃO DE APRENDIZAGENS</b> .....     | <b>249</b> |
| 2.1. A relação supervisiva: das expectativas à intervenção.....      | <b>249</b> |
| 2.2. O tutor como promotor de aprendizagens.....                     | <b>259</b> |
| 2.3. Mediação na construção do pensamento ético.....                 | <b>266</b> |
| <b>3. A APRENDIZAGEM EM CONTEXTO CLÍNICO</b> .....                   | <b>277</b> |
| 3.1. Expectativas dos formandos.....                                 | <b>278</b> |
| 3.2. Trajectos de formação.....                                      | <b>284</b> |
| 3.3. Escola e desenvolvimento de competências.....                   | <b>310</b> |



|  |            |
|--|------------|
| <b>4. IDEOLOGIA ÉTICA E JUÍZO MORAL EM CONTEXTO CLÍNICO.....</b>                               | <b>320</b> |
| 4.1. Ideologia ética e juízo moral na decisão clínica.....                                     | <b>322</b> |
| 4.2. Construção do pensamento ético: do processo ao conteúdo.....                              | <b>334</b> |
| 4.3. Ética e enfermagem: contributos no desenvolvimento do pensamento em contexto clínico..... | <b>343</b> |
| <br>   |            |
| <b>CONCLUSÃO.....</b>  | <b>357</b> |
| <br>   |            |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>   | <b>385</b> |
| 1. Referências bibliográficas.....   | <b>387</b> |
| 2. Documentos legais.....  | <b>429</b> |
| 3. Dissertações e teses.....   | <b>431</b> |
| 4. Documentos electrónicos.....  | <b>435</b> |
| <br>   |            |
| <b>ANEXOS</b>  |            |
| Anexo I. Questionário de Posição Ética   |            |
| Anexo II. Pedido de autorização para a colheita de dados                                       |            |
| Anexo III. Pedido de consentimento informado para a observação participante                    |            |
| Anexo IV. Pedido de consentimento informado para a entrevista                                  |            |
| Anexo V. Guião da entrevista   |            |
| Anexo VI. Matrizes de redução das observações participantes                                    |            |



## LISTA DE FIGURAS

|                   |  |            |
|-------------------|--|------------|
| <b>Figura 1.</b>  | Articulação interinstitucional para a continuidade de cuidados ao utente.....  | <b>49</b>  |
| <b>Figura 2.</b>  | Ambiente ecológico de desenvolvimento humano segundo Bronfenbrenner (1979/2002).....                                   | <b>68</b>  |
| <b>Figura 3.</b>  | Contextos geradores de aprendizagem.....   | <b>81</b>  |
| <b>Figura 4.</b>  | Âmbito das acções do supervisor e do supervisionado.....   | <b>99</b>  |
| <b>Figura 5.</b>  | Processo de <i>mentorship</i> : a progressão do aluno.....   | <b>104</b> |
| <b>Figura 6.</b>  | Sistema de aprendizagem experimental.....  | <b>118</b> |
| <b>Figura 7.</b>  | Aproximação de si e da moralidade com o desenvolvimento de Damon (1984).....   | <b>136</b> |
| <b>Figura 8.</b>  | Representação simbólica da visão de Aristóteles sobre a relação entre prudência e as virtudes intelectuais morais..... | <b>142</b> |
| <b>Figura 9.</b>  | O modelo DECIDE para a tomada de decisões éticas.....  | <b>143</b> |
| <b>Figura 10.</b> | Aprendizagem experiencial, abordagem reflexiva, aprendizagem experimental e processo de <i>mentorship</i> .....        | <b>305</b> |
| <b>Figura 11.</b> | Fases do ciclo de aprendizagem auto-regulada.....  | <b>352</b> |



## LISTA DE ORGANOGRAMAS

|                       |  |            |
|-----------------------|--|------------|
| <b>Organograma 1.</b> | Competências do enfermeiro de cuidados gerais segundo o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros..... | <b>108</b> |
|-----------------------|--|------------|



## LISTA DE QUADROS

|                   |   |            |
|-------------------|---|------------|
| <b>Quadro 1.</b>  | Características diferenciadoras entre juízo moral segundo o sexo.....   | <b>24</b>  |
| <b>Quadro 2.</b>  | Relação entre o tipo de competências definido pelo Tuning e os domínios da Ordem dos Enfermeiros.....   | <b>113</b> |
| <b>Quadro 3.</b>  | Taxonomia das ideologias éticas.....  | <b>172</b> |
| <b>Quadro 4.</b>  | Resumo do número total de semanas e horas do ensino teórico e do ensino clínico por ano de curso.....   | <b>183</b> |
| <b>Quadro 5.</b>  | Perspectiva temporal da colheita de dados.....  | <b>189</b> |
| <b>Quadro 6.</b>  | Dimensões e domínios de análise em estudo.....  | <b>194</b> |
| <b>Quadro 7.</b>  | Análise taxonómica das dimensões em estudo.....   | <b>195</b> |
| <b>Quadro 8.</b>  | Matriz da categorização das entrevistas.....  | <b>200</b> |
| <b>Quadro 9.</b>  | Taxonomia da dimensão “Contexto da prática profissional”.....   | <b>211</b> |
| <b>Quadro 10.</b> | Taxonomia da dimensão “Influência dos modelos da prática”.....  | <b>231</b> |
| <b>Quadro 11.</b> | Taxonomia da dimensão “Trajectórias da aprendizagem”, domínio “Saberes adquiridos”.....   | <b>244</b> |
| <b>Quadro 12.</b> | Taxonomia da dimensão “Dinâmicas de tutoria”, domínios “Expectativas dos estudantes”, “Quem apoiou” e “Relação supervisiva”.....  | <b>250</b> |
| <b>Quadro 13.</b> | Taxonomia da dimensão “Dinâmicas de tutoria”, domínios “Escolha do tutor”, “Relação tutor/escola”, “Preparação do tutor” e “Modelo de tutoria”.....   | <b>260</b> |
| <b>Quadro 14.</b> | Taxonomia da dimensão “Dinâmicas de tutoria”, domínio “Papel do tutor”.....   | <b>267</b> |
| <b>Quadro 15.</b> | Taxonomia da dimensão “Trajectórias da aprendizagem”, domínio “Expectativas dos estudantes”.....  | <b>279</b> |
| <b>Quadro 16.</b> | Taxonomia da dimensão “Trajectórias da aprendizagem”, domínios “Experiências anteriores”, “Factores intervenientes na aprendizagem”, “Experiências significativas”, “Resposta emocional dos estudantes” e “Aprendizagens efectuadas”..... | <b>285</b> |
| <b>Quadro 17.</b> | Taxonomia das dimensões “Trajectórias da aprendizagem” e “Desafios de ordem ética”, domínios “Influência da escola”, “Reflexão sobre a prática” e “Influência do ensino da ética”.....  | <b>311</b> |
| <b>Quadro 18.</b> | Relação entre sexo e as dimensões: idealismo/relativismo.....   | <b>324</b> |
| <b>Quadro 19.</b> | Relação entre ano de curso e as dimensões: idealismo/relativismo...   | <b>325</b> |
| <b>Quadro 20.</b> | Dados estatísticos referentes às afirmações da dimensão idealista...  | <b>326</b> |

|                   |  |            |
|-------------------|--|------------|
| <b>Quadro 21.</b> | Dados estatísticos referentes às afirmações da dimensão relativista  | <b>329</b> |
| <b>Quadro 22.</b> | Relação entre sexo e ideologia ética.....  | <b>331</b> |
| <b>Quadro 23.</b> | Relação entre ano de curso e ideologia ética.....  | <b>331</b> |
| <b>Quadro 24.</b> | Taxonomia da dimensão “Desafios de ordem ética”, domínios “Situações complexas”, “Atitudes dos estudantes” e “Valores envolvidos”..... | <b>334</b> |



---

## INTRODUÇÃO



A enfermagem tem vivenciado mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas. Da tecnicidade centrada na doença, no final do século passado, passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados, uma corrente norteadada pela vertente moral. A saúde passou a ser percebida de um modo mais global e as necessidades da pessoa cuidada aumentaram, tornando-se mais complexas.

A civilização humana tem percorrido um caminho evolutivo, cujos sinais nítidos implicam globalização e inter-relações que se impõem em todos os sectores da vida em sociedade e tornam o mundo mais *uno*, menos parcelar e separado entre si. Desse fac

to emergem repercussões nítidas e evidentes em todos os domínios da vida humana, particularmente nos que têm uma intervenção mais directa na pessoa. Por outro lado, a sociedade do conhecimento que preside actualmente à conjuntura sócio-económica, assenta fundamentalmente no trabalho de natureza intelectual e técnico, que envolve o uso e exploração das ideias, da informação, da técnica e da palavra, em contraposição à ênfase que anteriormente era posta na utilização do corpo e dos seus gestos. Este caminho evolutivo aponta para a existência de patamares éticos cada vez mais exigentes, de forma a responder eficazmente às necessidades que a sociedade nos coloca.

Seguindo estas tendências o curso de enfermagem, hoje, procura dar uma formação que permite aos enfermeiros conhecer melhor a pessoa humana e ter uma acção mais integradora e dinamizadora não só a nível individual mas também a um nível mais alargado actuando, assim, na família (com frequência) e na comunidade (às vezes). Às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar estruturas que permitam o exercício profissional de qualidade. Nesse sentido, é colocado um grande desafio aos enfermeiros que, para responderem de acordo com os critérios de qualidade exigidos, têm de reflectir sistematicamente sobre as suas práticas, definir objectivos adequados aos serviços a prestar e delinear estratégias para os atingir, facto que evidencia a necessidade de haver tempo para realizar os cuidados.

Actualmente, a enfermagem afirma-se como disciplina do conhecimento autónoma, com um campo de intervenção próprio, cujo foco de atenção é “*a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue*” (Ordem dos Enfermeiros, 2004). Sendo assim, ao longo do ciclo vital, o enfermeiro procura intervir no sentido de prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a mesma; também é sua preocupação satisfazer as necessidades humanas fundamentais e fomentar a

máxima independência na realização das actividades de vida diária, bem como estimular a adaptação funcional aos défices e aos múltiplos factores, frequentemente através de processos de aprendizagem da pessoa cuidada.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde. O enfermeiro assume então um papel fundamental no contexto da equipa - o papel de *pivot*. A sua actuação a nível da concepção, prestação e gestão dos cuidados promove o desenvolvimento da pessoa cuidada e agiliza as suas competências no sentido do aumento do repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários de modo a que esta consiga lidar com os desafios que a sua saúde apresenta.

Em Portugal, o exercício da profissão de enfermagem está regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e por um conjunto de normas legais baseadas em directivas europeias que estruturam os modelos de formação e a certificação individual de competências. Desde a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) em 1996, que os enfermeiros se debruçam sobre o lugar dos valores, da ética e do desenvolvimento da prática de cuidados e da educação em enfermagem com o objectivo de melhorar a qualidade das práticas.

A publicação do REPE iniciou uma nova etapa na profissão de enfermagem que aponta claramente para princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais. Nele afloram-se questões que têm a ver com a ética na prática de enfermagem. Por exemplo, no número 1 do artigo 8º podemos ler: *"no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos dos cidadãos"* (Decreto-Lei n.º 161/96, n.º1 do art. 8º, 2961).

De acordo com o Conselho de Enfermagem (CE), o enfermeiro deve estar apto para o exercício autónomo da profissão contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal, social, cultural e ético. A OE (2004), preconiza que o exercício profissional de enfermagem:

*"...centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual [...] no estabelecimento das relações [...] o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem"* (p.4).

A relação terapêutica estabelecida com a pessoa cuidada no âmbito do exercício profissional caracteriza-se pela parceria estabelecida com ela, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Mas esta é sempre uma relação misteriosa, porque se todo o corpo humano é já uma presença misteriosa para si próprio, o encontro sob a forma de prestação de cuidados, acrescenta uma dimensão específica de atenção à interioridade do corpo doente. É aquilo que se quer dizer quando se afirma que o prestador de cuidados se dirige à pessoa inteira do doente e não apenas a um corpo. Noutros termos, o que se deve cuidar não é apenas um corpo que apresenta uma disfunção objectiva no seu funcionamento, mas um corpo que reage interiormente e pessoalmente à disfunção que apresenta. Nesse sentido, a relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar a pessoa cuidada a ser proactiva na conquista do seu projecto de saúde e, várias são as circunstâncias em que esta parceria deve ser estabelecida, envolvendo quer a própria pessoa cuidada quer os conviventes significativos (familiares e/ou cuidadores informais).

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num “*contexto de actuação multiprofissional*” (OE, 2004:5). O enfermeiro tem de tomar decisões que orientem o exercício profissional autónomo, consciente, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa ou do grupo (família ou comunidade). Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa de saúde (intervenções interdependentes) e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Nas primeiras, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação; relativamente às segundas, assume a responsabilidade pela sua prescrição e implementação.

Segundo as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da OE (2004), a tomada de decisão do enfermeiro orienta o exercício profissional autónomo e implica “*uma abordagem sistémica e sistemática*” (p.6). Para isso, o enfermeiro identifica as necessidades, detecta problemas reais e potenciais dos cuidados e prescreve intervenções de forma a evitar riscos e resolver ou minimizar os problemas identificados. Segundo a OE (2004), no processo de tomada de decisão e na fase de implementação das acções, o enfermeiro:

“...*incorpora os resultados da investigação na sua prática. Para tal, reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica – guidelines – constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*” (p.6).

Do ponto de vista das atitudes que qualificam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no seu código deontológico, caracterizam a boa prática da profissão. Ser “bom enfermeiro” corresponde, então, ao profissional que presta cuidados com um nível elevado de qualidade, humanismo e sensibilidade, promovendo níveis de satisfação, também eles elevados, na pessoa cuidada.

A OE também define o conteúdo funcional do enfermeiro de acordo com as suas qualificações que o habilitam para a prestação de cuidados gerais (enfermeiro licenciado). Deste modo, em 2001, o Conselho de Enfermagem da OE definiu os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional que visam, não só melhorar os cuidados de enfermagem, mas também reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros de modo a obter ganhos em saúde. Nesse sentido, foram definidas seis categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado, readaptação funcional e organização de cuidados de enfermagem (OE, 2002).

A imagem tradicional do “bom enfermeiro” é, hoje, regularmente questionada uma vez que a percepção da pessoa cuidada, face aos cuidados e aos contextos que os envolvem, tem sofrido grandes alterações nas últimas décadas. Desde Nightingale que os cuidados e as concepções de enfermagem se desenvolveram, sofrendo alterações extraordinariamente significativas. Nesse sentido, a identidade profissional dos enfermeiros também se alterou. Se, por um lado, a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista do enfermeiro, por outro, o aumento da esperança de vida, com o conseqüente envelhecimento da população e o prolongamento de situações incuráveis tem evidenciado a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva e relacional.

Cada vez mais tem sido dada ênfase à necessidade dos enfermeiros justificarem e serem responsabilizados pelas decisões que tomam face aos cuidados que prestam para com e em nome das pessoas que cuidam. Sob o ponto de vista ético, a má prática e as decisões que conduzem a essa má prática são cada vez mais questionadas e menos aceites, quer pelas instituições de saúde onde se prestam os cuidados, quer pelos próprios utilizadores dos serviços de saúde. A prática baseada na evidência através da utilização de *guidelines* e o desenvolvimento de decisões claras, racionais e sedimentadas no conhecimento traduz uma prática autónoma acompanhada de responsabilização pelas decisões tomadas e pela auto-regulação profissional.

A formação inicial dos enfermeiros faz-se através do Curso de Licenciatura em Enfermagem, regulamentado pela Portaria Nº799-D/99 que aponta para a existência de uma estrutura curricular onde se inclui “*de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico [...] a duração do ensino clínico de enfermagem deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso*” (p.6511). De acordo com Backes (2000), no campo da enfermagem, o ensino deve emanar dos problemas práticos vivenciados pelos estudantes na sua prática de aprendizagem; assim, a proposta do currículo prevê que a formação do enfermeiro contemple actividades práticas e teóricas. Isso significa que, além das actividades teóricas, teórico-práticas e práticas em salas de aulas, laboratórios, seminários e outros estudos da mesma natureza, o currículo deverá abordar o ensino prático comumente adoptado pelas escolas nas diversas áreas da assistência e dos serviços de saúde e designados por ensinamentos ou estágios clínicos.

Com o ensino ou estágio clínico pretende-se proporcionar uma aproximação à vida profissional (Alarcão e Rua, 2005) podendo ser definida como uma etapa de aplicação do conhecimento teórico geradora de reflexão crítica e aperfeiçoamento de competências em situações reais e que proporciona ao estudante a união do saber com o fazer. O ensino clínico, quando bem direccionado, conduz o estudante a desenvolver um agir mais consciente, crítico e criativo (Andrade, 1989; Carvalho, 1999; Guedes, Ohara, Silva e Franco, 2009; Rua, 2009; Santos, 2009; Terra et al., 2006).

Considerando que, grande parte dos saberes em enfermagem se substanciam na acção, não nos surpreende que o ensino clínico ocupe uma parte fundamental do currículo do Curso de Licenciatura. O ensino clínico implica necessariamente um trabalho de conceptualização da prática. O estudante, ao encontrar-se inserido num ambiente real sobre o qual actua e reage, aprende a interiorizar os elementos sócio-culturais do meio (contexto), integrando-os na estrutura da sua personalidade através da influência das experiências; é assim que ele vai construindo o seu saber profissional (Martin, 1991). Este saber é construído através de interacções com profissionais de saúde, pela reflexão e análise das práticas diárias dos enfermeiros e pela decomposição e comparação com os saberes teóricos.

O ensino clínico pode, assim, ser entendido como um eixo estruturante da actividade prática do enfermeiro, em torno do qual se processa a integração, mobilização, apropriação, (des) e (re)construção teórica, bem como a aquisição e desenvolvimento de competências clínicas que permitem ao estudante a sua construção identitária ao mundo

de trabalho (Abreu, 2001, 2003; Benner, 2006; Carvalho, 2005). Ao mesmo tempo, como processo de desenvolvimento formativo contínuo, o ensino clínico permite a descoberta da realidade prática em toda a sua riqueza de experiências e complexidade envolventes. Como nos refere Abreu (2003), enquanto processo, o ensino clínico constitui uma dimensão estruturante da qualidade dos cuidados em saúde que visa a formação do estudante para o profissionalismo no sentido de responder eficazmente às novas situações da prática de cuidados.

Na opinião de Zagonel (1997), o ensino clínico é visto “*como um período de transição, onde o indivíduo que estava num certo equilíbrio homeostático [se] confronta com situações de stress que exigem a utilização de estratégias de coping e de adaptação, o que pode ocasionar desequilíbrio*” (p.36). Esta modificação pode ser utilizada como geradora de mudança e crescimento; no caso específico da enfermagem, o ensino clínico pode ser caracterizado como uma transição da matriz teórica para a prática clínica. Também Abreu (2008) nos reforça esta ideia, referindo que o ensino clínico requer que o estudante interiorize o novo conhecimento, susceptível de alterar o comportamento anterior e, conseqüentemente, a definição de si no contexto social. Esta alteração de papel, a passagem de estudante para prestador de cuidados, constitui um processo de transição (Abreu, 2008) e exige a utilização de estratégias de ensino e aprendizagem promotoras de desenvolvimento pessoal.

Tal como defende Abreu (2008), o ensino clínico não pode ser pensado como a mera aplicação da teoria à prática, centrado no conhecimento do professor, mas como uma oportunidade exclusiva para os estudantes construírem o seu saber a partir das situações clínicas reais que experienciam, reorganizando no seu repertório pessoal os conhecimentos a que tiveram acesso na vertente teórica do curso e alcançando novos saberes e modos de ser e estar de forma a obterem padrões de resposta eficazes e adequados, em função dos diferentes contextos e utilizadores de cuidados.

A definição de estratégias de ensino-aprendizagem em enfermagem deve, assim, proporcionar ao estudante o desejo de aprender. Nesse sentido, a aprendizagem deve ser focalizada em capacidades de pensamento e não apenas em chegar às respostas “certas” nas actividades de rotina tradicionais (Valadares e Moreira, 2009). Os estudantes deverão preparar as suas próprias estratégias no sentido de irem ao encontro das soluções para os problemas e desenvolverem a sua capacidade de autonomia com base na reflexão; eles devem ser capazes de desafiar os seus pensamentos, crenças, percepções e conhecimentos e de trabalharem com múltiplas perspectivas e em



diferentes contextos. Os estudantes têm de ter a liberdade de gerir a sua aprendizagem e, para isso, devem assumir um papel activo, pesquisador, intencional, dialogante e reflexivo. Ao professor cabe adoptar estratégias educativas capazes de cultivar um ambiente construtivo à aprendizagem. Criatividade, cooperação, motivação, preocupação pela aprendizagem, inovação e abertura são, assim, características que o professor deve possuir.

Segundo Renaud (2010), por definição, o enfermeiro trabalha no campo do encontro intersubjectivo. É então possível, ou mesmo frequente e necessário, que este “encontro” seja, antes de mais, iniciado em sentido único, ou seja, é do enfermeiro que se espera o primeiro passo de aproximação, é dele que se espera o cuidado que possa transformar a situação de dependência da pessoa doente num encontro intersubjectivo autêntico. Mesmo sem saber, a pessoa doente espera do cuidado de enfermagem um acompanhamento não apenas técnico, mas ético. E é esta dimensão ética que constitui, em grande parte, a essência do cuidado em enfermagem.

Com isto não queremos dizer que a competência técnica do cuidado de enfermagem pode ser substituída pela dimensão do encontro intersubjectivo. Mais ainda, se nos colocassem perante a escolha entre um cuidado ético mas tecnicamente incompetente e um cuidado de performance do ponto de vista da técnica mas sem atenção pessoal, é provável que preferíssemos um enfermeiro rude mas competente a outro simpático mas cuja incompetência contribui para a degradação do cuidado de saúde. Não se trata de escolher entre dois ramos que contradizem o modelo do “bom cuidado” de enfermagem, mas de esboçar a configuração ou a essência deste cuidado. É preciso ter o discernimento dos dois aspectos igualmente importantes dessa essência: a competência técnica e o relacionamento ético.

Hoje, o enfermeiro é um profissional que incorpora um leque de conhecimentos cuja complexidade conduziu, ao longo dos tempos, a uma necessidade de actualização constante. Aliás, entende-se que o papel do enfermeiro na prestação de cuidados profissionais ocorre em “crises de vida” (transições), em alturas de mudanças em que há necessidades de ajustamento sendo, portanto, necessário equacionar as regras gerais e as decisões morais que, às vezes, entram em conflito numa prática em que se tem de lidar com a morte, aceitar o envelhecimento ou a doença crónica, cuidar do doente terminal e da família, lidar com a recusa de cuidados, gerir a escassez de recursos estabelecendo as prioridades necessárias, gerir a escassez de tempo para a prestação

de cuidados de qualidade, gerir conflitos na equipa multidisciplinar, lidar com a política hospitalar, educar e aconselhar.

Os dilemas éticos da prática quotidiana dos enfermeiros não se limitam aos que fazem os “títulos de primeira página” dos noticiários, como a eutanásia ou a interrupção voluntária da gravidez, mas incluem, por exemplo, o desacordo ou desconforto face às práticas analgésicas que o enfermeiro considera desajustadas ou insuficientes, a dificuldade na avaliação da capacidade para o autocuidado, ou mesmo, das dúvidas que apresentam sobre a melhor forma de apoiar aquela pessoa em particular.

De facto, na prática de cuidados, os enfermeiros têm de efectuar juízos morais e nenhum juízo será justo se não promover o bem-estar dos outros e não reconhecer nas pessoas, simultaneamente, a sua responsabilidade e a sua fragilidade. Independentemente da área em que trabalhem, cada vez mais os enfermeiros se confrontam com problemas éticos e com a consequente necessidade de tomar decisões complexas que exigem adequação aos princípios e valores éticos, em geral, e da profissão, em particular.

Educar para os valores torna-se essencial no âmbito das profissões de ajuda e, actualmente, a enfermagem tem consciência disso. A escola, além de educar para a inteligência e a razão, deve também educar, tal como nos diz Lourenço (1997), para o afecto, a cidadania e a emoção, os chamados três CC (*Care, Concern and Connection*).

Actualmente, o enfermeiro tem criadas as condições para que o desenvolvimento da profissão deixe de estar assente numa moral baseada na exigência unilateral, de serviço, de dever, de prepotência, de autoritarismo e de desrespeito pela opinião da pessoa cuidada em tudo o que lhe diz respeito. A pluralidade e a novidade das questões actualmente colocadas à profissão não têm respostas nos tradicionais tratados ou nas formas convencionais de abordar os problemas. Hoje, existe um pluralismo de posições éticas, pelo que o raciocínio, a consciência e a competência dos juízos, carecem de sabedoria prática (vívda e experimentada), nomeadamente face às escolhas em contextos éticos (incertos).

Parece evidente que é preciso sensibilidade moral, ou seja, a habilidade de reconhecer nos problemas um conflito real ou potencial com os direitos, deveres e princípios. De facto, os enfermeiros estão conscientes que existem diferenças entre os valores verbalizados e não verbalizados, os abertos e os encobertos nos seus locais de trabalho e, também, são conhecedores de que os valores pessoais se cruzam com os profissionais e os institucionais. Se dois doentes chamam por mim ao mesmo tempo, que

factores me levam a decidir a qual respondo primeiro? Se consumo mais tempo no desempenho de algumas actividades e sei que os doentes apreciam, como faço para responder a outros que também precisam de cuidados? Se preparo um doente para prestar o autocuidado: cuidar da ostomia, que factores, devo utilizar para decidir que ele está devidamente preparado para o fazer e accionar a alta clínica?

É no domínio desta preocupação, o domínio do entendimento do processo de pensamento ético, que realizamos esta investigação com vista a contribuir para o desenvolvimento de estratégias, cuja didáctica se inscreve no paradigma do cuidar.

Actualmente, pouca tem sido a investigação empírica efectuada a nível nacional, sobre a avaliação do desenvolvimento sócio-moral e ideologia moral dos enfermeiros. Dos investigadores portugueses, cujos estudos se centraram nos enfermeiros, destacamos Lopes (2000) e Ribeiro (1995), que utilizaram o instrumento de avaliação do desenvolvimento sócio-moral de Kohlberg (1968) e Batista (2006), que utilizou o instrumento de avaliação da ideologia ética de Forsyth (1980).

Ribeiro, em 1995, no seu estudo sobre as concepções dominantes dos estudantes de enfermagem acerca de cuidar e tratar, constatou que os que apresentavam níveis mais elevados de desenvolvimento sócio-moral estavam predominantemente mais vocacionados para o cuidar. Da mesma forma, no seu estudo, Lopes (2000), ao analisar as orientações dos enfermeiros acerca de “Enfermagem” e de “Bom Enfermeiro” e ao relacioná-las com o nível de desenvolvimento sócio-moral à luz dos paradigmas da categorização, integração e transformação, afirma que as pessoas com um nível elevado de raciocínio sócio-moral têm tendência a serem, também, mais desenvolvidas do ponto de vista do cuidar.

Em 2006, Batista, efectuou uma investigação em que pretendia estudar a tomada de decisão em situação crítica, nos enfermeiros. Recorrendo a um instrumento que lhe permitiu avaliar a ideologia ética dos enfermeiros, apurou que estes revelaram ser mais idealistas do que relativistas nas suas decisões perante situações críticas, facto que o levou a concluir que o idealismo tem uma maior influência no juízo ético que o relativismo.

No seu processo de formação, os estudantes sentem-se, muitas vezes, divididos sobre qual a melhor opção a tomar e referem-na frequentemente como sendo uma das suas maiores dificuldades a nível da prática clínica. Sendo as aprendizagens em meio clínico múltiplas e facetadas, devem ser percebidas, planeadas, apoiadas e avaliadas num contexto vasto que contemple uma diversidade de vertentes que vão desde o apoio

ao estudante como pessoa individual à reflexão conjunta, delineando estratégias que promovam a qualidade dos cuidados e a correcção da acção. Muitos dos problemas com que os estudantes se confrontam na prática quotidiana estão relacionados com a gestão e integração que fazem acerca dos conhecimentos que possuem. O estudante, no seu contexto clínico, tem que integrar conhecimentos, desenvolvendo habilidades intelectuais e práticas que lhe permitam incrementar uma prática de qualidade.

Conscientes da importância da relação existente entre os estudantes, os tutores e os contextos de formação, sentimos necessidade de investigar quais os factores que influenciam a decisão ética. Com esta investigação pretendemos, assim, contribuir para o conhecimento sobre o desenvolvimento do processo de pensamento ético em contexto clínico no sentido de delinear estratégias de ensino-aprendizagem que poderão influenciar a aprendizagem da ética. A nossa intenção é que este estudo forneça subsídios para a prática e que, ao mesmo tempo, suscite o aprofundamento do conhecimento em enfermagem.

Foi com base nesta problemática e questionamento constante, que consideramos de interesse, quer para o campo da supervisão dos estudantes quer como contributo para a ética em enfermagem, explorar o processo da aprendizagem e do desenvolvimento do pensamento ético dos estudantes de enfermagem em contexto clínico, ancorando-nos na questão: “Como se desenvolve o pensamento ético no contexto da formação clínica nos estudantes de enfermagem?”.

Alguns foram os pressupostos que nos levaram ao desenvolvimento deste processo investigativo. Nesse sentido, consideramos:

- i) O aumento da consciência dos direitos que assistem às pessoas, nomeadamente relacionados com a sua autonomia individual, por vezes geradores de conflitos éticos;
- ii) O trajecto de afirmação da autonomia da enfermagem enquanto profissão, manifestado por um corpo de conhecimento próprio, pelo qual tem de lutar;
- iii) A formação inicial em enfermagem como um dos factores mais importantes e estruturantes na construção dos processos de aprendizagem e desenvolvimento do pensamento nos estudantes;
- iv) A formação ética dos enfermeiros como uma preocupação crescente, atribuindo às escolas uma responsabilidade fundamental na preparação, através de

estratégias de formação criativas e reflectidas, para a complexidade, imprevisibilidade e incerteza.

Com base nestes pressupostos, este estudo tem como finalidade:

- i) Compreender o processo global da formação do pensamento ético nos estudantes de enfermagem em contexto clínico;
- ii) Contribuir para a definição de estratégias consistentes que promovam a aprendizagem da ética em contexto clínico.

O objecto desta investigação centra-se nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento do pensamento ético dos estudantes resultantes da formação académica proporcionada. Estes processos são concretizados através da aplicação de um questionário (*Ethics Position Questionnaire – EPQ*), observação participante e entrevista.

Tendo como propósito conhecer e compreender como se processa a aprendizagem e se desenvolve o pensamento ético nos estudantes ao longo do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), em contexto da prática clínica, entendemos que uma metodologia multimétodo seria a mais adequada para responder à questão de investigação formulada. Nesse sentido, optámos por um estudo etnográfico, descritivo, tipo estudo de caso.

Decorrente do paradigma metodológico adoptado neste trabalho, o nosso “trabalho de campo” implicou o acompanhamento de estudantes, em contexto clínico, durante um dos seus percursos formativos, não só com o objectivo de conhecer o desenvolvimento das suas competências éticas, mas também, de compreender o processo de construção do pensamento ético.

Consideramos que este processo de acompanhamento dos estudantes foi fundamental, permitindo-nos manter a motivação necessária à participação neste trabalho e, ao mesmo tempo, recolher os dados necessários à compreensão do fenómeno em estudo, uma vez que o ambiente natural em que a investigação ocorre proporciona aos investigadores uma visão do mundo tal como ele é.

A investigação decorreu em três tempos distintos. Numa primeira fase foi identificada a ideologia moral através da utilização de um questionário; na segunda, através da observação participante, foram identificadas as formas de pensamento e os factores que influenciam positivamente ou dificultam o seu desenvolvimento. Na terceira

fase foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com o objectivo de examinar e clarificar as informações recolhidas através da observação participante.

A apresentação deste estudo está organizada em três partes essenciais. Na primeira parte são exploradas as questões de natureza teórica relacionadas com o fenómeno da compreensão do juízo moral em contexto da formação clínica. Neste sentido são abordadas questões relativas à ética em enfermagem, focando as concepções filosóficas que sustentam algumas das teorias éticas. São também abordadas questões relativas aos contextos clínicos e às alterações ocorridas nos últimos tempos, como as questões dos cuidados de enfermagem, nomeadamente dos paradigmas actuais de concepção de cuidados e a abordagem ecológica de desenvolvimento profissional, baseada na perspectiva ecológica de desenvolvimento humano, apresentada por Bronfenbrenner (1979/2002). Ainda nesta primeira parte de percurso teórico são exploradas as questões relacionadas com a aprendizagem em contexto clínico, no sentido de percebermos e aprofundarmos as concepções sobre a aprendizagem, a supervisão e o desenvolvimento de competências. Por fim, exploramos o pensamento ético em enfermagem, nomeadamente fazemos o enquadramento a nível do desenvolvimento moral, ideologias morais, decisão ética, dando especial relevo ao processo de formação e da aprendizagem da ética em enfermagem.

Na segunda parte do trabalho apresentamos todo o percurso metodológico de construção e sustentação da investigação. Desse modo, contextualizamos o estudo, expomos o tipo de estudo, modo de investigação, instrumentos de recolha da informação e contexto da pesquisa. Também descrevemos o trabalho de campo desenvolvido, o processo de recolha da informação, o tratamento e análise da informação e a triangulação da mesma. Para a observação participante baseámo-nos nos pressupostos defendidos por Spradley (1980) e para a análise do conteúdo seguimos os pressupostos de Vala (1989) e Bardin (1995).

A terceira parte do trabalho é dedicada à reflexão sobre o trabalho de campo e à compreensão do objecto de estudo. Considerando o percurso analítico e interpretativo dos dados recolhidos, apresentamos, analisamos e discutimos os resultados obtidos no contexto tendo em conta o conhecimento já existente sobre a matéria. Para isso, recorreremos a evidências investigativas (estado da arte) no campo da ideologia moral e filosofia moral individual. Os resultados são igualmente analisados à luz do referencial teórico produzido na primeira parte do trabalho, no sentido de compreender o desenvolvimento do pensamento nos estudantes de enfermagem.

Por último, apresentamos as considerações finais. Nelas expomos as conclusões do estudo empírico, fazendo referência às limitações que sobressaíram durante o mesmo. Enunciamos também as implicações deste estudo e a proposta de linhas de investigação futuras.

Importa referir que pretendemos que esta tese constitua um documento que resuma não só o nosso percurso investigativo, mas também que contribua, pela sua pertinência e utilidade, para o património científico do conhecimento da enfermagem enquanto profissão e disciplina do cuidar.





**PARTE I**

**FORMAÇÃO DO JUÍZO MORAL EM CONTEXTO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA**



## 1. ENFERMAGEM E ÉTICA: ACTORES E CONTEXTOS

O desenvolvimento da Enfermagem, ao longo dos anos, mostra uma trajectória de lutas por um espaço e reconhecimento profissionais. Muitas foram as dificuldades enfrentadas pela profissão no que concerne à construção de um saber específico que conferisse cientificidade às suas acções e visibilidade social. Contudo, hoje, a enfermagem é reconhecida socialmente como a actuação técnica e científica competente que tem como objectivo promover a saúde e prevenir a doença através de cuidados de assistência bio-psico-socio-espiritual à pessoa humana ao longo do seu ciclo de vida, numa perspectiva global e única.

A conquista da autonomia profissional contribuiu para a existência de um nível mais elevado de cuidados, optimização de recursos e fundamentação científica. Prestar cuidados é atender ao outro, o alvo de atenção é a pessoa humana, por isso, é necessário ter uma visão integral e integrada da pessoa. Não se trata de negar as características mecânicas da pessoa, mas antes de percebê-la como uma rede de inter-relações dinâmicas entre o seu interior e o exterior. É na relação com o outro que a profissão de enfermagem se concretiza, logo o meu existir toca a existência do outro, o meu tempo toca o tempo do outro, a minha actividade toca a presença do outro, e é nesse contacto com o outro, na compreensão do seu sentido que o cuidar se manifesta.

A visão holística da pessoa requer do enfermeiro um conjunto de atitudes, valores e aptidões, sendo estas, condições prévias para a correcta compreensão da singularidade da pessoa humana. O respeito pela pessoa constitui um fundamento ético fundamental, tal como Kant (2001a) defende “*Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como um fim e nunca simplesmente como meio*” (p.31). Nesse sentido, cuidar implica necessariamente o reconhecimento da unicidade e dignidade do outro e também o conhecimento do ambiente envolvente, implicando abertura, vontade e receptividade intrínseca de forma a responder às suas necessidades, à recuperação das suas funções e à potenciação das suas capacidades para o autocuidado.

Cuidar de pessoas não é tarefa fácil. A crescente complexidade que acompanha os cuidados de saúde e a dificuldade, também ela crescente, de se tomarem decisões num contexto complexo onde intervém o progresso tecnológico, a privatização crescente das unidades prestadoras de cuidados de saúde, a diminuição ou insuficiência dos rácios, os processos de gestão, a conquista pela qualidade em saúde e ainda as

obrigações profissionais e os direitos, cada vez mais conscientes dos cidadãos, geram instabilidade na pessoa do enfermeiro, dificultando o estabelecimento das relações na proximidade do cuidar.

Porque consideramos, no campo da ética em enfermagem, ser cada vez mais complexo para o enfermeiro tomar decisões eticamente consistentes e activas e acreditamos na interdependência da componente ético-moral no campo do cuidar humano, resolvemos desenvolver este capítulo com o propósito de compreender as concepções dos cuidados de enfermagem face às questões da ética decorrentes da prática clínica, inserindo-se assim, no movimento cuja finalidade é contribuir para o entendimento do processo de construção de uma “inteligência ética”.

### **1.1. O enfermeiro como agente moral e ético: contributo para uma ética do cuidar**

A prática de enfermagem é uma actividade humana, específica, de longa história, que se afirma enquanto área específica do saber. A progressão de uma concepção de “arte”<sup>1</sup> para uma disciplina autónoma, com um corpo de conhecimentos próprio, pautada por uma intervenção de rigor científico não foi indissociável da evolução histórica da medicina. Embora muitos teóricos evidenciem a diferença dos seus paradigmas de acção, outros realçam as divergências na análise objectiva da realidade e nos seus modelos conceptuais (Veiga, 2006).

A autonomia da enfermagem face à medicina, bem como a transferência da dedicação ao médico para a dedicação ao doente, só começou a ser abordada de forma sistemática a partir da segunda metade do século passado, época em que, nos Estados Unidos da América, surgem os primeiros ensaios dos modelos teóricos de enfermagem, na tentativa de delimitação de um espaço de intervenção da profissão. Reconheceu-se que a enfermagem não se baseava apenas em “fazer coisas” que minorassem o desconforto e promovessem o bem-estar do doente, facto que levou ao reconhecimento da relação enfermeiro-doente como elemento-chave da profissão, constituindo, ao mesmo tempo, o âmago de todas as teorias de enfermagem.

Para a maioria dos teóricos saúde e doença eram entendidos como um *continuum*, sendo o pressuposto da enfermagem ajudar a pessoa doente a deslocar-se

---

<sup>1</sup> Ao referirmo-nos à enfermagem como “arte” estamos a afirmar que esta se baseava num conjunto de saberes essencialmente práticos aprendidos por imitação. Não nos referimos exclusivamente ao amontoado de actos técnicos, mas também ao comportamento moral característico das enfermeiras (início do séc.XX).

no sentido da saúde (Veiga, 2006). A nova concepção da enfermagem realça as experiências subjectivas do sujeito, nomeadamente a forma como cada um em concreto percebe a sua situação de saúde e de doença. O corpo-objecto da medicina dá lugar ao corpo-sujeito. O cuidar profissional deixa de ser visto como atributo natural feminino, passando a adquirir contornos de cientificidade. A enfermagem tem, na sua constituição, a intenção deliberada de ajudar a pessoa como ser singular e irrepetível, plena de dignidade, através de um conjunto de competências que caracterizam a profissão. É nesse sentido que o compromisso de cuidar assume uma dimensão ética, constituindo a sua componente particular e uma obrigação moral dos enfermeiros.

Contudo, as mudanças ocorridas na enfermagem não são exclusivas da oposição ao modelo biomédico, mas são também fruto de um conjunto de transformações sociais e políticas cujas repercussões sobre a prestação de cuidados de saúde ditaram o questionamento da autoridade médica. As capacidades técnicas da medicina moderna, a institucionalização e burocratização dos cuidados, são alguns desses factores aos quais se acrescem: o activismo público, o impacto do pluralismo moral e a alteração da imagem dos profissionais de saúde. De facto, os movimentos cívicos trouxeram, para a praça pública, questões até então discutidas apenas em núcleos restritos, nomeadamente acerca do financiamento da saúde (onde a participação dos cidadãos era limitada). Ao mesmo tempo, são questionados os modelos de relação tradicionais, fortemente paternalistas, começando os utentes a exigir a sua participação na tomada de decisão. O pluralismo moral passa a patentear a infundada identificação entre o bem médico e o bem moral, a autodeterminação é considerada um valor fundamental onde a vontade pessoal se sobrepõe ao bem clínico. Da mesma forma, a comercialização dos cuidados médicos realça a alteração da imagem dos profissionais de saúde, evidenciando-se a denúncia do aproveitamento da vulnerabilidade do utente para benefício económico dos profissionais.

A concepção do cuidar profissional em enfermagem imprime uma modificação profunda na relação com o utente, na medida em que o bem médico deixa de ser o único objectivo. O conflito de lealdades sobrevém, a lealdade ao utente passa a sobrepor-se à lealdade ao médico.

Actualmente, reconhece-se ao enfermeiro a função de cuidar, facto adquirido desde há seis décadas, onde os próprios enfermeiros propuseram que se firmasse uma espécie de pacto social, designado por juramento. Nesse pacto, os enfermeiros comprometeram-se a nada fazer que prejudique a pessoa doente, a guardar segredo de

tudo quanto tenham conhecimento no exercício da profissão e a respeitar a pessoa doente assim como os seus interesses. Estes princípios, que se encontram no chamado juramento, surgiram fruto das transformações verificadas na profissão, também defendidas por Nigthingale e nortearam a relação do enfermeiro com o utente durante décadas, sem perda do seu valor e significado.

Em vária bibliografia encontramos referências acerca do enfermeiro como sendo considerado “advogado do doente”, o que quer dizer que o enfermeiro, na sua conduta, intercede na defesa dos interesses das pessoas que estão ao seu cuidado. O cuidar do outro não é uma produção tecno-científica próxima do intervencionismo e da automatização. A centralidade do agir espelha-se na dimensão ontológica do ser, onde a existência humana é vista como irredutível a outra realidade. Segundo Boff (1999), considerar o cuidado à luz da existência humana significa explorar a relação sujeito-sujeito, concedendo toda a capacidade de empatia, dedicação, compaixão, de modo a imprimir na acção uma importância aliada aos sentimentos.

Carol Gilligan (1997) chamou a atenção para a ética do cuidado, também designada por ética feminina. Nos seus trabalhos, Gilligan (1997) descobriu que homens e mulheres usam abordagens fundamentalmente diferentes perante um mesmo problema moral. A forma de pensar masculina prescinde dos detalhes que concedem a cada situação o seu sabor especial porque, na sua essência, os homens apelam para o uso de princípios impessoais, ao passo que as mulheres acham difícil ignorar esses pormenores.

O conhecido “Dilema de Heinz”<sup>2</sup>, problema utilizado por Kohlberg para estudar o desenvolvimento moral das crianças, foi também alvo de reflexão de Gilligan. Nos estudos de Gilligan relativamente ao referido dilema, Amy preocupou-se com o facto de

---

<sup>2</sup> Heinz tinha a sua mulher à beira da morte, sendo a sua única esperança um medicamento descoberto por um farmacêutico que o vendia a um preço exorbitante. O custo da produção do medicamento era apenas de duzentos dólares e o farmacêutico vendia-o no mercado pela quantia de dois mil dólares. Apesar do esforço efectuado, Heinz apenas conseguiu juntar mil dólares, oferecendo essa quantia ao farmacêutico pelo medicamento. No entanto este rejeitou a oferta. Mesmo assim, Heinz insistiu prometendo pagar o restante montante posteriormente, mas, mais uma vez, o farmacêutico recusou. Em desespero, Heinz pensou em roubar o medicamento. Seria errado fazê-lo?

Jake considerou óbvio que Heinz deveria roubar o medicamento. Segundo ele, uma vida humana vale mais do que dinheiro e, se Heinz não roubar o medicamento, a sua mulher morre. Diferentemente da objectividade de Jake, Amy encarou a questão de maneira diferente e pareceu hesitante e evasiva. Pensou que poderiam haver outras maneiras além do roubo, como, por exemplo, pedir o dinheiro emprestado a alguém próximo ou fazer um empréstimo, nunca roubar o medicamento, mas a sua mulher não deveria morrer. Na sua visão, se ele roubasse o medicamento, poderia salvar a mulher, mas ao roubar iria para a cadeia e, então, a mulher poderia piorar outra vez, e ele já não poderia arranjar mais medicamentos, isso poderia não ser bom. Por isso, eles deviam realmente conversar e descobrir outra maneira de arranjar o dinheiro.

que se Heinz roubasse o medicamento para poder salvar a sua mulher podia ser preso, o que levaria, por seu lado, a piorar a situação clínica da mulher e subsequentemente, caso ela necessitasse, ele já não poderia arranjar mais medicamentos. Por seu lado, Jake ignora tudo isso e reduz a situação afirmando que “uma vida humana vale mais do que dinheiro”.

Gilligan (1997) sugere, assim, que a orientação moral primordial das mulheres é cuidar dos outros, “tomar conta” dos outros de uma forma pessoal, não estar preocupada apenas com a humanidade em geral e satisfazer as suas necessidades. Isso explica por que razão a resposta de Amy parece, à primeira vista, confusa e incerta. Para a autora, a sensibilidade para as necessidades dos outros leva as mulheres a escutar vozes além da sua e a incluir nos seus juízos morais outros pontos de vistas. Assim, Amy não podia simplesmente rejeitar o ponto de vista do farmacêutico, podia apenas insistir em mais conversas com ele para tentar, de alguma, forma conciliar a situação. Nos seus pressupostos, Gilligan (1997) defende que a fraqueza moral das mulheres manifesta-se numa aparente dispersão e confusão de juízo; é assim inseparável da sua força moral, uma preocupação avassaladora com as relações e as responsabilidades (moral da responsabilidade).

Desde a publicação do livro de Gilligan (1997) tem existido muita investigação sobre a “voz das mulheres”, mas continuamos sem a certeza evidente se homens e mulheres pensam realmente de forma distinta. Uma coisa parece certa: mesmo que pensem de forma diversa, as diferenças não podem ser muito grandes, talvez elas se centralizem mais na ênfase do que nos valores fundamentais. Com isto queremos dizer que as mulheres não fazem juízos incompreensíveis para os homens e vice-versa. Os homens entendem o valor das relações de afecto, empatia e sensibilidade com bastante facilidade, ainda que, por vezes, tenham de ser lembrados, e podem concordar com Amy que a conclusão mais feliz para o “Dilema de Heinz” seria os dois homens chegarem a um acordo. Por seu lado, dificilmente as mulheres discordarão da ideia de que a vida humana tem mais valor do que o dinheiro. É então evidente que os dois sexos não vivem em universos morais diferentes; apenas apresentam divergências no seu raciocínio.

Apesar disso, não devemos, apressadamente, afastar a noção de que não há perspectivas tipicamente masculinas e femininas. Há inúmeras diferenças gerais entre homens e mulheres embora não se apliquem a todos os indivíduos. Certamente, há mulheres dedicadas a princípios e homens que se preocupam e são afectuosos. A diferença no pensamento moral pode ser algo do mesmo género: tipicamente, as

mulheres podem sentir mais atracção por uma perspectiva de afectos e cuidados, apesar de nem todas as mulheres serem mais afectuosas do que todos os homens.

Para Gilligan (1997) existe, então, uma diferença fundamental entre o raciocínio ético masculino e o feminino. As mulheres baseiam, de modo geral, o seu raciocínio ético-moral dentro da noção de cuidado, enquanto os homens no da justiça. Este paradigma permite ainda identificar, para o homem e a mulher, outras características distintas, sob o ponto de vista do juízo moral que se encontram resumidas no quadro 1.

**Quadro 1.** *Características diferenciadoras entre juízo moral segundo o sexo*

| Homem                          | Mulher                         |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Moral da Justiça               | Moral do Cuidado               |
| Concordar                      | Compreender                    |
| Igualdade                      | Vínculo                        |
| Pensar                         | Sentir                         |
| Egoísmo                        | Altruísmo                      |
| Teoria                         | Prática                        |
| Contrário de Justiça: Opressão | Contrário de Cuidado: Abandono |

(Adaptado de Gilligan, 1997)

Aceitando e defendendo que existe lugar para as duas perspectivas, a da justiça e a do cuidado, em termos de pensamento e desenvolvimento moral, e que a sociedade deve ser capaz de compreender que homens e mulheres percebem iguais experiências de diferente forma, sem que nenhuma delas seja “melhor” que a outra, Gilligan (1997) critica o facto de que uma teoria moral baseada unicamente no conceito de justiça, desenvolvida por homens, para homens e sobre homens, procurando englobar todos os seres humanos na mesma escala, seria desajustada. A importância do trabalho de Gilligan (1997) reside no facto de ter chamado a atenção para a existência de duas vozes morais, duas linguagens, duas formas de raciocinar. Assim sendo, e perante a necessidade de responder a um eventual dilema do ponto de vista ético-moral, enquanto um homem tenderá a interrogar-se “o que é mais justo?”, a mulher perguntará “como posso ajudar a resolver?”.

Temos sorte, porque temos a memória de “cuidar” e de “ser cuidado por”, pelo menos por um adulto, que, por sua vez, aprendeu a cuidar através de ser cuidado. Este tipo de cuidado espontâneo pelo outro, apreendido em situação real é denominado de “cuidado natural”. A relação mãe-filho, quando a mãe é um cuidador competente, é a



chave para o entendimento da vida moral, mas as obrigações de cuidar não competem exclusivamente à mãe, fundamentalmente fazem parte de cada ser humano e preenchem cada dimensão da condição humana. Ser tratado por, ser o receptáculo e a atenção singular do outro simplesmente porque a nossa condição suscita atenção, é ser reconhecido intimamente na vida moral. Desta forma, cuidar não é apenas um importante evento ou elemento essencial na vida moral, o complemento da justiça, mas realmente a fonte de todos os esforços morais e ideais.

Nel Noddings (1984) sugere que nem o utilitarismo (tomam decisões com base nas consequências antecipadas) nem a deontologia (utiliza os princípios como argumento para as decisões) conseguem fornecer uma compreensão apropriada na forma como as mulheres se aproximam às perguntas e preocupações éticas. A autora defende que entre homens e mulheres existem pontos de vista distintos empiricamente, mas salienta que existe um olhar comum que permite ter uma “visão feminina” (p.22) no sentido clássico, rodeada de receptividade e relacionamento.

Alguns teóricos na área da enfermagem também se dedicaram aos aspectos do cuidar. Jean Watson, em 1985, tornou-se muito conhecida pela sua “Teoria do Cuidado Humano” desenvolvida entre 1975-1979 e publicada na obra *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. De acordo com a autora, a sua intenção era considerar a enfermagem enquanto disciplina independente, com conhecimentos e práticas específicas, com um quadro de valores, uma missão na sociedade e uma ética exclusivas.

O modelo do cuidado humano defendido por Jean Watson (1985) assenta em duas premissas fundamentais. A primeira é que todas as sociedades humanas têm uma atitude de cuidar transmitida através da cultura. Salienta o facto de os enfermeiros possuírem uma atitude intelectual de cuidar, fruto do desenvolvimento do seu nível educacional (nomeadamente a nível da formação escolarizada) que originou a combinação de valores humanistas com a fundamentação científica. A segunda premissa refere-se à discrepância entre os aspectos científicos e práticos do cuidar, destacando-se três elementos essenciais e indispensáveis no acto do cuidar: a condição do cuidar, a relação do cuidar e o momento do cuidar.

Na sua teoria, Jean Watson (1985) considera que a enfermagem é uma ciência alicerçada numa hierarquização de valores que reflecte a sua especificidade, ao mesmo tempo que é também coerente com as expectativas da sociedade quanto ao seu papel. A teoria do cuidado humano está, assim, recheada de considerações com relevância moral

e profundo envolvimento na prática de cuidados. Enfatiza a necessidade de reconhecer, aceitar e consentir explorar os nossos próprios sentimentos que permitirão reconhecer e aceitar os sentimentos dos outros.

O exercício de cuidar de um ser humano, tal como tem sido posto em relevo por vários autores do sector assistencial, nem sempre é tarefa fácil nem arbitrária, porque exige a coordenação de diversos factores: pessoais, profissionais e organizacionais. Trata-se de uma função de grande magnitude, precisamente porque o ser humano é na sua mais radical profundidade um mistério inexplicável, por ser inacabado e ambíguo, difícil de caracterizar filosoficamente. Não se pode cuidar de qualquer forma; o cuidado deve ser prestado e articulado de acordo com as necessidades de quem é cuidado. Só um ser humano pode cuidar de outro, porque o exercício de cuidar requer uma relação. A presença humana torna-se imprescindível, sobretudo quando quem é cuidado se encontra numa situação de fragilidade e vulnerabilidade, segundo a perspectiva “*ontológica, corpórea, espiritual, social, cultural e política*” defendida por Ricoeur (1969:362).

Cuidar e curar não são actividades paralelas, mas estritamente interligadas. Para curar é preciso cuidar, e só quem é cuidado pode chegar a curar-se, o que nem sempre acontece. Mas, mesmo que não seja possível curar, é sempre possível cuidar; e não é só possível mas estritamente necessário (Watson, 1985).

Na sua essência, o enfermeiro é um agente cuidador e humanizador. O seu encontro com a pessoa na consulta, enfermaria ou domicílio, adquire as características de um acontecimento ímpar em que se estabelecem relações e em que estão banidas as ofensas à dignidade, a frieza de quem se defende na execução correcta do acto profissional, as impaciências, as faltas de tempo e as manifestações de receio do doente. Para que exista humanização é necessário que o enfermeiro adquira uma atitude técnica e ética como agente dessa humanização. O enfermeiro cumpre a sua missão junto do doente, desfrutando de respeito e consideração e utilizando simpatia, empatia e compaixão como complementos da qualidade profissional (Carvalhinhas, 2004).

A relação cuidativa não veicula um poder redutor mas sim libertador, quer para quem é cuidado quer para quem presta os cuidados, logo, pressupõe uma interacção e uma ampla abertura para dar e receber. O doente possui a experiência vivenciada da doença, sofrimento e limitação das suas capacidades enquanto o enfermeiro facilita e estimula as capacidades ainda existentes, ajuda a recuperar a autonomia nas respostas às necessidades, aceita e contempla o saber dos utentes educando para a saúde de

forma individualizada e personalizada. O cuidar é inserido nas experiências participadas do enfermeiro e do doente, sendo fundamentado por essa experiência mútua e estabelecido no seu seio. É então exigido ao enfermeiro um envolvimento, uma preocupação com cada um daqueles a quem presta cuidados, requerendo a solicitude que “dá ao outro o poder de ser aquilo que ele quer ser, e isto é o objectivo último das relações de cuidar em enfermagem” (Benner e Wrubel, 1989:49).

Este tipo de relação do enfermeiro face ao doente não se aprende só nos livros, mas sobretudo através da experiência de relação inter-subjectiva. Na medida em que cuidar afecta as pessoas envolvidas, este fenómeno é permanentemente uma questão ética. É a procura das implicações do cuidar na prática de enfermagem que faz emergir a existência de um agir e de um cuidar ético, pleno de responsabilidade pessoal.

Atendendo à pessoa como ser único e ao facto do enfermeiro ter, necessariamente, que se relacionar com ela quando a cuida, é considerado um agente moral e ético. Existe uma vinculação à responsabilidade de manutenção da rede de conexões que começa no momento em que a relação se inicia e que só acaba quando a relação termina. A atitude ética do enfermeiro deve estar na origem de qualquer acto ou relacionamento, deve ser a matéria constitutiva e uma regra de base fundamentada em valores morais que constituem um modelo de acção. Enquanto o outro depender de mim como profissional, para a realização do seu potencial eu sinto-me obrigado, pelo ideal de cuidado ético, a agir e a não o abandonar. Trata-se de uma ética baseada na benevolência (virtude), cuja moralidade se fundamenta na compaixão, amor e altruísmo.

Buber (2006) no seu livro *Eu e Tu* faz referência à relação estabelecida entre as pessoas e diz que “a ontologia da relação é o fundamento da antropologia que se encaminha para uma ética do iner-humano” (p.31). Com isto, Buber (2006) quer dizer que a relação humana é um acto essencial, uma atitude de encontro entre duas pessoas que implica a sua presença no evento, reciprocidade, aceitação e confirmação entre os pólos envolvidos.

Na ética do cuidado o sujeito é sempre relacional, por isso nunca é dissociado da sua rede de relações. A noção de “bem” está sempre subordinada à manutenção das relações e, por vezes, o conceito de autonomia é relativizado. Nesse sentido, muitas vezes um dilema surge fruto do confronto entre o exercício da autonomia e a manutenção das redes de relações pelo condicionamento da vontade individual a uma finalidade exterior. Na perspectiva da ética do cuidar a visão do *eu* enfermeiro pode ser inconciliável com a noção dos direitos individuais da pessoa cuidada. Nesta óptica, o valor do cuidado

é sempre visto na perspectiva do outro, daquele que recebe cuidados, presumindo-se que o cuidador se centre no quadro de referências do recebedor de cuidados, afastando-se ou abandonando o seu próprio quadro de referências (Veiga, 2006).

Ao converter o cuidado numa obrigação que se impõe como dever, a ética do cuidar não deixa espaço para a indiferença, colocando no domínio do obrigatório aquilo que as éticas principalistas tanto valorizam. Os modelos de desenvolvimento moral de L. Kohlberg (1984) e seus seguidores (que mais adiante serão abordados) constituem contributos para reafirmar o cuidado como elemento estruturante de uma ética da enfermagem, tal como o modelo desenvolvido por J. Watson (1985), onde os pressupostos da ética do cuidar surgem com grande evidência.

Na experiência ética do cuidar, o “bem” a promover não pode circunscrever-se à mera satisfação das necessidades do utente decorrentes da situação de doença nem, tão pouco, à promoção da sua autonomia: a pessoa cuidada deve ser encarada como sujeito relacional e não como indivíduo solitário. O bem que pretendemos promover, independentemente da hierarquia que dele façamos, depende do funcionamento da rede de relações, facto que legitima a moralidade da acção.

## **1.2. Dilemas éticos da prática de cuidados: ética dos princípios *versus* ética das virtudes**

Um dilema<sup>3</sup> traduz uma situação que implica uma escolha difícil entre duas possibilidades de acção, é uma opção de entre duas alternativas com sentidos discrepantes. Muitas vezes, sentimos que certos valores morais ou princípios nos obrigam a adoptar uma alternativa, enquanto outros nos levam a adoptar outra. Nas situações em que não se podem adoptar ambas há que escolher uma das alternativas, e escolher uma não significa, obrigatoriamente, não compreender a outra, apenas significa que, perante uma situação concreta, existem valores e princípios que nos levam a pensar que essa será a “melhor” alternativa. Assim, o dilema confronta-nos com escolhas que envolvem conhecimentos mas também crenças e sentimentos acerca do que consideramos ser fundamentalmente “bom” ou “correcto” (Thompson, Melia e Boyd, 2004).

---

<sup>3</sup> A palavra dilema deriva do grego *dilemma*, resultando da conjugação do termo *dis* (duas vezes) com o termo *lemma* (lema, dado, premissa) e representa dois cursos de acção distintos face a um mesmo caso ou situação.

A questão “Como devo proceder?” é algo que ocorre com frequência no quotidiano dos enfermeiros. Como afirma Thomas Nagel (1999), “*estamos sempre a tentar responder às questões «que devo fazer» e «como devo decidir» e a resposta tem de brotar do nosso interior*” (p.134), à qual acrescentamos com responsabilidade e em liberdade. Na verdade, o enfermeiro quando toma uma decisão é, invariavelmente, entregue a si mesmo numa manifestação clara da sua liberdade relativamente à opção de ter de decidir da sua vida, da vida dos outros, do seu relacionamento com o mundo, carregando consigo o peso da responsabilidade devido à decisão tomada porque “*a essência da decisão ético-moral é a prática da escolha e a vontade de aceitar a responsabilidade por essa escolha*” (Gilligan, 1997:110). A acção humana que acontece em liberdade da decisão ética é uma demonstração da responsabilidade. Tal como sublinha Sgreccia (2009) “*a escolha livre é um acto da vontade «informada» pela inteligência*” (p.201).

O enfermeiro toma decisões no sentido de um agir que responde às necessidades das pessoas que assiste; por isso, na sua prática diária a tomada de decisão não é dispensável nem renunciável, é uma realidade a que não pode escapar. A ideia de não escolher ou de se abster de fazer escolhas, é também, em si mesma, uma escolha. Ela acarreta uma responsabilidade, a responsabilidade de “não escolher” ou de escolher “não fazer nada”. Por isso, a responsabilidade configura-se em ligação a um encargo que lhe é confiado, uma obrigação.

O conceito de dilema é central na prática da enfermagem. Os enfermeiros vêm-se confrontados no seu quotidiano com uma diversidade de dilemas éticos que envolvem valores como a vida e a morte, a justiça, a autonomia, a dignidade, a qualidade de vida, a suspensão de tratamentos, entre outros tantos que poderiam ser enumerados.

Na última década, os debates em torno da bioética<sup>4</sup> têm-se multiplicado de forma exponencial e traduzem a preocupação crescente acerca das condutas éticas que se desenvolvem na prática de cuidados. A vasta pesquisa produzida sobre esta matéria, desenvolvida em vários países e por investigadores de diversos sectores profissionais, permite-nos concluir que são um indício de que esta tendência reside na crescente

---

<sup>4</sup> O neologismo Bioética surgiu em 1970, em Madison, na Universidade de Wisconsin, designado pelo médico oncologista Van Potter. No ano seguinte, ele publicou o livro *Bioethics: Bridge to the future*, no qual demonstrava a sua preocupação com a necessidade de diálogo entre as ciências biológicas e os valores éticos. O sentido do termo bioética, tal como é usado por Potter, é diferente do significado hoje atribuído. Potter usou o termo para se referir à importância das ciências biológicas na melhoria da qualidade de vida; quer dizer, a bioética seria, para ele, a ciência que garantia a sobrevivência no planeta.

complexidade que acompanha os cuidados de saúde.

Laura Swisher (2002), analisou a literatura produzida sobre as preocupações éticas que surgiram na prática de cuidados dos fisioterapeutas no período decorrente entre 1970 a 2000, identificando cerca de vinte e dois dilemas diferentes, muitos semelhantes aos ocorridos na prática de cuidados dos enfermeiros. A maioria dos dilemas identificados por Swisher relacionam-se com: responsabilidade e obrigação ética; decisão moral; princípios éticos, nomeadamente autonomia, consentimento informado, verdade, confidencialidade e justiça; investigação; relação com o utente; relação interprofissional; educação; conflito de interesses; direitos dos utentes; alocação de recursos; problemas legais; organização dos cuidados de saúde e da política de saúde e discriminação acerca da idade, raça, sexo, orientação sexual e cultura.

Swisher (2002) conseguiu também analisar as componentes do comportamento moral subjacentes na literatura, concluindo que existe uma forte tendência para a adopção de ferramentas que avaliam o juízo moral e a sensibilidade moral, uma tendência moderada para a combinação de várias componentes e uma tendência baixa para a adopção de ferramentas que avaliam a motivação moral. Nas suas conclusões a autora indica que os dilemas éticos decorrentes da prática de cuidados estão muito interligados com uma perspectiva filosófica principalista cujo foco central é o utente e para o qual deve existir um comportamento moral baseado num processo de elaboração de um juízo, também ele moral. Este estudo de análise dos trabalhos científicos realizados ao longo de cerca de três décadas orienta-nos para o reconhecimento, ao longo de todo esse período, de três grupos de preocupações: i) a necessidade de identificar e clarificar os dilemas éticos decorrentes da prática de cuidados; ii) as interligações decorrentes da decisão clínica e da decisão ética, e iii) as alterações na relação estabelecida entre profissionais de saúde e utente.

Com a crescente inquietação acerca das preocupações de índole ética encontramos, também, cada vez mais, autores que se dedicam ao seu estudo. De acordo com Slettenoe (1997) o conceito de dilema possui cinco atributos ou características: i) o envolvimento, compromisso ou comprometimento; ii) a escolha entre duas alternativas igualmente indesejáveis; iii) a consciencialização das alternativas pelas pessoas envolvidas; iv) a necessidade de escolher entre as alternativas; v) a incerteza da acção. De modo análogo, consideramos que o dilema ético goza desses mesmos atributos e que envolve dois focos: juízo e decisão. O juízo é a avaliação das alternativas e a decisão é a escolha entre as alternativas.

Para Lucília Nunes (2006), as teorias que envolvem o juízo moral e a tomada de decisão podem ser subdivididas em normativas, descritivas e prescritivas. As normativas concentram-se no modo como as decisões são tomadas num contexto ideal e referem-se às normas; as descritivas procuram explicar como é que as pessoas alcançam os juízos e decisões; e as prescritivas procuram analisar a forma como as pessoas fazem os juízos e tomam decisões. Acrescenta ainda que, a teoria descritiva mais influente na tomada de decisão e de juízo clínico é a do processamento de informação; contudo, salienta que todas apresentam elementos comuns: i) a recolha de informação preliminar; ii) o equacionar de várias hipóteses; iii) o processo de raciocínio interpretativo, que inclui elementos diferenciais; iv) o pesar prós e contras das hipóteses ou alternativas colocadas; e, v) a escolha da que mostrar maior evidência.

Tomar decisões faz parte do dia-a-dia de cada um. Muitas vezes, decide-se sem grandes análises e sem uma avaliação esmerada do que se está a fazer, porque a própria situação é simples, habitual e não suscita grandes dúvidas. Mas, por vezes, perante situações menos familiares, a decisão tende a ser mais morosa e analítica na sua estratégia, por ser nova, inesperada, levando-nos a reflectir no que estamos a fazer e a explicar os motivos que nos levaram a agir de determinada forma. Lucília Nunes (2006) menciona que as decisões morais têm de ser fundamentadas pelo menos em cinco elementos: i) na cuidadosa deliberação racional sobre os factos existentes; ii) no exame dos princípios morais relevantes; iii) na apreciação das opções e possibilidades; iv) na monitorização dos efeitos e consequências das acções; e, v) na identificação das lições para o futuro.

A nível dos cuidados de saúde o dilema ético pode envolver a possibilidade de causar malefícios, mas nem sempre é fácil identificar com exactidão o benefício e o malefício daí decorrentes (Husted, 2001). No fundo, o dilema ético surge quando existe uma conflituosidade entre princípios éticos e bioéticos presentes num quadro caracterizado por quatro elementos fundamentais (o agente, o acto, as circunstâncias e as consequências) e que para a sua compreensão, necessita de uma associação de abordagens e teorias que se interligam numa lógica explicativa (Pellegrino, 1995). Se considerarmos que o Código Deontológico, que rege a prática de cuidados dos enfermeiros, se encontra alicerçado em princípios éticos, então, os dilemas poderão constituir um conflito entre alguns dos deveres aí expressos (Gândara, 2004).

Muitos bioeticistas em todo o mundo, mas particularmente na América do Norte, Reino Unido, Austrália, França, Itália e Espanha têm-se dedicado à abordagem dos

problemas relacionados com a tomada de decisão perante conflitos éticos. Uns enfatizam a importância dos princípios éticos; alguns debruçam-se sobre as consequências dos actos praticados pelos profissionais de saúde; outros combinam os princípios e as consequências, destacando as últimas na utilidade esperada do acto em questão. Existem ainda autores que preferem analisar as virtudes que acompanham a dimensão ética dos profissionais de saúde. De entre estes, alguns propõem métodos ecléticos, com diferentes modelos de modo a satisfazer pessoas com diferentes posturas filosóficas e crenças religiosas.

A bioética, disciplina que surgiu nos princípios dos anos 70, nos Estados Unidos da América com Van Potter (1971), mostra-nos que as características de uma sociedade em que se acaba de instalar um novo modelo económico embutem uma liberdade desmedida e mal entendida que não respeita a própria liberdade dos outros, acompanhada da falta de equidade. Indubitavelmente, a bioética nos EUA evidencia as características de uma cultura anglo-saxónica, com uma forte presença da conquista dos direitos civis por parte de movimentos sociais que levantaram discussões e questões relacionadas com o respeito pela diferença e o pluralismo moral.

Mais tarde, Beauchamp e Childress (2001) publicaram *The Principles of Biomedical Ethics*. Essa obra acabou por caracterizar a abordagem da bioética no meio clínico. Conhecida pela alcunha de bioética principalista, analisa as questões morais sob a orientação de quatro princípios básicos, dois de ordem teleológica e outros dois de ordem deontológica. Os princípios de ordem teleológica (beneficência e autonomia) apontam para os fins aos quais os actos médicos devem estar orientados; os de ordem deontológica (não-maleficência e justiça) indicam os deveres que o profissional de saúde deve assumir no cuidado com a pessoa doente.

O principialismo procura fundamentar a bioética a partir de princípios sendo, dessa forma, uma teoria pluralista. Beauchamp e Childress (2001) defendem a validade *prima facie* dos princípios, de modo que não há entre os princípios qualquer hierarquia, dado que *a priori* todos têm valor igual e, por isso, devem ser igualmente respeitados mas, na medida em que existam razões suficientemente fortes que exijam a adopção de um em detrimento de outro, a “infracção” pode ser justificada.

Para estes autores, as virtudes são consideradas disposições para agir de acordo com princípios, normas ou ideais morais. Um acto virtuoso pressupõe que o agente moral actue correctamente segundo um motivo apropriado, ou seja, além de realizar uma acção correcta, ele deve agir impulsionado pelas suas virtudes, as quais tornam tanto a acção,



quanto a própria razão, correctas. Dai se depreende a influência do pensamento aristotélico no tratamento das virtudes. Algumas virtudes são escolhidas como importantes na prática dos profissionais de saúde: a compaixão, o discernimento, a confiança, a integridade e a convicção. Assim, as virtudes, além de reforçarem a adesão às regras morais, permitem avaliar o carácter dos profissionais de saúde. Tal facto é importante, na medida em que as relações entre profissionais de saúde e doentes são estreitas e exigem um tratamento baseado, também, nas virtudes.

Beauchamp e Childress (2001) tentam fazer uma comparação entre virtudes e princípios, mostrando que a cada virtude poderia co-existir uma norma moral correspondente. Contudo, a correlação entre as virtudes e os princípios não será necessária, já que o respeito pelos princípios determina a moralidade da acção e as virtudes determinam apenas o carácter do agente, não necessariamente dos seus actos.

Edmund Pellegrino e David Thomasma (1993), no final da década de 80, publicaram uma obra que propõe um modelo alternativo à ética principalista, com ênfase na autonomia. Recorrendo à tradição hipocrática e ao conceito aristotélico de virtude, a ética proposta por Pellegrino e Thomasma (1993) salienta o carácter moral dos agentes responsáveis pela acção, uma vez que sustenta que a existência de princípios, deveres e normas de actuação não garantem o seu respeito por parte dos agentes morais. Salientam o facto da relação médico-utente não ser uma relação entre iguais na medida em que um dos elementos se encontra vulnerabilizado pela doença que o afecta. Nesse sentido, a finalidade dos profissionais de saúde insere-se na noção de “bem”, essência da sua prática, por isso, ao seu agente é requerido mais do que a simples competência técnica, é requerida competência moral. A ética das virtudes tem, assim, como um dos seus eixos centrais a complementaridade entre princípios e virtudes morais. Os princípios morais são encarados como mínimos éticos que devem ser assegurados nas sociedades plurais, salientando que estes não são suficientes para garantir a adequação da acção moral. Os profissionais de saúde constituem o centro moral dos cuidados alicerçados no conceito de proporcionalidade entre responsabilidade e poder, perspectiva semelhante à desenvolvida por Hans Jonas (1984)<sup>5</sup>.

Reportando-nos ao carácter teleológico da ética da virtude, Pellegrino e Thomasma (1993) apontam para o condicionamento da moralidade em todas as profissões da área da saúde. Deste modo, o “bom cuidado”, conceito proposto por alguns

---

<sup>5</sup> Hans Jonas considera que o poder transporta a responsabilidade para o centro da moralidade. Segundo Hans Jonas quem mais pode mais deve.

autores, para além de ser considerado como a finalidade moral da enfermagem, constitui um instrumento para atingir um objectivo mais vasto: o bem do utente.

Robert Veatch (2000) afirma que existem “bens internos” que só podem ser conhecidos pela experiência de participação numa prática médica concreta, por isso, só os profissionais são capazes de os identificar. Esta perspectiva identifica a existência de uma moral fechada nos profissionais de saúde, uma vez que os fundamentos éticos da acção apenas dizem respeito aos conhecedores do “bem a promover” e da “forma de o promover”. Pellegrino e Thomasma (1993) afirmam que tanto o médico como o utente devem ser detentores de um conjunto de virtudes morais - honestidade, justiça, benevolência e humildade – uma vez que essas virtudes apropriam ambas as partes a agir bem em relação às finalidades da medicina. Para Pellegrino e Thomasma (1993), o “bom utente” é aquele que, no exercício da sua liberdade, é verdadeiro, adere à terapêutica, não manipula e não viola a relação que o une ao profissional de saúde.

Em suma, podemos dizer que a ética da virtude se alicerça na relação recíproca entre profissional e utente numa óptica de assimetria de responsabilidade onde é determinante o carácter moral de ambos.

### **1.3. Valores e responsabilidade profissional do enfermeiro: ética do dever**

Muitos autores modernos têm vindo a sustentar a ideia de que, na nossa sociedade, já não existem valores. Michel Renault (1994) admite a existência de uma crise de valores no sentido em que defende que alguns dos valores da nossa sociedade decaíram em prol de outros, mais emergentes, que vão surgindo. O autor salienta, ainda, que a crise de valores não deve ser encarada como um drama, mas antes, ser vista como fruto da evolução natural humana.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem é amplamente reconhecida como o paradigma de referência axiológica da humanidade. Foi aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 1948 e surge depois de um outro importante documento, o Código de *Nuremberg*, como resposta às atrocidades cometidas na 2.<sup>a</sup> Guerra Mundial. Esta Declaração resultou de uma reflexão que se foi desenvolvendo na esfera pública a nível internacional e que veio a consagrar, no plano mundial, um articulado de direitos considerados essenciais à obtenção de um ideal da acção humana. O art.º 1.º é paradigmático quanto aos valores considerados essenciais à humanidade, ao afirmar que “*todos os seres humanos nascem livres e iguais em*

*dignidade e em direitos*". A proclamação deste artigo e dos valores nele expressos representa o ponto de partida para a tomada de consciência da importância da dignidade, da liberdade e da igualdade enquanto valores essenciais à vivência dos homens em sociedade e que importa respeitar e salvaguardar em qualquer circunstância ou lugar.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem também apela à necessidade de respeitar os designados direitos fundamentais do homem e constitui um *corpus* de valores morais comuns, partilhados pela maioria dos povos, os quais se reconhecem como co-responsáveis pelo projecto de promover uma vivência mais humana em sociedade, pela salvaguarda da dignidade humana. Estes valores morais, comumente aceites, fazem parte da condição humana de cada pessoa e são o pilar constitutivo da humanidade.

O ser humano está inserido numa realidade cultural, social, política e económica, geradora de transformações contínuas no indivíduo. Face a esta realidade, Alberoni (1993) refere que, primeiro, cada pessoa reage aos novos valores rejeitando-os, posteriormente, e com a convivência e o contacto diário através dos *mass-média*, incorpora-os e, por fim, aceita-os e convence-se que aquilo que presentemente pensa sempre correspondeu ao seu pensamento inicial. De facto, cada pessoa encerra um processo lento e inconsciente de se adaptar à transformação social, que se caracteriza por um *continuum* de aprender e esquecer. Isto acontece porque o campo da moral abrange dois tipos de forças: uma que nos mantém unidos à sociedade tal como ela é - moral social - e outra que ultrapassa o horizonte do interesse social - moral absoluta (Rodrigues, 2000).

Michel Renault (1994) considera que falar de valores em termos rigorosos implica hierarquizá-los de acordo com uma seriação e preferência: o útil, o agradável, o gratuito, o religioso, o estético. Mas os valores podem, ao mesmo tempo, ser ordenados em classes dando origem a um juízo de preferência que pode ser: individual ou social, pontual ou permanente. Alguns autores defendem que terá valor tudo o que for capaz de motivar ou provocar desejo por alguma coisa (valores sociais ou culturais), orientar condutas (valores éticos), exprimir crenças (valores religiosos) ou ideais de belo (valores estéticos). Outros, de que é exemplo Max Scheller, realizaram estudos na tentativa de conseguirem a hierquização de valores, tendo proposto escalas de importância crescente para a sociedade e para as pessoas individualmente (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Genericamente, os valores correspondem a critérios segundo os quais se valorizam ou desvalorizam as coisas e expressam-se nas razões que justificam ou motivam as acções, daí que uns valores vão ser preferidos e outros preteridos. Tal como nos refere Michel Renault (1994), não atribuímos a todos os valores a mesma importância, logo tendemos a hierarquizá-los, ou seja, consideramos uns mais valiosos do que outros, mas sempre numa perspectiva de antagonismo: da verdade à falsidade, da justiça à arbitrariedade, da solidariedade ao egoísmo.

Caracteristicamente, os valores são vistos em termos de um sistema. Este sistema consiste numa disposição hierárquica ao longo de um contínuo de importância. O conceito de hierarquia permite a comparação de indivíduos, grupos sociais e culturais, não apenas em relação a valores, mas também com prioridades axiológicas. Após o apogeu do behaviorismo, Milton Rokeach (1973) foi quem recebeu maior crédito por ter dado um impulso significativo à pesquisa na área dos valores. Rokeach classificou os valores e explicou o seu significado. Para o autor *“um valor é uma convicção ou crença duradoura de que um modo específico de comportamento ou estado final de existência é pessoal ou socialmente preferível a um modo de comportamento ou estado final de existência oposto ou contrário”* (p.5). Valor é, assim, um princípio orientador da vida das pessoas.

O instrumento proposto por Rokeach (1973) tem sido o mais popular método usado na hierarquização de valores. O *Rokeach Value Survey* (RVS) consiste numa escala composta por duas listas de dezoito valores cada, sendo uma referente aos valores terminais (objectivos de vida: crenças sobre o desejo de um estado final como liberdade, vida confortável, maturidade no amor) e outra referente aos valores instrumentais (formas de conduta: crenças sobre um determinado modo de ser, como independência, ambição ou honestidade).

Como havíamos referido anteriormente, os enfermeiros têm de tomar decisões e ser responsáveis por elas. A responsabilidade corresponde à capacidade e obrigação de assumir os actos e as respectivas consequências ao qual é exigido discernimento e capacidade para ajuizar, ou seja, corresponde à autonomia da reflexão, acção, decisão e responsabilização orientada por uma razão, à existência de uma consciência. O homem, como tal, não é naturalmente bom nem mau, mas os caminhos tanto para o bem como para o mal estão abertos à sua frente e, por isso, necessita de um indicador do caminho a seguir para que consiga atingir o bem, necessita de uma consciência. Esta constitui o fundamento da vida social do homem, tornando-o em potência *“A consciência individual*

*não é a luz que ilumina o espírito e o mundo, mas sim o clarão ou o flash que ilumina a brecha, a incerteza, o horizonte" (Morin, 2000:135-136).*

De facto, em sociedades desenvolvidas e sadias cada pessoa segue a sua voz íntima, a maior parte das vezes inconscientemente; não rouba nem mata, porque num mundo de pessoas responsáveis, a sua agulha magnética ético-moral funciona normalmente. Em épocas de revolução e de crise, em situações de conflito e de estabelecimento de dilemas sérios, pelo contrário, a sua consciência torna-se insegura e incerta. De facto, a consciência, *per sí*, permite-nos distinguir o verdadeiro do falso. A pessoa humana, no seu normal percurso de vida, possui uma consciência lógica, a qual possui a faculdade de observar a própria conduta e formular juízos sobre os seus actos, as suas acções, as suas atitudes passadas, presentes e as intenções futuras. No entanto, a consciência nunca tem a certeza se transpõe a ambiguidade ou a incerteza.

Numa fase posterior da experiência vivida da pessoa, a consciência torna-se mais elaborada. Passa a funcionar como um juiz interno, informa-se da situação, consulta as normas estabelecidas, interiorizadas como suas, toma as decisões e julga os seus próprios actos. Portanto, além da consciência lógica, a pessoa é dotada de uma consciência ética que lhe permite responsabilmente ajuizar, escolher e decidir com justiça equitativa e em liberdade. Nesta mesma linha de pensamento, Patrão Neves (2001) diz-nos que *"Através da consciência ética, o Homem reconhece o sentido do bem; através da liberdade, reconhece o poder que tem de o realizar; através da responsabilidade, reconhece o dever que tem de o promover"* (p.52).

O enfermeiro, dentro de uma consciência ética, age com responsabilidade no cuidado, isto quer dizer que o enfermeiro não só se considera responsável como também se sente, efectivamente, responsável por aquele a quem lhe é confiada a guarda nos cuidados. Kant (2001a) afirma que todas as acções humanas controladas conscienciosamente são moralmente relevantes; as pessoas são responsáveis por qualquer acção escolhida livremente, tenha ou não sido planeada anteriormente. Para este autor, a autonomia moral provém da liberdade. A liberdade existe em nós, porque sem ela o nosso agir não seria senão animal e irracional; é, assim, a expressão da razão concretizada no agir.

O conceito de alteridade, como por exemplo o de Lévinas (2008), faz ressaltar a importância do outro na minha própria realização ética, com a conseqüente ênfase nos conceitos de liberdade, autonomia e responsabilidade. O outro é um elemento constitutivo do meu próprio ser e, portanto, também de mim enquanto consciência.

Sem dúvida, é a consciência que faz o enfermeiro reconhecer-se como o autor das suas próprias acções: antes de executar qualquer acto, o enfermeiro pondera se deve ou não fazê-lo e pode sempre voltar atrás e tomar outra decisão; ao executar a acção tem o sentimento de que é ele próprio que está a agir e se a sua acção é boa ou má. Portanto, só após a realização da acção, é que o enfermeiro assume a sua autoria e se considera responsável por ela.

Independentemente do curso de acção a responsabilidade surge da relação intersubjectiva do enfermeiro com o utente. É no relacionamento com o utente, no contacto com a sua pessoa, que o enfermeiro sente o “pedido” e a “ordem” para assumir a responsabilidade por, *“para além da imagem que faço do outro, o seu rosto, o expressivo no outro, fosse aquilo que me manda servi-lo”* (Lévinas, 2007:81). Mas a relação intersubjectiva é uma relação não simétrica. O enfermeiro é responsável pela pessoa doente e não espera que esta, por sua vez, o seja por ele. Nesse sentido, o enfermeiro é responsável por uma responsabilidade total, responde pelo doente e por tudo aquilo que a ele diz respeito, mesmo pela sua responsabilidade.

Como já salientamos atrás, toda a acção humana tem uma dimensão ética intrínseca, que categoriza em certa ou errada essa acção, segundo determinados valores. No agir profissional confundem-se muitas vezes as normas éticas e as jurídicas. É preciso deixar bem claro que, se bem que entre as duas exista alguma convergência, o conteúdo do ético e do legal, ou seja, a moralidade e a legalidade dos actos, são substancialmente diferentes. No entanto, existe um âmbito a que podemos chamar de ético-jurídico e que vulgarmente se denomina de deontológico.

Ainda que as normas orientadoras da conduta individual (normas éticas) se possam contrapor às normas disciplinares do direito (normas legais), as normas deontológicas cruzam o propósito orientador com o disciplinar. Esta bivalência permite conferir à deontologia um carácter bidireccional, embora com identidade própria, sendo possível aos profissionais definir, mediante normas reguladoras do seu exercício, os seus próprios, legítimos e diferenciadores códigos de comportamento, transportando para o plano profissional a simbiose resultante do plano ético e do jurídico. A deontologia profissional constitui, assim, um fundo genérico de valores do comportamento e do relacionamento profissional e extra-profissional.

Com o Decreto-Lei n.º 161/96 e Lei n.º 111/2009 foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), que veio reforçar a oportunidade dos enfermeiros se debruçarem sobre a sua actividade profissional numa perspectiva de

autonomia e de aquisição de dotações por parte dos serviços que permitam aos enfermeiros uma prática segura e adequada dos cuidados às necessidades dos utentes. O REPE (Decreto-Lei n.º 161/96) representa um documento vinculativo e um instrumento de construção da profissão que serve de guia à prática dos enfermeiros e de recurso às reivindicações no local de trabalho. Sendo assim, ele clarifica conceitos, caracteriza os cuidados de enfermagem, especifica as competências dos profissionais e define a responsabilidade e os deveres desses mesmos profissionais, ao mesmo tempo que, por ser um documento público, previne equívocos suscitados a nível dos vários elementos que integram a equipa de saúde e a nível da população em geral.

Os valores éticos em enfermagem não têm a sua única referência no REPE. Podemos dizer, à semelhança de Lucília Nunes (2008), que os princípios da ética profissional dos enfermeiros se substanciam sob a forma de compromisso assumido publicamente no final do curso, onde se destacam as obrigações e deveres enquanto membros de uma profissão. De facto, os enfermeiros, ao assumirem que prestam cuidados às pessoas, ao longo do ciclo de vida, na saúde, incapacidade e morte, não se comprometem eticamente nem se responsabilizam por o cumprir. Só com o Decreto-Lei n.º 104/98 referente ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente na secção respeitante à Deontologia Profissional, os enfermeiros atribuíram a si mesmos uma série de deveres, que segundo Lucília Nunes (2008), constitui uma das mais elevadas expressões de autonomia e auto-regulação.

Sem dúvida que, a publicação do REPE e do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros iniciaram um novo ciclo na profissão de enfermagem, que aponta claramente para princípios de actuação com fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contrato social.

O Código Deontológico do Enfermeiro, expressão da responsabilidade profissional assumida pelos enfermeiros, é composto por quinze artigos que, segundo Lucília Nunes (2005), podem ser apresentados em quatro grupos: i) o artigo ético do código (78º); ii) os artigos em que os deveres resultam da responsabilidade inerente à profissão (79º, 80º, 88º a 91º); iii) os artigos em que os deveres decorrem da salvaguarda e da garantia dos direitos do outro (81º a 87º); e iv) o artigo que elenca os deveres relacionados com o exercício de um direito dos enfermeiros, o da objecção de consciência (92º).

O Código Deontológico começa no artigo 78º que ressalta, que a relação enfermeiro/utente se harmoniza por princípios e valores, sendo a dignidade humana a

base a partir da qual todos os outros princípios derivam. Também refere que, os princípios que orientam a actividade profissional se prendem com a responsabilidade acerca do papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com o utente e a excelência do exercício na profissão e na relação com os outros profissionais.

Relativamente aos valores universais a serem observados na relação com os utentes salientam-se os seguintes (Decreto-Lei n.º 104/98):

- i) Igualdade – O enfermeiro deve tratar todos os utentes de forma igual tendo em conta a sua natureza constituinte (tratar como ser único, irrepetível com dignidade própria);
- ii) Liberdade responsável, com capacidade de escolha tendo em atenção o bem comum – O enfermeiro é responsável pelas acções que escolheu voluntariamente realizar, ou seja, o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma (agir ou não agir), pelos actos que pratica (no sentido da acção ou da omissão) e pelas consequências decorrentes dos actos, tendo como foco de atenção os interesses da comunidade no seu todo.
- iii) Verdade – O enfermeiro deve assumir com o utente uma relação de boa-fé, em que diz o que julga ser verdade, sendo fiel em palavras às suas convicções. Deve assim, ser congruente, comunicando e agindo com veracidade.
- iv) Justiça – O enfermeiro deve dar a cada utente o que lhe é devido, o que implica tratar situações similares de forma semelhante e situações diversas de forma diferente; por isso, não deve ser confundido com dar o mesmo a todos.
- v) Altruísmo – O enfermeiro deve realizar a acção em função do interesse do utente, em benefício do outro.
- vi) Solidariedade – O enfermeiro deve comungar interesses numa correspondência mútua, deve respeitar o outro partilhando conhecimentos e saberes de forma a promover valores e interagir na procura de melhores cuidados.
- vii) Competência – O enfermeiro deve saber mobilizar e transferir saberes.
- viii) Aperfeiçoamento profissional – O enfermeiro deve promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional através da autoformação, formação contínua e avaliação do desempenho.



No Código Deontológico (Decreto-Lei n.º 161/96) existem artigos (seis) que se reportam às responsabilidades específicas da profissão e que se relacionam com a responsabilidade assumida, enquanto seus membros, pela defesa, respeito, promoção, qualidade e humanização de cuidados para com os utentes e também os deveres assumidos para com a própria profissão e outras profissões (abordagem multidisciplinar e multiprofissional). Nos seus enunciados os artigos referem-se ao “acto profissional” numa óptica de melhoria contínua da qualidade, na busca da excelência do exercício, de forma humana e humanizada, no relacionamento e respeito mútuo quer com os utentes quer com outros profissionais, sempre no respeito pelos direitos e valores humanos.

Os artigos em que os deveres decorrem da salvaguarda e da garantia dos direitos do outro distinguem-se na medida em que existe uma relação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, sem distinção dos princípios gerais e dos valores universais. A vulnerabilidade da pessoa doente reclama a solidariedade e a equidade dos prestadores de cuidados. O direito à vida e ao cuidado na saúde e na doença, assim como o direito à autodeterminação, ao sigilo e ao respeito pela intimidade são valores incontestáveis dos utentes, os quais o enfermeiro deverá respeitar e proteger. Na fase final da vida o enfermeiro deve, também, cuidar da pessoa preservando a sua integridade pessoal, dignidade humana e autodeterminação, não só pelo que a pessoa é naquele momento mas, acima de tudo, pelo que foi.

Na prestação directa de cuidados, o enfermeiro assume a responsabilidade pelos actos que pratica, pelos que não pratica mas que deveria praticar, pelos actos que omite e pelos que delega. Nesta óptica, são responsáveis e, ao mesmo tempo, responsabilizados quer pelas acções que realizam, quer pelas que omitem independentemente de se tratar de acções autónomas ou interdependentes. No caso de se dar continuidade a uma intervenção iniciada por outro enfermeiro não se desresponsabiliza relativamente à acção por ele desenvolvida no decorrer da intervenção. O mesmo acontece na delegação de tarefas. A delegação de tarefas não retira a responsabilidade sobre essa tarefa delegada. É da responsabilidade do enfermeiro determinar o grau de dependência do utente, bem como dos cuidados a prestar por outros. A delegação de tarefas, em pessoal não classificado, é da responsabilidade do enfermeiro, tal como as consequências que daí advenham (OE, 2007).

O Código Deontológico (Decreto-Lei n.º 161/96) conta ainda com um artigo que elenca os deveres relacionados com o exercício de um direito dos enfermeiros, o da

objecção de consciência (Artigo 92º). Na medida em que a objecção de consciência é a infracção a uma ordem, considera-se objector “*o enfermeiro que por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa, esteja convicto de que lhe não é legítimo obedecer a uma ordem particular, por considerar que atenta contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o código deontológico*” (OE, 2000:2). No exercício da sua profissão o enfermeiro age na defesa dos objectivos da profissão e dos direitos humanos das pessoas a seu cargo; contudo, também ele é uma pessoa, pelo que também deve agir na defesa da sua liberdade, integridade e dignidade. A expressão da dignidade humana, da racionalidade, passa pelo exercício dos direitos fundamentais de que é exemplo a liberdade de consciência e opção, a autodeterminação. Essa liberdade de consciência existe apenas quando o enfermeiro actua motivado por princípios morais harmonicamente ligados aos imperativos éticos por si livremente assumidos.

Podemos afirmar que, o exercício de enfermagem se centra na relação intersubjectiva entre a pessoa do enfermeiro e a pessoa cuidada ou entre a pessoa do enfermeiro e um grupo de pessoas. Quer o enfermeiro, como pessoa individual, quer o utente dos cuidados de saúde possuem quadros de valores, crenças e desejos de origem individual. Assim, na relação terapêutica, o enfermeiro assume a responsabilidade pelo doente e distingue-se pela sua formação e experiência, permitindo-lhe entender e respeitar a pessoa cuidada, num quadro de valores assentes em virtudes e princípios éticos universais.

## 2. CONTEXTO CLÍNICO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Actualmente, vivemos numa época em que assistimos a várias mudanças no contexto dos cuidados de saúde que exigem transformações a nível da organização dos grupos profissionais e também a nível da estruturação e adaptação dos cuidados aos contextos em mudança. Apesar das transformações nos modelos de abordagem dos processos de saúde/doença e das políticas de saúde, observamos que ainda existe uma influência hospitalar significativa na construção profissional dos enfermeiros em detrimento de outras áreas, da qual é exemplo os cuidados de saúde primários. Tradicionalmente, a figura de enfermeiro está ligado à imagem de doença ou ambiente hospitalar, talvez pela prevalente actuação do profissional na área curativa.

Numa tentativa de explicação da ligação do enfermeiro ao hospital, Gastaldo e Meyer (1989) afirmaram que a enfermagem profissional já nasce vinculada ao hospital, facto que justifica o seu enfoque predominantemente curativo e que persiste um pouco até aos dias de hoje. Sem dúvida, esta foi, e ainda é, uma das preocupações que ocupam os enfermeiros e que tem servido de base de reflexão acerca do papel que desempenham perante a sociedade.

Abreu (2007) refere que *“a pluralidade de olhares sobre o hospital evoca uma diversidade significativa de características enquanto espaço social único, o que é em si benéfico para o conhecimento sobre a organização e o sistema humano que nele existe”* (p.28). Acrescenta ainda que, entre os anos 1970 e 2000, o Sistema Nacional de Saúde em Portugal enfrentou um período de expansão claramente marcado pela exigência de cuidados de saúde de maior qualidade, facto que introduziu alterações na organização dos cuidados de saúde e fez multiplicar estudos sobre o objecto de trabalho e o conteúdo funcional dos enfermeiros. Salienta que, nesse período, surgiram estudos com pendor claramente humanista (humanização de cuidados, personalização da assistência, trabalho em equipa, continuidade de cuidados e cuidados de proximidade) onde muitas das perspectivas *“tiveram consequências na admissão de pessoal, abertura de novos departamentos, expansão de serviços e aumento dos custos de cuidados de saúde”* (p.29).

A partir dos anos 2000 assistimos a grandes modificações na organização e funcionamento das unidades prestadoras de cuidados de saúde em Portugal. Estas modificações são, em parte, condicionadas pela contenção de despesas, facto que levou a reflexões acerca do custo e rentabilização dos recursos da saúde.

Associado ao desenvolvimento científico e tecnológico, surgiu a consciencialização crescente por parte dos consumidores de cuidados, relativamente aos seus direitos. Estes, apesar de existirem regulamentados desde 1946, adquirem agora maior envergadura; os utentes estão mais conhecedores dos seus direitos exigindo o seu cumprimento por parte das organizações e dos próprios profissionais. Se, por um lado, as pessoas estão mais conscientes dos seus direitos, por outro, o próprio sistema tende a responsabilizar o indivíduo pelo seu nível de saúde numa perspectiva de participação activa acerca das decisões relacionadas com a sua saúde.

Face a estas problemáticas têm surgido alterações a nível dos contextos e das políticas de saúde que, por consequência, geram alterações na estrutura e organização dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros, de forma a dar resposta às necessidades emergentes dos utentes e da evolução da tecnologia e dos sistemas de informação, das alterações ocorridas nos contextos de saúde e nas políticas de protecção da saúde, dirigem a sua actuação no sentido da aquisição do equilíbrio entre o conhecimento e a acção. Para isso, é fundamental o entendimento crítico das práticas, que podem produzir repercussões no enfermeiro como forma de subsidiar a sua proposta de transformação e de adaptação ao ambiente em mutação. O desenvolvimento do enfermeiro como pessoa que cuida de outra pessoa requer hoje, mais do que em qualquer outra época, uma constante e crescente preocupação com o processo de aperfeiçoamento e actualização sobre o sistema de trabalho. Essa actualização, situação geradora de mudança, pode ser entendida segundo uma perspectiva ecológica de desenvolvimento humano.

## **2.1. Natureza dos contextos clínicos**

A enfermagem de hoje possui uma herança que deixa visível as características de uma prática histórica e social determinada, assente num contexto institucional predominantemente hospitalar, onde o modelo clínico é, cada vez mais, empresarial adoptando maioritariamente um carácter individual e curativo.

Na sua definição conceptual, o hospital é um estabelecimento de saúde, constituído por serviços diferenciados, dotado de meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo é prestar cuidados curativos globais e humanizados durante vinte e quatro horas por dia, cuidados de reabilitação e colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação. Para que consiga operacionalizar o seu objectivo, o hospital conta com serviços de internamento, de ambulatório e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, constituindo *“um lugar onde se pratica uma tecnologia avançada, sempre*

*com a finalidade máxima de salvar a vida e proteger a saúde*” (Pinto, 2003:57). Por esse motivo alguns hospitais são estruturas gigantescas, cuja administração exige rigor e racionalização dos gastos independentemente de a sua organização ser pública ou privada.

De facto, o hospital, enquanto organização social, possui uma diversidade de características onde intervêm as vertentes: administrativa, organizativa, formativa, investigativa, social e económica, por vezes, geradoras de novos conflitos éticos. Estas características transformam o hospital num contexto social único. Contudo, os hospitais, também sofrem algum tipo de influências, nomeadamente as referentes às das políticas de saúde.

Actualmente usufruímos de critérios formais que nos permitem definir os diferentes tipos de hospitais do sistema de saúde português. Estas definições, produzidas a partir de meados do século passado, acompanharam não só o crescimento das unidades hospitalares e a sua progressiva regionalização, mas também a crescente diferenciação do sistema de cuidados<sup>6</sup>. Assim, quando nos referimos ao hospital central, distrital e concelhio, contamos não só com a área geográfica que abrange, mas também com a diferenciação dos cuidados que presta. O mesmo se poderá dizer relativamente ao facto de ser público ou privado, geral ou especializado; todos constam de características específicas centrando-se ora nos factores e modelos de gestão, ora no âmbito das disciplinas médicas de referência.

Apesar das reformas introduzidas no Sistema Nacional de Saúde (SNS), existem ainda hospitais que, no seu plano assistencial, reflectem um passado histórico, que remonta aos primórdios da construção de um sistema de cuidados. É o caso dos Sanatórios cujo objectivo principal era o tratamento de doenças pulmonares, verificando-se um forte investimento na área da pneumologia quer a nível da formação quer a nível da investigação. É também o caso das Misericórdias cuja gestão, organização e desempenho de cuidados, era predomínio das ordens religiosas.

Para Abreu (2007), quando nos debruçamos sobre os contextos de cuidados nunca devemos esquecer que estes possuem uma dimensão que não pode ser negligenciada, uma vez que contêm propriedades, objectivas e subjectivas, que interferem com a sua dinâmica institucional. O autor identifica seis dimensões que estão

---

<sup>6</sup> É o caso dos diplomas que consagram o estatuto especial do hospital como serviço público (Lei Hospitalar; Estatuto Hospitalar, Regulamento Geral dos Hospitais, a Reforma dos Serviços de Saúde, Regime de Gestão Hospitalar e todas as alterações posteriormente introduzidas).

presentes na instituição de saúde e que designa por “condições”: tecnológicas, legais, políticas, simbólicas, económicas e financeiras e, socioculturais e demográficas. As condições tecnológicas referem-se às tecnologias utilizadas na instituição, as legais aos regulamentos existentes, as políticas às decisões a nível governamental, as simbólicas às representações que caracterizam a identidade institucional (sentimentos, tradições e condições socioculturais), as económicas e financeiras aos custos com a saúde e as socioculturais e demográficas às características da população assistida.

Actualmente, os hospitais estão organizados em termos de Redes de Referenciação Hospitalar (RRH) constituindo sistemas através dos quais se regulam as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares existentes. Garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadores de cuidados de saúde é o grande objectivo das RRH. Estas redes representam um conjunto de especialidades médicas e de tecnologias que servem de suporte aos diversos sistemas locais de saúde e foram construídas numa lógica centrada nas necessidades da população baseada em critérios de distribuição de rácios, de instalações, equipamentos e recursos humanos. Diríamos que o principal motivo que originou o aparecimento das RRH é a concentração de recursos que permitem maximizar a rentabilidade a nível de cuidados de saúde.

A evolução nos hospitais dá-se de forma muito específica e é caracterizada, essencialmente, por uma sucessão de rupturas (Abreu, 2007). Clement (1993 cit in Abreu, 2007) identificou quatro rupturas que explicam esta evolução: missão, práticas profissionais, modelos de produção de cuidados e modelos de gestão. Para Abreu (2007), a grande mudança que influencia as instituições de saúde ocorre a nível da sua missão e compreende o aprofundamento da vocação para cuidar. O mesmo autor defende que os processos de mudança na área da saúde envolvem certos desafios que qualificam a vida das instituições e identifica a necessidade de preservar os direitos das pessoas que recorrem às instituições, a emergência de novos equilíbrios entre os poderes dos profissionais de saúde e a incorporação de novas formas de gestão como sendo os principais.

Mas, apesar de o hospital constituir uma forte referência a nível da prestação de cuidados na formação dos enfermeiros, *“os centros de saúde são a base institucional dos cuidados de saúde primários e o pilar central de todo o sistema de saúde. Constituem um património institucional, técnico e cultural que é necessário preservar, modernizar e*

*desenvolver, porque continuam a ser um meio acessível e eficaz para proteger e promover a saúde da população” (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006:4).*

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) centram-se na prestação de cuidados gerais de saúde à população inserida numa determinada área geográfica, ao longo do seu ciclo de vida. Estes, visam a assistência a indivíduos, famílias e comunidades tendo como base estruturante a promoção da saúde, a prevenção da doença e a readaptação funcional precoce. Embora com finalidades e objectivos análogos, os CSP diferem dos Diferenciados (CSD), uma vez que apresentam uma vertente predominantemente preventiva, onde os cuidados podem ser prestados quer dentro da unidade de saúde quer a nível externo, no domicílio do utente e na comunidade. Outra das diferenças reside no facto dos CSP não contemplarem o internamento do doente, característica exclusiva do hospital.

Nas instituições onde são prestados CSP a promoção da saúde é o tema-chave, contribuindo para a elevação da qualidade de cuidados (Potter e Perry, 2006). O enfoque central dos CSP é a promoção e manutenção da saúde, com o objectivo de se obterem estilos de vida mais saudáveis na população em geral. Deste modo, os programas de promoção de saúde são fortes contributos para a diminuição dos custos globais dos cuidados de saúde, uma vez que, ao reduzir a incidência da doença, ao minimizar complicações, reduz-se a necessidade do uso de recursos de cuidados de saúde mais dispendiosos.

A organização dos serviços de saúde em Portugal, CSD e CSP, faz parte do SNS, que ao longo dos anos tem sofrido alterações na sua estrutura numa tentativa de dar resposta à exigência de níveis mais elevados de qualidade de cuidados e serviços da parte dos cidadãos. De entre as várias alterações, nos anos 90 do século passado, foi aprovada a Lei de Bases da Saúde que determina que os cuidados de saúde primários devem situar-se junto das comunidades. Acrescenta, ainda, que deve ser promovida a articulação entre os CSP e os CSD de modo a ser reservada a intervenção dos CSD para as situações que deles carecem, pois só assim será garantida a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes (Lei n.º 48/90).

Em 1993, o novo estatuto do SNS tenta ultrapassar o antagonismo existente entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Diferenciados através da criação de unidades integradas de saúde que têm como propósito comum a articulação personalizada entre centros de saúde e hospitais. Nesse contexto, em 1999, aparecem os Sistemas Locais de Saúde (SLS) que constituem um conjunto de recursos articulados

de forma complementar que facilitam a participação social, a promoção da saúde e a racionalização dos recursos. Nessa linha, surgem os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) que constituem órgãos de gestão intermédia, com poder decisório (Decreto-Lei n.º 11/93).

Actualmente, e face aos princípios de racionalização de estruturas e recursos, de simplificação e de melhoria da qualidade, que inspiram a reforma da administração pública, é proposta a reconfiguração dos actuais centros de saúde e da extinção das sub-regiões de saúde. A reconfiguração dos centros de saúde atende a um duplo exercício: a constituição de pequenas equipas em unidades funcionais autónomas prestadoras de cuidados de saúde à população que proporcionam maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço recorrendo a um modelo de contratualização interna e, a associação de recursos e estruturas de gestão que permitem obter economias e viabilizam estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários indo ao encontro das necessidades e expectativas da população (Nunes, 2003).

A reconfiguração dos centros de saúde deve promover a criação de condições estruturais para aumentar o nível de qualidade dos serviços existentes e preservar as afinidades culturais à população, enquanto base institucional dos cuidados de saúde primários. Eles projectam uma forma de actuação mais racional, eficaz, inovadora e capaz de garantir a acessibilidade e a equidade dos cuidados de saúde junto da população. Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACS), novas unidades de gestão, deverão traduzir o resultado do agrupamento das estruturas e serviços de apoio dos actuais centros de saúde que, em regra, devem obedecer a um critério populacional (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

As alterações legislativas verificadas nos últimos anos no SNS tiveram como propósito basilar proporcionar um modelo mais justo e solidário, facultando às pessoas mais e melhores cuidados de saúde em tempo útil, com eficácia e humanidade. Nesse sentido, e associado à nova legislação dos CSP e dos hospitais integrados em rede de prestação de cuidados de saúde, surge também legislação que regulamenta o aparecimento das Redes de Cuidados Continuados de Saúde (RCCS). Estes, constituídos por entidades públicas, sociais e privadas destinam-se a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto das pessoas que deles necessitam devido a doença crónica ou degenerativa e também às pessoas que, por qualquer razão física ou psicológica, apresentem dependência funcional. A RCCS oferece meios técnicos e humanos adequados para aliviar a dor e o sofrimento, reduzir a



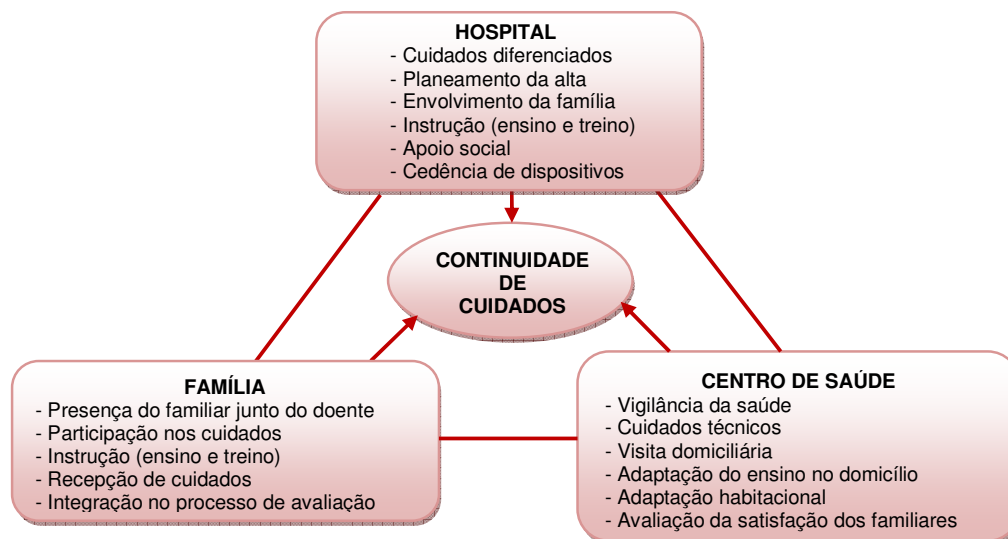
angústia e dignificar a etapa terminal de vida. A sua acção é fundamental, porque evita o prolongamento do internamento hospitalar, favorece a reabilitação e a independência funcional e proporciona o apoio domiciliário, ocupacional e a reinserção social (Decreto-Lei n.º 281/2003).

Recentemente, com o Decreto-Lei n.º 101/2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que é assegurada por vários tipos de serviços, desde as unidades de internamento e de ambulatório às equipas hospitalares e domiciliárias. A Rede assenta na garantia do direito da pessoa em situação de dependência à dignidade, preservação da identidade, privacidade, informação, não discriminação, integridade física e moral, exercício da cidadania e consentimento informado das intervenções efectuadas. Dentro das equipas hospitalares emergiu a Equipa de Gestão de Altas (EGA).

A EGA é composta por uma equipa hospitalar multidisciplinar cujo objectivo é preparar a gestão das altas hospitalares, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar. Estas equipas têm como missão melhorar e otimizar a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados através do planeamento atempado das altas, de modo a assegurar a continuidade de cuidados aquando da mesma.

A EGA encontra-se sedeada nos hospitais de agudos e deve integrar um médico, um enfermeiro e um assistente social. A sua articulação interinstitucional, face à continuidade de cuidados, pode ser apreciada no diagrama apresentado na figura 1.

**Figura 1.** *Articulação interinstitucional para a continuidade de cuidados ao utente*



Segundo a Lei de Bases da Saúde, o SNS caracteriza-se por: ser universal quanto à população abrangida; prestar integradamente cuidados globais ou garantir a sua prestação; ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos; garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados; e, ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada (Lei n.º 48/90).

Com as reformas sucessivas, verificadas nos últimos anos a nível do SNS, os próprios cuidados de saúde começam a ser vistos como processos de aperfeiçoamento constante que tentam acompanhar a evolução dos tempos e as necessidades, exigências e expectativas da população em geral. Contudo, acarretaram consigo um conjunto de transformações consecutivas nos diversos contextos de saúde com as consequentes adaptações dos seus actores e repercussões a nível das suas práticas de cuidados. Apesar de existirem desenvolvimentos diferenciados a nível do percurso histórico da enfermagem e nos seus diversos contextos de actuação, *“uma parte substancial da natureza e identidade emerge e transforma-se no seio das organizações de saúde, de entre as quais o hospital assume especial destaque”* (Abreu, 2007:28).

Abreu (2001) realça que, quem dirige a atenção para o contexto hospitalar facilmente se apercebe que corresponde a uma história de pessoas que lutam pela vida. Desta forma, os enfermeiros têm de ser capazes de actuar de forma global e humanizada, assumindo o compromisso de lidar com os problemas da pessoa, utilizando o seu conhecimento para a promoção de melhores condições de vida. Para isso, devem respeitar a pessoa cuidada em toda a sua plenitude, tal como ela é: convicções religiosas, cultura, opções de vida, decisões terapêuticas, etc., e conjugar com as dinâmicas organizacionais. É nesta conjugação, onde se pretende dar resposta às exigências da profissão com as obrigações do contexto, que surge o grande problema que domina na prestação de cuidados de saúde em Portugal, a desumanização dos serviços de saúde.

## **2.2. Os cuidados de enfermagem: retrocessos e processo de dedução**

Como já afirmado, ao longo do tempo, a enfermagem passou por várias etapas da sua evolução, não só a nível do desempenho profissional como também na procura de aquisição de novos conhecimentos que levaram ao reconhecimento e desenvolvimento

da profissão. À semelhança de outras profissões, a enfermagem tem sofrido alterações a nível dos cuidados que dispensa às pessoas, fruto da influência de vários factores: a herança da ligação da profissão à actividade feminina e à subordinação à actividade médica; a alteração emergente dos contextos sociais, culturais, económicos, políticos, filosóficos e tecnológicos; a introdução das novas tecnologias de diagnóstico e de informação; a alteração dos contextos da prática e da política de saúde; e o reconhecimento profissional e a alteração de valores sociais.

O quadro actual da saúde, claramente marcado por uma opção gestora dos cuidados de saúde, unificada na Lei da Gestão Hospitalar, na Lei da empresarialização dos hospitais e na alteração do funcionamento dos Centros de Saúde, embutiu profundas transformações na organização dos serviços e nas práticas de prestação de cuidados de saúde. Nesse sentido, e tal como afirma Maria Augusta Sousa (2010:1), bastonária da OE, nos próximos tempos, perante um quadro onde não se vislumbram normas claramente definidas relativamente aos objectivos de gestão, critérios de qualidade e definição de níveis mínimos de estrutura para a prestação dos cuidados de saúde pelas unidades abrangidas pela nova legislação, os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros em particular, vão debater-se, na prática e no dia-a-dia, com situações que apelam à sua consciência ética e a uma deontologia profissional. Com isto, a bastonária da OE demonstra estar alerta para as dificuldades que irão ocorrer a nível da prática de enfermagem, fruto das alterações ocorridas a nível dos cuidados de saúde nos últimos anos, e para as quais estimula os enfermeiros a tomar decisões num contexto necessariamente tão complexo.

Tal como existem características específicas face aos diversos contextos de cuidados, também existem diferenças a nível dos cuidados de enfermagem em cada um dos contextos, não porque se pratiquem diferentes cuidados ou se executem os cuidados de maneira desigual, mas porque existem áreas de intervenção distintas. O hospital aponta para uma prática baseada numa intervenção mais curativa, ao passo que os cuidados de saúde primários apontam para uma intervenção de vigilância e promoção da saúde, vertente mais preventiva.

Para Abreu (1998), existem essencialmente três requisitos para a confirmação de uma profissão: possuir uma base consistente de conhecimentos, ter um conjunto de meios para os difundir e gozar de um elevado nível de autonomia. Assim, a enfermagem assume-se como *“uma disciplina com uma perspectiva particular e bem delimitada, que se substancia num domínio próprio de conhecimentos”* (p.158-159). Neste sentido, a

enfermagem compreende um conjunto de processos e saberes centrados nas respostas humanas da pessoa, com o objectivo de agir sobre o seu estado de saúde de modo a reabilitar, promover a melhor qualidade de vida possível ou proporcionar conforto.

O Royal College of Nursing (2003) define enfermagem como “*o uso do juízo clínico na concepção de cuidados que permitem às pessoas melhorar, manter ou recuperar a saúde, adaptar-se aos problemas qualquer que seja a doença ou inaptidão de modo a alcançar a melhor qualidade de vida possível até à morte*” (p.3). Esta perspectiva, alicerça-se em seis características que definem a profissão de enfermagem:

- i) Um propósito particular: o propósito da enfermagem é promover a saúde e a cura, o crescimento e o desenvolvimento e prevenir a doença, o dano e a inaptidão;
- ii) Um modo particular de intervenção: as intervenções de enfermagem devem centrar-se no *empowerment* das pessoas de forma a ajudá-las a alcançar, manter ou recuperar a sua independência;
- iii) Um domínio particular: o domínio específico da enfermagem consiste nas respostas às experiências humanas em matéria de saúde, doença ou eventos de vida relacionados considerados no seu ambiente;
- iv) Um foco particular: a enfermagem considera a pessoa e as respostas humanas no seu todo e não aspectos particulares (da pessoa) ou condição patológica;
- v) Uma base de valores específicos: a enfermagem baseia-se num conjunto de valores éticos de que é exemplo: respeito pela dignidade, autonomia, respeito pela pessoa como ser único, respeito pelas decisões da pessoa e privilégio da relação terapêutica e aceitação;
- vi) Um envolvimento em parcerias: os enfermeiros trabalham em parceria com a pessoa doente, seus familiares ou cuidadores e em colaboração com outros membros da equipa multidisciplinar.

Abreu (2007) refere que a prática de enfermagem envolve um conjunto de dimensões interactivas: uma dimensão finalizada instrumental, uma operatória (saber-fazer), uma interactiva relacional, uma contextualizada, uma ética, uma temporal, uma afectiva e emocional, uma reflexiva e uma psicossocial (natureza humana).

Segundo o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96), a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo “*prestar cuidados de enfermagem ao ser humano,*

*são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem ou recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível* e cuidados de enfermagem são *“intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”* (p.2960).

De acordo com o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96) as intervenções dos enfermeiros são dirigidas a pessoas individuais ou a grupos de pessoas, onde as intervenções podem ser autónomas ou interdependentes. Intervenções autónomas são as acções realizadas sob a exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro na prestação de cuidados, ensino, gestão, formação ou assessoria, de acordo com as suas competências profissionais e tendo em conta os contributos da investigação em enfermagem. Intervenções interdependentes são as acções realizadas pelos enfermeiros em conjunto com outros técnicos, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão inseridos e de prescrições ou orientações previamente formalizadas, e tendo como fim último atingir um objectivo comum.

Assim, a nível da prestação directa de cuidados ao utente, os enfermeiros assumem o dever de:

- i) Organizar, coordenar, executar e supervisionar intervenções de enfermagem a nível preventivo, curativo e de reabilitação;
- ii) Decidir sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de forma a potenciarem e rentabilizarem os recursos disponíveis num clima de confiança e participação activa do utente, família, grupo ou comunidade;
- iii) Utilizar técnicas de enfermagem de forma a assegurarem a manutenção e recuperação das funções vitais (respiração, circulação, alimentação, eliminação, comunicação, mobilidade física e integridade cutânea);
- iv) Participar, coordenar e dinamizar actividades inerentes à situação de saúde/doença no internamento, em ambulatório ou no domicílio;
- v) Administrar terapêutica prescrita detectando os efeitos nocivos e, em situação de emergência, actuando de acordo com as qualificações e conhecimentos que detêm, com a finalidade de manter ou recuperar as funções vitais;
- vi) Participar na elaboração e concretização de protocolos relativos a normas e critérios de administração de tratamentos e medicamentos;

vii) Ensinar o utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos.

Para operacionalizar estas intervenções, o enfermeiro tem de: i) recolher dados de forma a identificar problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular; ii) formular diagnósticos de enfermagem; iii) elaborar planos para a prestação de cuidados; iv) executar correcta e adequadamente os cuidados de enfermagem necessários; v) avaliar os cuidados de enfermagem prestados e reformular intervenções. Estes cuidados devem alicerçar-se na interacção entre enfermeiro e utente, família ou grupo, baseando-se na relação de ajuda e na metodologia científica.

Além das intervenções relativas à prestação directa de cuidados, e de modo a contribuir para a melhoria e evolução dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros devem conceber, realizar e promover a investigação que vise o progresso da profissão e dos processos de saúde/doença e, ainda, contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados, exercendo intervenções na área da gestão, docência, formação e assessoria. Assim, o exercício da enfermagem é pautado por uma conduta ética de responsabilidade e actuação na defesa dos interesses e direitos das pessoas, articulada em complementaridade com os restantes profissionais de saúde, mas dotada de dignidade e autonomia, tendo como objectivo último a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

Mas como em qualquer profissão, os profissionais são claramente influenciados pelo modelo conceptual que seguem. É a concepção de cuidados que leva os profissionais a adoptarem determinadas posturas uniformizadas nos conceitos e objectivos mentais. A concepção actual aponta para o cuidado humano transaccional. Esta perspectiva coloca a ênfase na compreensão dos problemas que se desenvolvem ao longo do ciclo de vida, em que a transição é um “conceito central” e corresponde a uma mudança que ocorre de um estadio para outro (Schumacher e Meleis, 1994). Chick e Meleis (1986) definem transição como “*uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro*” (p.239) e acrescentam que esta tem relação com o tempo e o movimento. Acontecimentos importantes como casamento, nascimento, saída dos filhos do lar, reforma e morte, são exemplos de transições previsíveis (Carter e McGoldrick, 1995), no entanto podem ocorrer outras de cariz mais imprevisto como, por exemplo, os processos de doença. Durante a evolução de cada fase (transição) podem ainda existir subeventos (Hall, 1981).

Para Murphy (1990), o conceito de transição é definido a partir de duas perspectivas teóricas: na primeira, o desenvolvimento dá-se ao longo da vida da pessoa na qual ocorrem eventos marcantes; na segunda, os eventos de vida produzem desequilíbrios entre dois períodos de tempo estáveis. Estas perspectivas teóricas enfatizam as respostas humanas à transição. Na teoria das transições humanas defendida por Meleis et al. (2000) a extensão e a intensidade da força transaccional variam ao longo do tempo, afectando de forma diferente as pessoas que experienciam a mesma transição. Da mesma forma, os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa influenciando, assim, o seu resultado. Carter e McGoldrick (1995) vão mais além e englobam a família no sistema das respostas humanas às transições. Para os autores, a família assume-se como um sistema que se move através do tempo e possui propriedades diferentes dos outros sistemas em que os significados de transições alteram consoante a família ou o sistema em questão.

Os enfermeiros, ao actuar nestas circunstâncias de transição, desenvolvem o cuidado transaccional num duplo movimento, em que um processo de transição pode gerar uma alteração de saúde/doença e este, por sua vez, levar ao aparecimento de uma nova transição. Em qualquer destas situações, as intervenções dos enfermeiros são dirigidas à pessoa e/ ou família prestadora de cuidados. O cuidado transaccional traz, assim, respostas à valorização da pessoa enquanto sujeito da acção do cuidado, não se limitando ao mero desempenho de funções, papéis ou tarefas.

Cada pessoa, ao longo do seu ciclo de vida, desenvolve actividades num *continuum* que pode variar desde a dependência total à independência total. É através do diagnóstico acerca do grau de dependência de cada pessoa que o enfermeiro desenvolve a sua decisão clínica (planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem) (Abreu, 1994). Neste sentido, a transição assume-se como peça fundamental num processo que acompanha a transição de um estado de saúde para outro, baseando-se na capacidade da pessoa para o auto-cuidado e repercutindo-se na esfera motora, cognitiva e afectiva. Sendo assim, todos os momentos de transição na vida da pessoa, mesmo os mais simples e elementares, podem assumir-se como fontes de potenciais desequilíbrios e problemas na esfera da saúde (Abreu, 2007).

O cuidado transaccional não é algo definível, palpável, visível, não é algo que se possa reduzir a uma simples definição, ele surge da consciencialização do enfermeiro na compreensão do cliente enquanto ser que vivencia o processo transaccional. A transição intervém em todos os momentos da vida. Porém, estes momentos necessitam ser

encarados através de comportamentos que possibilitem o cuidado individualizado face a cada situação vivenciada, nas suas possibilidades de “vir-a-ser consigo mesmo” e “com o outro”. O cuidado transaccional é o cuidado com preocupação pelas etapas transaccionais do ser, exposto a todas as suas possibilidades.

A Ordem dos Enfermeiros tem vindo a preocupar-se com a realidade da enfermagem portuguesa, quer a nível da concepção e realização dos cuidados quer a nível das competências dos enfermeiros. Assim, em 2001 elaborou um documento onde definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE; 2001) com o intuito de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros num prisma que visa a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade. Nesse documento, nomeadamente no seu enquadramento conceptual, a OE (2001) definiu quatro conceitos-chave que considerou estarem na base de trabalho dos enfermeiros, sendo eles: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

A saúde corresponde ao estado, à representação mental da condição individual, ao controlo do sofrimento, ao bem-estar físico e ao conforto emocional da pessoa. Corresponde a um estado subjectivo baseado na representação mental da condição individual relacionada com o bem-estar. A saúde assume-se como um conceito dinâmico em que predomina o equilíbrio face a cada momento de vida (OE, 2001).

A pessoa é considerada como um ser social e agente intencional de comportamentos baseados em valores, crenças e desejos de natureza individual que a transformam num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. A pessoa interage com o ambiente no qual vive e se desenvolve modificando-o, sendo também influenciada por ele. É esta inter-relação com o ambiente que torna a pessoa como única e indivisível (OE, 2001).

O ambiente é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que regulam e influenciam os estilos de vida, repercutindo-se na saúde da pessoa (OE, 2001).

Os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal do enfermeiro com uma pessoa ou um grupo de pessoas numa perspectiva humanista, multicultural, contínua e de parceria que se distingue pela capacidade de tomada de decisão, formação e experiência do enfermeiro a nível de cuidados de enfermagem. Estes, têm como foco de atenção a promoção de projectos de saúde e a gestão de recursos da comunidade em matéria de saúde num contexto pluriprofissional (OE, 2001).



A experiência tem-nos demonstrado que as actividades preventivas habitualmente são descuradas e repelidas para segundo plano em detrimento das actividades curativas que, devido à sua tecnologia avançada, acabam por absorver a maior parte dos recursos dos sistemas de saúde, em praticamente todo o mundo (Ramos, 1994). Isto é notório até na própria opção de escolha aquando da obtenção do título profissional; os hospitais são mais atraentes para os enfermeiros neófitos porque proporcionam a oportunidade de contactarem diariamente com tecnologia avançada.

Os cuidados hospitalares possuem uma vasta componente tecnológica e tendem a seguir uma lógica baseada no emergente e imediato, requerendo rapidez no raciocínio e na acção. É o “urgente” a sobrepor-se ao “importante”, é o que “tem de ser feito” a tirar sentido ao que “deveria ser feito”. Tais cuidados, indiscutivelmente necessários, dispensam atitudes e esforços antecipadores, são as circunstâncias que geram a acção. Contrariamente, os cuidados de saúde primários tendem a seguir uma lógica proactiva e de antecipação (cuidados antecipatórios) em que são necessárias atitudes, vontades e esforços suplementares para viabilizar a acção de cuidar. Aqui, o enfermeiro tem a oportunidade de centrar a sua actividade não apenas num único indivíduo e sua família, mas num prisma mais alargado, a nível de sub-populações de uma mesma comunidade ou até mesmo da comunidade em geral.

É um dado adquirido que, no domínio dos cuidados de saúde, as necessidades da população estão em plena mutação tornando premente a necessidade de adaptar os serviços de saúde às necessidades específicas dos utentes, centrando-se cada vez mais na promoção da saúde. É também verdade que os utentes, figura central dos cuidados de enfermagem, estão mais informados quanto às suas necessidades em matéria de saúde e desejam, participar mais activamente nas decisões sobre os cuidados (Margato, 2005). Cada vez mais, os enfermeiros vêm assumindo o desenvolvimento de novas e diversas formas de intervenção de forma a respeitar os interesses e necessidades da comunidade, tendendo para a excelência em matéria de cuidados de enfermagem.

Actualmente, a nível de CSP, o enfermeiro assume a figura de Enfermeiro de Família, sendo esta uma das metas do Governo para este mandato. O Enfermeiro de Família será o grande gestor da saúde familiar, cabendo-lhe a responsabilidade de realizar Educação para a Saúde no sentido de promover a saúde ao longo de todo o ciclo de vida da família; também avalia e intervém na unidade familiar em todas as vertentes de saúde/doença constituindo o elo de ligação entre a família, a comunidade e o SNS. Na verdade, nas diversas unidades de saúde prestadoras de CSP, os enfermeiros cuidam

dos utentes e família sob esta filosofia, mas só actualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS), nomeadamente na Conferência de Munique em 2000, reconheceu a necessidade da criação formal desta figura.

A esse respeito, a OE (200?), sob a influência do documento emitido pela OMS (Saúde XXI), elaborou uma proposta sobre a “Implementação e Consolidação do Enfermeiro de Família em Portugal” onde refere não só a importância do papel assumido pelo enfermeiro de família como os seus aspectos positivos. Nesse sentido o enfermeiro passa a ser: i) o responsável por um grupo definido de famílias tendo por base o trabalho por área geográfica e o desenvolvimento de parcerias com vista à crescente vinculação e à intervenção personalizada e contínua; ii) o elemento de referência e o gestor de cuidados articulando-se com os demais profissionais da equipa num trabalho de parceria; iii) o elemento activo da equipa multidisciplinar.

Segundo os Padrões de Qualidade definidos pelo Conselho de Enfermagem da OE (2001), criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma acção prioritária. Nesse sentido, as associações profissionais da área da saúde assumem um papel preponderante na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico de cada uma das profissões envolvidas. Face a esse contexto, o Conselho de Enfermagem da OE reúne esforços tendentes à definição de estratégias num caminho que visa a melhoria contínua da qualidade no exercício profissional dos enfermeiros.

Concomitantemente à conquista da qualidade em saúde, aparecem os processos de acreditação que consistem no reconhecimento profissional e internacional reservado às instituições prestadoras de serviços de saúde, iniciando-se a implementação de novos sistemas de informação e documentação nas organizações e serviços a nível nacional. Surge, então, a necessidade da existência de uma linguagem classificada internacionalmente, comum na prática clínica, que melhore a comunicação entre enfermeiros e outros profissionais e que, ao mesmo tempo, proporcione uma descrição rigorosa dos cuidados de enfermagem permitindo planear intervenções, de acordo com as necessidades do utente e família, baseadas em evidências e que, ao mesmo tempo, permitam avaliar os resultados obtidos face à evolução do diagnóstico. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) aparece como uma solução no colmatar desta necessidade.

Segundo Abreu (2007), a existência de sistemas de informação em enfermagem permite aprofundar a responsabilidade e autonomização do saber. Esta informatização da informação não deve ser vista como factor de isolamento profissional mas como uma

participação activa no processo, de cuidar traduzida na partilha de informação na equipa de cuidados. Desta forma, a implementação da CIPE<sup>®</sup> nas unidades de saúde permitiu melhorar a produção de registos, o seu arquivo e a melhor organização de toda a documentação constante do processo.

De forma clara, os registos têm como propósito melhorar a comunicação entre todos os que cuidam de uma mesma pessoa, proporcionando uma vigilância ou atenção comum para os problemas que esta apresenta (Rodrigues, 1998). Contudo, muitas vezes, constata-se que os registos de enfermagem que são efectuados não reflectem os cuidados que foram prestados, não facilitando o posterior planeamento dos cuidados a prestar, o que demonstra que não serviram de elo de ligação nem de meio de comunicação, quer intra quer inter equipas. Frequentemente, associada a esta constatação, está a utilização dos modelos de prestação de cuidados adoptados pelos enfermeiros nos diversos contextos das instituições de saúde.

Sem dúvida, uma boa prestação de cuidados implica uma componente de humanização e não apenas a pura satisfação de um direito formal do utente. Assim, à competência técnica deve associar-se o cuidado humano (componente moral) para se atingir a qualidade global (Jorge e Simões, 1995). Mas os parâmetros quantitativos conhecidos como carga de trabalho, a determinação dos efectivos, o rácio custo/eficácia tornaram-se insuficientes para alcançar os objectivos em alguns modelos de prestação de cuidados. Dos vários modelos de prestação de cuidados destacam-se o método funcional, o individual, em equipa e por enfermeiro responsável.

Os cuidados de enfermagem funcionais consistem num modo de organização em que o processo global de trabalho é fragmentado em tarefas. Cada trabalhador é responsabilizado pela concretização de parte dessas tarefas previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução verificando-se a execução repetida de actividades simples em vários utentes, através do desempenho rápido e eficiente de acções de enfermagem. Cada membro da equipa está, assim, mais ligado às tarefas do que aos clientes (Kron e Gray, 1989; Lopes, 1995; Pinheiro, 1994). No modelo de prestação de cuidados de enfermagem funcionais, o enfermeiro presta informação apenas sobre a particularidade de um tratamento; a complexidade do seu trabalho restringe-se, neste método, às competências gestuais de execução. A técnica adquire maior realce que a interacção com o cliente e o trabalho de natureza analítica e interpretativa não é potenciado. Trata-se de um modelo no qual a concretização das tarefas assume a finalidade primordial no trabalho de cada enfermeiro, parte-se das

tarefas para padronizar as necessidades dos doentes e não dos doentes para a definição das tarefas (Lopes, 1995).

Os cuidados de enfermagem individuais baseiam-se no conceito de cuidado global e implicam ligação de um enfermeiro a um único cliente ou a um determinado grupo de clientes. A totalidade dos cuidados é prestada pelo enfermeiro adstrito ao doente, a organização global dos cuidados é efectuada face às necessidades detectadas, tendo sempre presente a valorização do doente como elemento central dos cuidados e a avaliação dos resultados assenta, principalmente, nos objectivos propostos e no tempo disponível (Kron e Gray, 1989; Pinheiro, 1994).

Os cuidados de enfermagem em equipa foram concebidos com o objectivo de reunir pequenas parcelas de conhecimentos e informações num todo em que a assistência é minuciosamente acompanhada e supervisionada por um enfermeiro líder (Kron e Gray, 1989). Este modelo de prestação de cuidados visa o trabalho em parceria, em colaboração, numa perspectiva de respeito mútuo pelas dificuldades, no sentido da responsabilidade partilhada. A pessoa doente é o centro da assistência dos cuidados que são determinados em reuniões diárias da equipa, nas quais todos os elementos discutem as necessidades de cada doente e determinam os cuidados a prestar (Kron e Gray, 1989). Os cuidados assentam no pressuposto de que todo o doente tem o direito de receber o melhor cuidado possível, por isso passam da fragmentação à continuidade. O planeamento de cuidados é fundamental, cada enfermeiro tem o direito de receber ajuda para desempenhar o seu trabalho.

Os cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável, também designados de cuidados de enfermagem de referência, “*Primary Nursing*” respeitam o conceito de cuidados individualizados (Castledine e Llandaff, 1988). Cada doente está associado com um enfermeiro que é responsável pela prestação de cuidados globais. Segundo Pearson (1988), o enfermeiro garante por si próprio a avaliação da performance individual, a mensuração do desempenho, a avaliação individual dos efeitos dos cuidados e a responsabilidade pelos mesmos. Nos cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável, o foco de atenção é o cliente pretendendo-se que este receba cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participe tão activamente quanto possível. Para isso, fica a cargo de um único enfermeiro qualificado e sob a sua responsabilidade permanente, idealmente desde a admissão até à alta, vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana. Mas como este enfermeiro, designado por “enfermeiro de referência”, não pode evidentemente estar sempre de serviço, trabalha em associação com outros

que o substituem nas suas ausências, os “enfermeiros associados”, que deverão ser os mesmos de cada vez. Normalmente, a cada enfermeiro de referência são entregues três ou quatro doentes, cabendo-lhes a responsabilidade de efectuar a colheita de dados, o levantamento diagnóstico e a planificação dos cuidados; assegurar a sua continuidade através da elaboração de planos escritos; planear a alta (ensino ao doente e à família e encaminhamento apropriado), desde o momento de admissão; prestar cuidados durante o seu turno de trabalho; transmitir aos seus enfermeiros associados toda a informação pertinente, pela leitura das “notas de enfermagem” respeitantes a cada cliente, no final do turno, e avaliar todas as intervenções de enfermagem realizadas. Para além de coordenar o trabalho dos seus associados, o enfermeiro deve coordenar também as diversas actividades de outros intervenientes da equipa de saúde, não só para evitar duplicações e excessiva solicitação do doente, mas também para assegurar a continuidade do plano global de cuidados de assistência à saúde.

Ao enfermeiro, como membro integrante da equipa no contexto dos cuidados de saúde, de entre as atribuições específicas no âmbito do cuidar que tem a seu cargo, salienta-se o facto de ter de efectuar a consulta de enfermagem. Esta, apresenta-se como um aspecto fundamental no cuidar transaccional e deve, sistematicamente, compreender a colheita de dados para realização da avaliação inicial, que tem como ângulo central ultrapassar os meros aspectos biológicos. A elaboração de diagnósticos de enfermagem deve, por seu lado, contemplar acções baseando-se em taxonomias ou nos problemas e necessidades dos clientes; finalmente, o plano assistencial inclui técnicas, normas e procedimentos que orientam e controlam a realização de intervenções destinadas à obtenção, análise e interpretação de informações acerca das condições de saúde dos clientes, decisões quanto à orientação e outras medidas que possam influenciar a adopção de práticas favoráveis à saúde (Maciel e Araújo, 2003).

De facto, os enfermeiros constituem o maior grupo profissional da área da saúde sendo, por conseguinte, o grupo que mais decisões toma e mais actos pratica. Pela natureza e especificidade das funções que exercem, os enfermeiros são os profissionais da área da saúde, que mais informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e de documentação sobre a saúde dos utentes. Para que essa informação seja aceite, torna-se necessário que os enfermeiros utilizem, na sua prática diária, uma metodologia científica, ou seja, os enfermeiros, ao planearem os cuidados a prestar, devem fazê-lo de forma lógica e adequada à situação através da utilização de modelos conceptuais (Simões e Simões, 2007).

De acordo com Albuquerque (1990) “*o plano de cuidados, formalizando o processo de enfermagem, é o tipo ideal de suporte de informação para esse fim*” (p.265). Assim, devemos ter em consideração que a planificação de cuidados só contribui para a avaliação de cuidados se se basear numa avaliação inicial exaustiva, completa e universalmente aceite. A avaliação inicial serve, assim, para determinar as actividades diagnósticas que permitem recolher dados relevantes que, por sua vez, fundamentam o diagnóstico de enfermagem, os critérios de resultado e as intervenções de enfermagem.

Para Rodrigues (1998), esta avaliação inicial terá que ser realizada à luz de um modelo conceptual para se integrar numa filosofia comum do Processo de Enfermagem e não surgir descontextualizada da linha orientadora da prestação de cuidados de enfermagem de uma dada instituição. Neste sentido, e enquadrado na conjectura actual em que se preconiza a melhoria contínua do atendimento das pessoas que recorrem aos serviços de saúde, assim como a mudança na Administração Pública criando sistemas mais rápidos e eficazes, surge a necessidade de reformular o sistema de registo das instituições de saúde, nomeadamente o sistema de registo de enfermagem, utilizando para tal as tecnologias informáticas da comunicação. Mas, aquando destas reformulações e nomeadamente na utilização do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE<sup>®</sup>) através da linguagem CIPE<sup>®</sup>, os enfermeiros deparam-se com diversas dificuldades na adequação do sistema ao modelo de cuidados adoptado pelas instituições, pelo que sentiram necessidade em adequar a terminologia usualmente utilizada segundo esta nova classificação. Assim, o objectivo primordial de estabelecer uma linguagem comum, descrever os cuidados de enfermagem, permitir a comparação de dados de enfermagem, incentivar a investigação e planear orientações nas necessidades dos doentes é perdida ou apenas, parcialmente concretizada.

O objectivo do SAPE<sup>®</sup> é permitir a utilização da informação recolhida no local da prestação de cuidados, através de um controle informático para as diferentes finalidades. Como sabemos, não obstante a Enfermagem ser considerada, hoje em dia, uma profissão e disciplina científica, a consolidação e a manutenção da mesma requer uma permanente actualização daquilo que se passa na realidade quotidiana, cujas necessidades estão em permanente transformação. O enfermeiro só pode ter uma actuação fundamentada cientificamente e não rotineira, se tiver por base dados exactos, concretos, objectivos, organizados e registados.

Os avanços que se têm verificado na área da saúde, nomeadamente no controle de algumas doenças (permitiu que doenças reconhecidas como agudas passassem a

apresentare um carácter mais crónico), fez com que a assistência domiciliária e em ambulatório perto da residência se assumam, progressivamente, como alternativas à hospitalização tradicional. Contudo, existem determinados cuidados de saúde que, sendo passíveis de serem prestados no domicílio ou em ambulatório perto da residência, necessitam de ser assegurados por profissionais de saúde. A ligação entre os CSD e os CSP é, cada vez mais, necessária, apelando a uma intervenção global, que assente na prevenção da doença e na promoção da saúde, a par de um rápido diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Na realidade, para que todo este processo funcione adequadamente é necessária a existência de ligações computadorizadas entre CSD e CSP. As tecnologias da informação e da comunicação assumem um papel primordial nesta interligação, sobretudo através do estabelecimento de redes internas de elevada velocidade e de ligação entre unidades. Para garantir toda esta continuidade de cuidados tão desejada, é imprescindível que os profissionais de saúde implicados no planeamento da alta, incluam o apoio dos CSP como parceiros de cuidados de forma a reunir pequenas parcelas de conhecimento e informações num todo, em que a assistência é minuciosamente guiada e supervisionada (Kron e Gray, 1989).

Em síntese, podemos afirmar que, face ao paradigma dominante os cuidados de enfermagem, actualmente, revestem-se de maior complexidade porque a sua natureza foi evoluindo “do tratar o corpo-objecto, ao cuidar o corpo-sujeito” (Rua, 2009:26), facto que os torna únicos no universo dos cuidados de saúde constituindo a essência da profissão (cuidar).

### **2.3. Enquadramentos profissionais: uma perspectiva ecológica**

Alguns autores enfatizam que a enfermagem, na sua prática é, por excelência, fértil em inovações devido à diversidade das reacções humanas que se apresentam. Não se pode reduzir a profissão de enfermagem aos seus procedimentos técnicos, uma vez que esta engloba trabalho intelectual que permite direccionar o processo de assistência desde o seu planeamento, passando pela execução até à avaliação dos cuidados, constituindo o que Campos (1997) e Merhy (1997) denominaram de núcleos de responsabilidade e competência.

Como se tem vindo a demonstrar, nos últimos anos, e na maior parte dos países da Região Europeia da OMS, tem-se assistido a uma tendência crescente para reorientar

os cuidados de saúde do hospital para a comunidade. No documento sobre a “Implementação e Consolidação do Enfermeiro de Família em Portugal”, a OE deixa visível que a contenção de custos é um dos factores de base da introdução dessa alteração na convicção de que os cuidados de saúde primários representam maiores ganhos para a saúde. À semelhança de outros países, a este factor acrescentam-se as alterações demográficas, sociais, políticas e económicas que reflectem também novas necessidades de cuidados de saúde. Os cuidados de enfermagem configuram-se como uma necessidade urgente que envolve alterações no sentido do cumprimento do seu objectivo principal: ajudar as pessoas nos processos de transição que os desafios da saúde lhe vão lançando ao longo da vida.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a “boa prática” da profissão. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, o que requer sensibilidade para lidar com essas diferenças na procura da obtenção de níveis mais elevados de satisfação nos seus usuários.

Os enfermeiros são profissionais de saúde que, na sua prática, contactam diariamente com inúmeras exigências, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. A constante proximidade com a pessoa transforma o enfermeiro no seu confidente e no da sua família. A pessoa, sã ou doente, nota que, ao seu lado, existe uma permanente presença, a do enfermeiro e, por esse motivo, sente-se mais confortável para lhe contar alguns pormenores da sua vida íntima, importantes para o seu estado clínico e que, por vezes, os próprios familiares desconhecem.

A nível da sua prática, o enfermeiro tem de efectuar a gestão das inúmeras actividades que tem a seu cargo, a necessidade de uma boa integração na equipa com a qual diariamente trabalha, o contacto com a pessoa doente e seus familiares. Esta multiplicidade de tarefas exige que este esteja convenientemente preparado para actuar com segurança e eficácia. A necessidade de actualização permanente de conhecimentos, a pesquisa diária, a participação em congressos e workshops, contribuem para a oposição à estagnação inerente àqueles que apenas se limitam à repetição das tarefas, transformando a prática numa rotina onde não existe lugar para o questionamento e a aprendizagem. O trabalho por turnos, a adaptação às características pessoais da pessoa doente, o contributo para facultar o ambiente de trabalho o mais



agradável possível, assim como a necessidade de trabalhar com uma equipa multidisciplinar e pluriprofissional, são algumas das contingências dessa prática.

A profissão de enfermagem não é estanque nos seus conhecimentos. Ao longo do seu percurso profissional, o enfermeiro amplia o seu leque de saberes aprendendo “com” e “na” prática, independentemente do contexto em que está inserido (cuidados de saúde primários ou diferenciados) e assumindo um núcleo de competências e responsabilidades que lhe permitem cuidar com excelência.

Friedberg (1998) salienta que a prática está repleta de mensagens implícitas que, quando se transformam em formação, regula os comportamentos pessoais e colectivos. Schön (2000) vê o campo da prática como um espaço de desenvolvimento de competências, técnicas e não técnicas, num contexto de tensão entre a racionalidade técnica e a prática. Simões e Simões (1997) referem que o agir profissional tem uma dupla visão. Por um lado, é entendido como a capacidade de tomar decisões e de fazer opções com discernimento, facto que transcende a externalidade da acção observável e, por outro, que se alicerça na construção do conhecimento mobilizando aspectos conscientes e inconscientes. Carvalhal (2003), defende que só contactando com situações reais de trabalho é possível aprender e interiorizar a complexidade de atitudes e comportamentos que o profissional deve ter, a prática adquire um cariz fundamental para a aprendizagem profissionalizante, onde intervêm as componentes cognitivas, psicomotoras, afectivas, relacionais e contextuais. Estas perspectivas admitem que os processos formativos de transformação das práticas se alicerçam na produção do desenvolvimento humano em que interferem sistemas cognitivos de mediação interna e factores ambientais externos.

Bronfenbrenner (1979/2002), no seu livro *“A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados”* faz referência ao desenvolvimento da pessoa como sendo *“uma mudança duradoura na maneira pela qual uma pessoa percebe e lida com o seu ambiente”* (p.5). O autor salienta a influência do meio ambiente na construção pessoal e profissional e salienta o sujeito como figura central de todo esse processo, pois é ele que se pretende compreender no seu contexto para se poder ajudar a desenvolver em todas as suas possibilidades, na sua grande tarefa de tornar-se pessoa competente. Não se deve desvalorizar as potencialidades e riquezas que as pessoas possuem no seu património hereditário, mas sim aproveitá-las no sentido de melhorar ou aprimorar a sua interacção com diferentes contextos de forma adequada e equilibrada, para que o desenvolvimento possa, então, ocorrer (Portugal, 1992).

Abreu (2007), ao analisar o desenvolvimento da identidade profissional dos enfermeiros, afirma que o comportamento humano é extremamente complexo pelo que a sua análise deve ser organizada tendo como alicerce três conceitos fundamentais: poder, incerteza e sistemas de acção. O poder pode gerar conflito mas também contribuir para o desenvolvimento de competências quando assente numa dinâmica de negociação e reciprocidade e não se refere apenas ao poder hierárquico mas também à auto-estruturação pessoal. A incerteza é um estado intrínseco à natureza das interacções e jogo de poder e representa a imprevisibilidade na forma como a pessoa gere a sua liberdade face às vivências no contexto institucional. O sistema de acção engloba as condutas assumidas pela pessoa, de modo a regular a sua existência no ambiente (acções no trabalho, interacções com os diferentes actores, processo de auto-controlo).

Estudar o desenvolvimento humano do enfermeiro, segundo Bronfenbrenner (1979/2002), implica estudar a pessoa em permanente desenvolvimento, em que vários contextos envolventes a influenciam (o contexto profissional, o grupo de pares, o contexto político, etc.) e, ao mesmo tempo, também eles são por ela influenciados. Mas para que esse desenvolvimento seja realizado é necessário que exista um contexto adequado que lhe permita interagir com outras pessoas e construir uma rede de relações que lhe possibilitem dar resposta aos diferentes apelos da sua personalidade. A experiência na unidade de saúde (contexto) constitui o potencial de desenvolvimento que se irá associar ao património hereditário, aumentando em função da natureza e da frequência das inter-relações que aí se vão estabelecendo, o que contribui para que o enfermeiro adopte um agir construtivo nesse contexto.

Na sua concepção de desenvolvimento humano Bronfenbrenner (2002) refere-se a um processo de:

*“...acomodação progressiva, mútua entre um ser humano activo, em desenvolvimento e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive, conforme esse processo é afectado pelas relações entre esses ambientes, e pelos contextos mais amplos em que os ambientes estão inseridos” (p.18).*

Nesta concepção, o autor refere que a ecologia do desenvolvimento humano implica o estudo científico da interacção recíproca e gradativa entre uma pessoa activa e o ambiente. Salaria que a pessoa está em permanente crescimento e o ambiente em constante transformação e que todo o processo é influenciado pelas relações entre contextos mais imediatos e contextos mais vastos.

O enfermeiro faz parte de um sistema em permanente mudança, em que as inter-relações entre os diversos elementos se entrecruzam, facilitando ou inibindo o seu próprio desenvolvimento, que, por sua vez, introduz alterações na unidade de cuidados, num processo contínuo de mútua interacção (bidireccional).

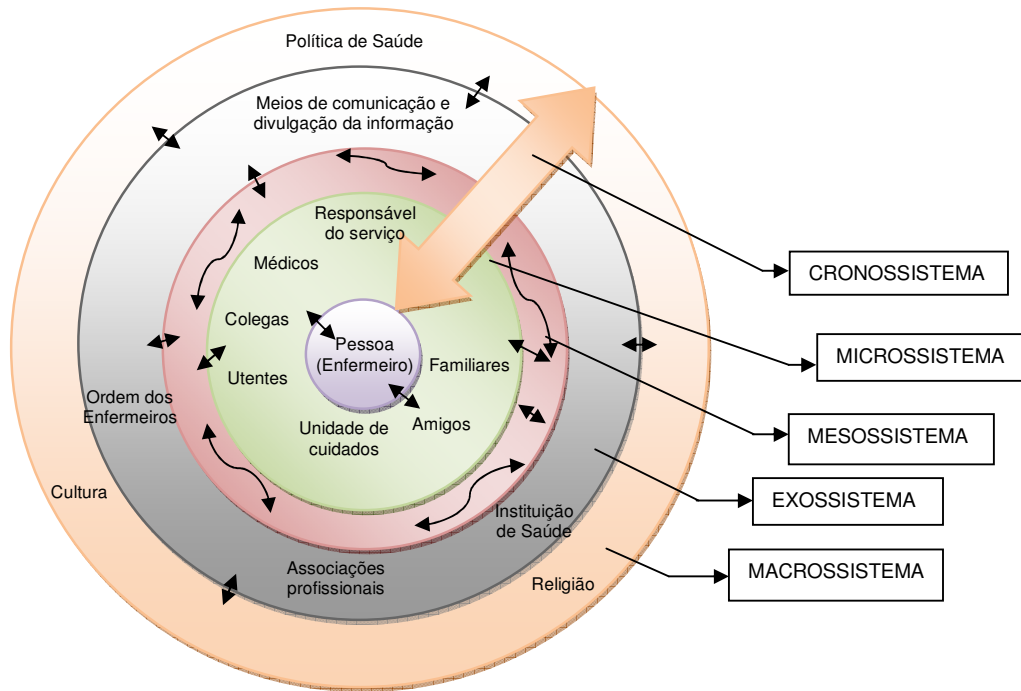
Da definição de desenvolvimento humano existem três aspectos que merecem atenção especial. Primeiro, a pessoa em desenvolvimento é vista como uma entidade dinâmica em crescimento que penetra no meio em que vive e o reorganiza. Segundo, existe um processo de acomodação mútua em que pessoa e meio ambiente interagem reciprocamente. Terceiro, o meio ambiente também ele não é estático, possui interconexões entre contextos e influências externas (contextos mais vastos).

Bronfenbrenner (1979/2002) concebe o ambiente ecológico como uma organização de encaixe semelhante a um conjunto de círculos concêntricos contidos uns nos outros, semelhante a “*um conjunto de bonecas russas*” (p.5) onde se podem identificar cinco níveis estruturantes: Microssistema, Mesossistema, Exossistema, Macrossistema e Cronossistema (fig. 2). No epicentro encontra-se o microssistema que corresponde ao conjunto de actividades, papéis e relações existentes entre a pessoa e o seu ambiente (neste caso particular o enfermeiro e a unidade de cuidados), experienciado ou vivenciado num contexto imediato. O termo experienciado é usado para indicar, não apenas as características objectivas, mas o modo como elas são percebidas pela pessoa.

O autor considera as actividades, os papéis e as relações interpessoais como elementos ou blocos construtores do microssistema e, conseqüentemente, importantes para o desenvolvimento humano. Como refere Alarcão e Sá-Chaves (1994), também os microssistemas sofrem influências exteriores: “*Estes três factores – actividades, papéis e relações interpessoais são determinantes no seu desenvolvimento*” (p.206).

Em 1994, Abreu identificou um grupo de factores que interferem com o processo de formação e socialização dos enfermeiros. Para ele, os factores promotores de desenvolvimento humano são os processos que, sem possuírem uma intencionalidade formativa explícita, condicionam o comportamento das pessoas (enfermeiros) no ambiente colectivo de trabalho e considera os jogos de poder, a conflitualidade e a metodologia da organização do trabalho como alguns exemplos desses factores.

**Figura 2.** Ambiente ecológico de desenvolvimento humano segundo Bronfenbrenner (1979/2002)



(Adaptado de Bronfenbrenner, 2002; Abreu, 2007:126; Alarcão e Sá-Chaves, 1994:207; Alarcão e Rua, 2005:378; Portugal, 1992:40 e Sá-Chaves, 2007:140)

Para Bronfenbrenner (1979/2002) existem duas considerações importantes. A primeira, diz que o desenvolvimento humano ocorre sempre que a posição da pessoa no ambiente é alterada em consequência de uma alteração de papel, ambiente ou ambos, ocorrendo durante todo o período de vida. Na sua perspectiva, o que importa para o desenvolvimento humano é o ambiente conforme ele é percebido e não como ele poderia existir na realidade objectiva, o que quer dizer que é a percepção que cada um tem da experiência real que promove o seu desenvolvimento e não o mundo real em si, tal como ele é. A segunda, refere que os contextos não se distinguem segundo variáveis lineares, mas devem ser considerados como interdependentes e analisados em termos de sistemas. Neste caso, o desenvolvimento de duas pessoas nunca é analisado em paralelo, cada uma será sempre o alvo de atenção do desenvolvimento, independentemente das transformações que possam ocorrer pelas suas inter-relações.

Na construção da sua teoria, Bronfenbrenner (2002) socorreu-se de estudos efectuados por diversos autores, especialmente os efectuados por Kurt Lewin que expressa simbolicamente a evolução do desenvolvimento humano através da equação “ $C = f(P ME)$ ” (p.14) - o desenvolvimento [C] ocorre em função [f] da interacção entre a

pessoa [P] e o ambiente [ME]. Para Bronfenbrenner (2002), o desenvolvimento humano envolve “*transições ecológicas*” e “*eventos desenvolvimentais*” (p.7).

*Transições ecológicas* são mudanças de papel ou de contexto que ocorrem ao longo da vida e implicam alterações associadas a esse novo papel assumido. Os papéis assumidos pela pessoa têm o poder de alterar de forma mágica a maneira pela qual a pessoa é tratada, como age e como pensa ou sente (Bronfenbrenner, 2002). Portugal (1992) refere que, na transição ecológica, o desenvolvimento se processa simultaneamente em dois domínios, o da percepção e o da acção. A percepção é caracterizada pela visão que a pessoa tem do mundo e que se estende para além da situação imediata, através das inter-relações entre ambientes; a acção é a capacidade do sujeito em empregar estratégias adequadas à realidade percebida e em desenvolver actividades, tendo em vista o desenvolvimento do sujeito.

Ao longo do percurso de vida ocorrem várias transições ecológicas no enfermeiro à medida que este assume novos papéis e assume o desempenho de funções diversas, mais complexas e de maior responsabilidade, por exemplo, o facto de o enfermeiro passar a ser o responsável de turno ou mesmo o responsável de serviço, pertencer a um determinado grupo de trabalho hospitalar como, por exemplo, ser membro dinamizador da Comissão de Controle e de Higiene e Segurança, EGA, etc. Esta perspectiva é concordante com o conceito de transição e teoria das transições proposto para a enfermagem e defendido por Meleis et al. (2000).

*Eventos desenvolvimentais* correspondem ao envolvimento ou exposição da actuação dos outros que inspira a pessoa para a realização de tarefa semelhante. Referem-se essencialmente, à réplica de uma actividade que outra pessoa executou “com” ou “na” sua presença. Pode dizer-se que existe desenvolvimento quando aparece uma “*actividade molar*”, ou seja, quando existe uma evidência recentemente adquirida que comprova que o desenvolvimento realmente ocorreu. As actividades molares representam “*mecanismos internos e manifestações externas de crescimento psicológico*” (Bronfenbrenner, 2002:7); o desenvolvimento ocorre quando existe uma alteração na conduta não só visível externamente através da acção, mas também a nível interno através dos processos de pensamento e de conhecimento. Um exemplo disso é quando o enfermeiro, no seu contexto, de trabalho tem de desempenhar uma nova tarefa nunca antes realizada; ele terá de efectuar a réplica de uma nova intervenção executada previamente por um colega de trabalho que ocorreu na ou com a sua presença.

O conceito de desenvolvimento envolve uma modificação no comportamento que não é momentânea ou situacional. Nesse sentido, para que exista desenvolvimento não basta mostrar que determinadas alterações introduziram alterações comportamentais, pois poderão não passar de mera adaptação da pessoa à situação, elas terão de mostrar “*um envolvimento e inter-relação com o ambiente ecológico no sentido de crescimento da capacidade para descobrir, sustentar ou alterar as suas propriedades*” (Bronfenbrenner, 2002:9) que evolui e persiste ao longo do tempo.

Bronfenbrenner (1979/2002) acrescenta que o desenvolvimento está directamente relacionado com o número de ambientes em que a pessoa participa e com o seu envolvimento em actividades conjuntas com pessoas mais experientes. Sempre que uma pessoa, num determinado ambiente, presta atenção às actividades de outra pessoa, ou participa nessas actividades e quando essa participação é bidireccional, é estabelecida uma “*díade*” (p.45). Em termos operacionais esta díade pode assumir três formas diferentes: *díade observacional*, *díade de actividade conjunta* e *díade primária*, que tendencialmente se constituem, por esta ordem, com potencial crescente para fomentar o desenvolvimento podendo, contudo, ocorrer isoladamente (Bronfenbrenner, 1979).

A *díade observacional* ocorre quando a pessoa presta atenção cuidadosa e contínua à actividade do outro (aprendizagem observacional). A *díade de actividade conjunta* é aquela em que duas pessoas fazem alguma coisa juntas, não necessariamente a mesma actividade, mas actividades que podem ser complementares e que, por isso, implica reciprocidade, *feedback*, equilíbrio do poder e relação afectiva (aprendizagem de experimentação). A *díade primária* acontece em ambas as pessoas mesmo quando não estão juntas, os dois membros aparecem nos pensamentos de cada um, são objecto de sentimentos emocionais fortes e influenciam o comportamento, um do outro, mesmo quando estão separados (motivação).

No desenvolvimento do enfermeiro em contexto de trabalho uma *díade observacional* acontece sempre que ele observa e mostra interesse por uma actividade desempenhada por outro elemento e este, por sua vez, reconheça esse interesse demonstrado, como por exemplo observar um colega a efectuar a aspiração de secreções a um doente em ventilação artificial. Esta díade tem tendência a evoluir de forma construtiva de modo a que aos poucos o enfermeiro participe na actividade (*díade de actividade conjunta*), assumindo assim um dos papéis na intervenção de enfermagem num trabalho de parceria com o colega. Quando a inter-relação que se estabelece entre estes dois enfermeiros evolui no sentido positivo, ocorre um processo desenvolvimental

facilitando a ocorrência da *díade primária*. Neste exemplo, o enfermeiro, na ausência daquele colega, consegue executar a acção recorrendo à influência que este exerceu sobre si ou se refere ao colega como o profissional de referência para o seu processo de desenvolvimento.

O próximo nível, o mesossistema, requer que se olhe além dos contextos e se observe as relações que se estabelecem entre eles. Pode dizer-se que o mesossistema inclui as inter-relações entre dois ou mais contextos (microssistemas) nos quais a pessoa em desenvolvimento participa activamente em padrões cada vez mais complexos de actividade recíproca. O autor utiliza os conceitos básicos do microssistema: actividades, papéis e relações interpessoais, que variam no grau de reciprocidade, de equilíbrio de poder e de relações afectivas. Identifica a existência de díades que designa de “*díades desenvolvimentais*” (Bronfenbrenner, 2002:50) e identifica quatro tipos de interacção intercontextual: participação multiambiente, ligação indirecta, comunicação interambiente e conhecimento interambiente.

A Participação multiambiente refere-se às actividades desenvolvidas activamente pela pessoa em mais do que um ambiente, como, por exemplo, efectuar transferência de um doente para outro serviço ou unidade hospitalar.

A Ligação indirecta reporta-se às situações em que a pessoa não participa directamente num determinado contexto, mas tem com ele uma forte ligação por intermédio de uma terceira pessoa que serve de “*vínculo intermediário*”. A ligação indirecta abrange o enfermeiro que mantém uma relação com outro serviço, onde tem um amigo a desempenhar funções, que lhe fornece informações sobre um doente que tem a seu cargo, proveniente dessa unidade de cuidados.

A Comunicação interambiente remete para a comunicação que se estabelece entre diferentes contextos através de diversos canais, nomeadamente através da interacção face-a-face, conversas telefónicas, correspondência ou mensagem escrita. Um exemplo de comunicação interambiente é a utilização da aplicação informática de informação (SAPE®), a carta de alta/transferência do doente, a passagem de um doente para outro serviço ou mesmo a comunicação telefónica com outra unidade de cuidados.

O Conhecimento interambiente corresponde à informação, conhecimento ou experiência que a pessoa tem a respeito de um outro contexto (Bronfenbrenner, 2002). Podemos considerar o facto de o enfermeiro manter uma relação com outro serviço, onde tem um amigo a desempenhar funções, o que lhe permite ter um conhecimento privilegiado do local (ambiente).

O exossistema sustenta a hipótese de que o desenvolvimento da pessoa é profundamente afectado pelos eventos que ocorrem em ambientes nos quais a pessoa não está presente. O exossistema refere-se a um ou mais contextos que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como um participante activo, mas no qual ocorrem eventos que a afectam (ou são afectados por), como é o caso dos meios de comunicação e divulgação da informação, modelos de gestão da instituição de saúde (cuidados e serviços) e as organizações e associações profissionais.

O macrossistema “*difere do exossistema pelo facto de não se referir a contextos específicos mas a protótipos gerais, existentes na cultura, ou subcultura, que afectam ou determinam o complexo das estruturas e actividades ocorrentes nos níveis mais concretos*” (Portugal, 1992:39). Nesse sentido, o macrossistema refere-se a um padrão consistente, quer na sua forma quer no seu conteúdo, constituído pelos sistemas de ordem inferior (micro-, meso- e exo-) que existem ou poderiam existir ao nível da subcultura ou da cultura como um todo. Tem a ver com o sistema de valores, crenças, maneiras de ser ou de fazer, estilos de vida característicos de uma determinada sociedade. No enfermeiro podemos considerar o sistema de crença ou ideologia subjacente – cultura, religião e políticas de saúde – como elementos de desenvolvimento humano, pela influência que têm a nível da estrutura da pessoa.

Existe ainda um nível, o cronossistema que Bronfenbrenner (1979/2002) descreve como sendo o conjunto de mudanças e transformações que ocorrem ao longo da vida da pessoa ou no sistema e que envolvem circunstâncias sócio-históricas.

O cronossistema inclui assim, factos ou vivências que ocorrem ao longo do trajecto de vida de uma pessoa ou da história, que influenciam de forma mais ou menos consciente, um conjunto de representações, atitudes e comportamentos. Abreu (2007) sustenta, quando refere que existem acontecimentos marcantes na vida do enfermeiro, positivos ou negativos, que a complexidade das respostas adaptativas são promotoras de desenvolvimento humano (primeiro contacto com o contexto de cuidados, impressões iniciais sobre os colegas, morte do primeiro doente, volume de trabalho, ritmo de trabalho, horário de trabalho, relação com o superior hierárquico, etc.).

O enfermeiro faz parte de um sistema complexo que está em constante mudança, em que as inter-relações entre os diversos elementos se entrecruzam, facilitando ou inibindo o seu desenvolvimento. Por seu lado, ele próprio, é também agente das mudanças que ocorrem no sistema, alterando e reconstruindo o contexto, progressivamente, num processo de mútua interacção, que se processa no sentido



bidireccional e que se caracteriza pela reciprocidade. O enfermeiro introduz transformações no contexto em que está inserido ao mesmo tempo que ele próprio também sofre alterações. Eu nunca serei o mesmo a partir do momento que me relaciono (inter-relaciono) com um outro.

No sentido de estudar a forma como ocorre este desenvolvimento e quais os factores que podem influenciar o enfermeiro enquanto profissional, debruçamo-nos na perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner (1979/2002) que pressupõe que cada pessoa se desenvolve na interacção com o meio onde actua (microsistema) e que, por sua vez, é influenciada por um sistema de relações e inter-relações (exossistema, mesossistema e macrossistema), sendo ainda os processos e o tempo elementos essenciais a esse desenvolvimento.

Bronfenbrenner (1979/2002) refere que os contextos devem ser estudados em termos da sua estrutura começando sempre a nível do microsistema (estrutura mais próxima), a nível da *díade*, ou seja, a nível das inter-relações entre duas pessoas. Refere ainda que, muitas vezes, o modelo sistémico vai além da díade, "*vários achados indicam que a capacidade de uma díade de servir como um contexto efectivo para o desenvolvimento humano depende crucialmente da presença e participação de uma terceira pessoa, tal como um cônjuge, parentes, amigos e vizinhos*" (p.7). Segundo Bronfenbrenner (2002), o desenvolvimento humano acontece pela inter-relação da pessoa com o contexto e também com outras pessoas, caracterizando-se pela verificação de alterações entre ambas, contudo pode existir uma terceira pessoa que poderá influenciar esse desenvolvimento quer de forma positiva, no caso de assumir um papel auxiliador, quer de forma negativa, no caso de assumir um papel perturbador.

O modelo ecológico de desenvolvimento humano compreende não só o desenvolvimento da pessoa no meio ecológico e as relações existentes entre eles, mas também a capacidade crescente da pessoa de se descobrir, sustentar ou alterar e é facilitado pelo seu envolvimento e participação em padrões progressivamente mais complexos da função da actividade. Os elementos do ambiente e as suas inter-relações são intervenientes dinâmicos geradores de situações de aprendizagem e desenvolvimento num equilíbrio gradual crescente e facilitada quando se encontram duas pessoas envolvidas numa mesma actividade ou objectivo (Bronfenbrenner, 2002).

O modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979/2002) tem suscitado o interesse por parte de diversos autores, levando à realização de estudos no sentido de perceber em que medida é que este modelo pode facilitar a compreensão do fenómeno do

desenvolvimento humano. Alguns desses estudos conseguiram identificar uma variedade de condições particulares no contexto que influenciam o sucesso do desenvolvimento humano a nível académico e que incluem o compromisso (Ayoola, Nettleman e Brewer, 2007; Battistich et al., 1995; Leu, 2008; Stewart, 2007/2008), o envolvimento (Ayoola, Nettleman e Brewer, 2007; Brown e Evans, 2002; Leu, 2008; McNeal, 1995; Stewart, 2007/2008), o vínculo (Crosnoe, Johnson e Elder, 2004; Johnson, Crosnoe e Elder, 2001; Stewart, 2007/2008) e o ambiente de aprendizagem (Ayoola, Nettleman e Brewer, 2007; Dupper e Meyer-Adams, 2002; Goldsmith, 2004; Lee e Smith, 1997; Leu, 2008; Stewart, 2007/2008; Rua, 2009).

Sob uma perspectiva ecológica, podemos afirmar que o enfermeiro destaca o cuidar como a sua tendência de “ser”, “saber” e “fazer”, de forma a ampliar o modelo assistencial clínico. O seu contexto profissional e autonomia é conseguida através da sua valorização pelos saberes específicos e na inter-relação com os diversos ambientes de cuidados (instituições) que o rodeiam e também com os membros da equipe de saúde, os colegas, amigos e familiares num exercício dinâmico de crescimento pessoal e profissional. Abreu (1994), salienta que, no contexto de trabalho, os momentos informais de formação, por vezes considerados periféricos, assumem um lugar de relevo no desenvolvimento das práticas profissionais e descreve um conjunto de dimensões que medeiam as relações entre os sistemas provocando uma ecotransformação em todos eles: metodologias da organização do trabalho, relação entre o poder médico e administrativo e tipo de relação entre utentes e sectores profissionais (microsistema). Já a nível do macrosistema, o mesmo autor, reporta-se às ideologias, valores e tradições que envolvem os contextos, nos quais o profissional aprende a formar os seus juízos e a tomar decisões sob o ponto de vista do condicionamento cultural.

As unidades de cuidados de saúde assumem-se como pilares importantes para o desenvolvimento humano do enfermeiro, visível através do trabalho realizado junto do doente (microsistema). No entanto, apesar de sua extrema importância, o enfermeiro, no seu processo de desenvolvimento, sofre a influência das inter-relações que se estabelecem entre ele (contexto do sujeito), a unidade de saúde (contexto de trabalho) e as características dos cuidados (contexto da acção) - mesossistema. Podemos constatar que as unidades de saúde são compostas por uma vasta complexidade tanto de profissionais como também a nível da sua própria estrutura organizacional, por isso, caracterizam-se por serem altamente stressantes, com actividades intensas, uma vez que lidam com pessoas debilitadas física e emocionalmente. O contacto diário com a

vida, a morte e a doença e todos os seus actores envolventes contribui para o desenvolvimento humano do enfermeiro.

As condições de trabalho precárias, quer pelas inadequadas condições físicas e organizacionais das unidades quer pela sobrecarga de trabalho a que actualmente os enfermeiros estão sujeitos pelos rácios inadequados às necessidades dos serviços ou mesmo devido às ausências relacionadas com situações de doença, são também, em si, motivo de preocupação por parte dos enfermeiros. O que vemos, actualmente, são profissionais que correm contra o tempo para tentar, da melhor maneira possível, cumprir as suas funções. A sobrecarga de trabalho, o não conseguir cumprir todas as tarefas, mesmo que de forma rápida sem tempo para reflectir no que se está a fazer, faz com que o enfermeiro seja desprovido da identidade tão aspirada. O enfermeiro sente-se, assim, desprestigiado chegando à conclusão de que é apenas “mais um” num universo onde se incluem vários técnicos de saúde. As relações de poder entre as diversas classes face a esse desprestígio e ao domínio da classe médica nas instituições de saúde são também factores intervenientes do desenvolvimento humano.

Existe uma forte razão social e psicológica para a existência de enfermeiros nas unidades de saúde, pois não é possível conceber a existência de uma instituição de saúde sem a presença desse profissional, tão necessário ao bom atendimento dos utentes. É importante lembrar que o número de enfermeiros nas unidades de saúde são, na maioria das vezes, superiores ao número de profissionais de outras áreas. No entanto, a sua participação em níveis decisórios é muito inferior ao número total de representantes da classe, facto que comprova a escassa representatividade social da profissão (exossistema).

Genericamente, diferentes postos de trabalho estão associados a determinados tipos de responsabilidades, recompensas e oportunidades. Por isso, os enfermeiros aspiram alcançar certas posições e progredir na sua carreira, na medida em que o contexto profissional lhes der oportunidades para tal. Sendo assim, a carreira profissional do enfermeiro pode converter-se numa fonte de preocupações, nomeadamente pelas questões relacionadas com a segurança ou estabilidade no emprego, o insuficiente progresso na carreira e as mudanças imprevistas e/ou não desejadas de unidades de cuidados. Estes e outros aspectos são também geradores de alterações nas relações, papéis ou actividades dos enfermeiros.

Hartley e Jacobson (1991) consideram a insegurança no trabalho um fenómeno objectivo e subjectivo, de qualidade cognitiva e afectiva, relacionada com a continuidade

no emprego e suas características. Nesta perspectiva, a insegurança no trabalho pode ser definida como a inter-relação entre a probabilidade e a importância percebida de perder o emprego, sendo que a importância é uma função situacional subjectiva que pode ser agravada pela perda de emprego ou pela percepção da probabilidade dessa perda.

Integralmente, a profissão de enfermagem tem como finalidade essencial cuidar, ou seja, depreende-se que a função do profissional é de entrega ao utente, procurando assim realizar o seu trabalho sob diversos pontos de vista: social, técnico, psicológico, etc. Mas para que o profissional possa realizar o seu trabalho com qualidade, é fundamental que lhe ofereçam condições no mínimo satisfatórias. Assim sendo, o enfermeiro não encontrará motivos geradores de stress ou insatisfação na sua prática diária. Mas também é necessário que a um nível mais alargado, nomeadamente a nível de políticas de saúde, padrões de concepção de cuidados provenientes da OE, directrizes provenientes dos sindicatos ou associações profissionais (macrossistema), lhes seja fornecido o apoio necessário.

Como temos vindo a referir, actualmente, os cuidados de saúde têm sofrido várias alterações a nível das políticas de saúde (macrossistema) que introduziram alterações estruturantes nas instituições de saúde (exossistema), nomeadamente nos modelos de gestão das unidades e nas suas ideologias e exigências a nível da prestação e cuidados e que, por sua vez, interferem na organização e objectivos de cada unidade de saúde (mesossistema). Estas transformações sucessivas, aliadas a outros factores que temos vindo a enumerar, geram alterações de papéis no enfermeiro provocando desenvolvimento na sua pessoa, tal como Bronfenbrenner (1979/2002) defende.

### 3. FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO

Novos saberes, novos papéis, uma maior autonomia e um maior sentido de responsabilidade são alguns dos desafios e exigências contidos no processo rumo ao “tornar-se enfermeiro”. Em termos concretos, estes processos traduzem-se numa extensa lista de conhecimentos, procedimentos, rotinas e destrezas que é necessário aprender a dominar no contexto de cuidados em que o enfermeiro actua, incluindo interacção com os diferentes actores: utente e seus familiares, colegas, enfermeiros do contexto da prática, tutores<sup>7</sup> e profissionais de saúde. A avaliação do estado de saúde dos utentes, a colheita de dados, o planeamento dos cuidados, o desenvolvimento e aplicação de intervenções de enfermagem e sua posterior avaliação, o domínio dos conhecimentos sobre as diferentes situações de doença, a gestão do tempo, o comportamento em situações reais de cuidados e o ritmo de aprendizagem, constituem alguns dos exemplos dessa listagem, aos quais se acresce a familiarização e o cumprimento dos objectivos em que se alicerça a prática de cuidados. O enfermeiro em contexto da sua formação inicial acumula, ainda, a participação em reuniões e a organização de actividades que se transcendem para o tempo extracurricular.

White e Ewan (1991) afirmam que o hospital é um centro de aprendizagem onde o papel do tutor é baseado na capitalização de experiências para os estudantes. Segundo estes autores, na sala de aulas o estudante tem que atingir determinados objectivos que, na prática clínica, terão de ser adaptados à pessoa em questão. Ensinar a prática clínica implica a existência de uma relação entre a teoria e a prática. Os estudantes não se podem limitar a aplicar os conhecimentos teóricos na sua prática clínica mas, acima de tudo, terão de analisar as formas como os conhecimentos teóricos podem trazer contributos para a aprendizagem nos contextos da prática. Os estudantes devem aprender com a prática a mobilizar os conhecimentos que adquiriram em contexto teórico.

Os ensinamentos clínicos são excelentes oportunidades para os estudantes viverem determinadas experiências e contextos em que o tutor selecciona situações, tarefas e actividades de crescente complexidade, amplitude e diversidade, procurando que os

---

<sup>7</sup> Neste trabalho tutor corresponde ao adulto experiente que ajuda outros que se estão a tornar adultos no início do seu desenvolvimento profissional para que desenvolvam um conjunto de capacidade e atitudes com vista à excelência e qualidade de cuidados.

estudantes operacionalizem os conhecimentos teóricos, desenvolvam habilidades intelectuais, atitudes, valores e adquiram destrezas motoras cada vez mais finas. É com a aplicação na prática, que os estudantes consolidam os conhecimentos teóricos adquiridos, fazendo a transferência de conceitos para as diversas situações, fundamentando, assim, a assistência em função das necessidades apresentadas por cada pessoa.

Sem dúvida que o contexto da prática clínica apresenta relevo significativo, uma vez que permite desenvolver aprendizagens contextualizadas e facultar o “aprender fazendo”. Na construção de novos conhecimentos, a prática clínica revela-se um potencial formativo que se alicerça nas experiências e vivências do estudante, norteadas por uma estratégia que as transforma em aprendizagem (Amiguiño et al., 1997). Mas a formação é mais do que o simples acumular de experiências e nem todas as experiências permitem uma aprendizagem directa. A riqueza e complexidade que caracterizam os processos de formação em contexto clínico têm despertado múltiplos interesses na tentativa de desvendar a forma como os enfermeiros neófitos aprendem a cuidar. Procurando recorrer a algumas evidências que têm vindo a ser acumuladas ao nível das práticas e da investigação na formação inicial de enfermeiros e que ilustram a complexidade, multiplicidade e interdependência de factores e contextos que jogam neste processo, o presente capítulo procura clarificar conceitos e questões relacionadas com as aprendizagens e desenvolvimentos que têm lugar ao longo do contacto do enfermeiro neófito com o campo da prática de cuidados. Pretende-se salientar o carácter multifacetado e pluridimensional deste processo, que implica não meramente uma vertente tecnicista mas, essencialmente, uma vertente comportamental incluindo as múltiplas facetas do indivíduo.

### **3.1. A aprendizagem em contexto clínico**

Como vimos no capítulo anterior, a enfermagem carrega consigo uma herança que deixa visível as características de uma prática de cuidados apoiada num contexto institucional, predominantemente hospitalar, e em transformação contínua. O estudante, como futuro profissional, desenvolve a sua aprendizagem profissional na prática clínica onde as experiências se dão, essencialmente, a dois níveis: a nível dos cuidados de saúde primários e a nível hospitalar. Apesar das tarefas desempenhadas em ambos terem finalidades e objectivos comuns, as instituições, em si, possuem características e formas de actuação distintas. O estudante, no seu percurso inicial de

construção profissional, vê sempre na instituição o grande centro de aprendizagem, sendo esta a sua grande referência.

Independentemente da instituição em questão, hospitalar ou de cuidados de saúde primários, o enfermeiro é sempre parte integrante de uma equipa que assegura a prestação de cuidados de saúde à população e em que o estudante se insere por inerência. O papel assumido pelo estudante assemelha-se ao do enfermeiro, torna-se na sua réplica, adoptando, por seu lado, o núcleo de competências e responsabilidades inerentes ao papel profissional.

Os ensinamentos ou estágios clínicos são considerados momentos determinantes na formação dos estudantes. O planeamento e a programação de cada ensino ou estágio clínico é articulado com o ensino teórico-prático num trabalho de parceria que envolve professores, alunos e profissionais dos serviços, ou seja, cada ensino ou estágio clínico é preparado em função dos anteriores e em função dos conhecimentos teóricos dados como adquiridos pelos estudantes. Neste contexto, a aprendizagem é concebida como uma espécie de prisma rotativo que possibilita, ao estudante, um desenvolvimento pessoal e profissional helicoidal. Trata-se de um importante período de aprendizagem, mobilizador e integrador de saberes adquiridos e construídos, onde se verifica o desenvolvimento de competências que permitem a consciencialização do estudante nos seus diferentes papéis, através do confronto com situações concretas dos cuidados de saúde.

A transferência do conhecimento adquirido na componente teórica do curso para a prática, ou seja, para o contexto do ensino ou estágio clínico, deve ser gradual e eficiente para que não haja conflitos entre o saber científico e a prática desse saber que afectem a realidade da pessoa doente. A fase de ensino ou estágio clínico, ou seja, a fase da aprendizagem activa, coloca o estudante em confronto com uma realidade onde, por vezes, acontece a desconstrução das suas ideias, dos seus conceitos e das suas teorias através da elevação de uma realidade nova que tem como finalidade a sua testagem. É essa aplicação dos conhecimentos a uma situação real que, por vezes, põe em jogo interesses, valores, atitudes, emoções e iniciativas. Os ensinamentos ou estágios clínicos, nas instituições de saúde ou na comunidade, servem de base para a aquisição de um saber que estabelece e integra uma dinâmica entre os valores reais e os ideais, entre o não desejável e o desejável, entre o que é e o que deve ser.

Para Massarweh (1999), o contexto de estágio clínico é uma “sala de aula clínica”. Na verdade, o autor refere-se à existência de um espaço de formação. A aprendizagem em contexto clínico é uma actividade complexa inserida num contexto organizacional e cultural próprio em que se cruzam os juízos dos utentes, dos tutores, dos professores, dos enfermeiros e dos estudantes.

Alguns autores, tais como Carvalho (1996), Kushnir (1986), Rua (2009), Sarnadas (2000) e Windsor (1987), nos seus trabalhos, fazem referência à ansiedade que acompanha os estudantes nas suas práticas clínicas. Para os autores existe um conjunto de factores que são desencadeadores de níveis significativos de stress e ansiedade no estudante e que interferem com o seu desempenho e aprendizagem em contexto clínico. De entre esses factores destacam-se: a presença do tutor, a relação com a equipa de saúde, a condição clínica do doente, o desconhecimento do contexto da prática, a personalidade do estudante, o factor “avaliação” e ainda o medo (de “não ser capaz” de enfrentar a realidade que vai encontrar, da forma como vai ser recebido, da organização do tempo e do trabalho, da primeira experiência de realização de uma intervenção, do ambiente psicológico e social do hospital - falta de apoio, situações de morte, incerteza de tratamento, conflitos com a classe médica, etc.).

Outros autores, como Hart e Rotem (1995), na sua investigação reconheceram a existência de factores que influenciam a aprendizagem realizada no contexto clínico e identificam seis como sendo essenciais: a autonomia e reconhecimento pelo trabalho desempenhado, a clareza do papel a desempenhar, a satisfação profissional, o apoio do grupo de pares, as oportunidades concedidas para a aprendizagem e a qualidade da supervisão.

Para Silva (2005), os contextos de formação e aprendizagem não se esgotam nos espaços e nos tempos institucionalizados de formação, mas emergem das relações dos sujeitos com os contextos, numa direcção que possibilita a (re) construção de saberes. Santos (2000), afirma que apesar do mutismo da interpretação do sujeito, o seu saber circula, emergindo como um conhecimento “óbvio” e “obviamente útil” na produção e apropriação da actividade e da experiência quotidiana.

Em, 2000 Abreu efectuou um estudo multicaseos com a finalidade de compreender o processo de formação das identidades profissionais dos enfermeiros e da sua transformação no desenvolvimento da prática profissional, verificando que os estudantes encaravam os seus ensinamentos ou estágios clínicos como “espaços de reconhecimento de si” (Abreu, 2001). Em 2007 o mesmo autor refere: “*no espaço e no*

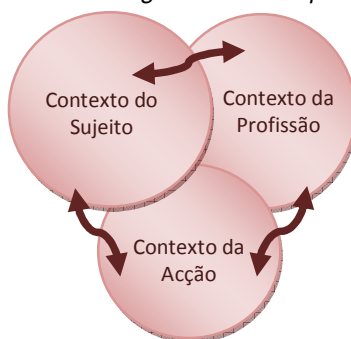


tempo em que decorrem as aprendizagens clínicas, enfermeiros ou alunos de enfermagem desempenham os principais quadros de inteligibilidade que estão na base da mudança e do processo de construção social da profissão” (p.81). Abreu (2007) salienta, ainda, a existência de três eixos estruturantes que permitem entender a organização como espaço de formação e socialização: a relação entre a dinâmica da organização e o meio ou contexto envolvente, o indivíduo como agente activo da organização e a organização como espaço formativo.

Para Abreu (2007) “a formação clínica é um espaço importante de socialização dos enfermeiros” (p.81), pois é no primeiro contacto com a profissão que os estudantes iniciam as suas interacções e constituem representações que lhes permitem perceber o verdadeiro significado do trabalho do enfermeiro.

Dias (2004) recorda que a acção do enfermeiro é influenciada pela estrutura organizacional do trabalho que, por sua vez, o condiciona modificando-o; ou seja, o autor defende que existe uma inter-relação entre três contextos que se alteram mutuamente: o contexto do sujeito, o contexto da acção e o contexto da profissão (fig. 3). Tal como Bronfenbrenner (1979/2002), o autor identifica a existência de relações entre o sujeito (neste caso o estudante) e o ambiente envolvente (profissão) numa interacção dinâmica de transformação (através da acção).

**Figura 3.** Contextos geradores de aprendizagem



(Adaptado de Dias, 2004)

Abreu (2007) reforça esta ideia referindo que um modelo explicativo sobre a aprendizagem em contexto clínico deve assentar sobre quatro pressupostos essenciais: i) a aprendizagem decorre da natureza das experiências no contexto; ii) a aprendizagem processa-se de forma matricial, mobilização de “redes” de saberes; iii) a aprendizagem desenvolve-se de forma holística; iv) a formação exige a mobilização de estratégias de gestão da informação.

Canário (2006) refere que a aprendizagem apresenta seis características essenciais: i) consiste num trabalho que o sujeito realiza sobre si próprio (o sujeito é o recurso principal da sua própria formação); ii) não é circunscrita a um período de vida, ela coincide com o ciclo vital da pessoa; iii) corresponde a um processo temporal e espacialmente amplo e difuso que assenta no processo de socialização; iv) é um processo em que os papéis de quem ensina e de quem aprende podem ser reversíveis; v) caracteriza-se por ser um trabalho que ocorre em todos os contextos e não apenas na escola; vi) a maioria das aprendizagens não são o resultado de uma acção deliberada e intencional, sob a forma de uma actividade de ensino. Com estas características, Canário (2006), salienta que cada pessoa aprende consigo mesma, com os outros e também com o contexto em que está inserida, ou seja, aprende a partir de actividades de autoformação (nós) com actividades de heteroformação (outros) e actividades de ecoformação (contexto). Esta perspectiva não é muito distante da de Bronfenbrenner (1979/2002) uma vez que Canário (2006) reconhece que a aprendizagem corresponde a um processo dinâmico de interactividade que não é circunscrita apenas a um único contexto e que se estende ao longo do tempo (ao longo do ciclo de vida), sempre numa perspectiva de desenvolvimento humano.

Os autores que temos vindo a referir salientam a socialização como um aspecto importante na aprendizagem, uma vez que esta constitui uma incorporação dos modos de ser (sentir, pensar e agir) de um indivíduo ou grupo, da sua visão do mundo, da sua relação com o futuro, das suas posturas corporais e das crenças íntimas. Neste sentido, os estudantes de enfermagem são confrontados com uma dupla exigência: devem aprender a ser reconhecidos pelos outros e, devem cumprir a melhor *performance* possível.

Foi, num célebre artigo publicado em 1955 *The making of a physician* (A fabricação de um médico), que Hughes formulou um esquema de referência para estudar a formação em diversas profissões. O artigo de Hughes (1955) apresenta a fabricação como uma espécie de modelo da socialização profissional concebida, simultaneamente, como uma “iniciação” à cultura profissional e como uma “conversão” da pessoa a uma nova concepção do eu e do mundo, a uma nova identidade. O autor explicita ainda três mecanismos específicos da socialização profissional. O primeiro designa-o de “passagem através do espelho” e consiste na visão do mundo às avessas de forma a ver as coisas invertidas; é uma espécie de imersão na cultura profissional que pode não corresponder exactamente à visão pré-concebida transmitida pela cultura laica e que permite à pessoa a identificação progressiva com o

novo papel. O segundo mecanismo refere-se à instalação na dualidade entre o modelo ideal que caracteriza e dignifica a profissão e o modelo prático que diz respeito às tarefas quotidianas e aos trabalhos pesados. Assim, no processo de socialização intervêm uma série de escolhas de papéis, a formação de um grupo de referência no seio da profissão por identificação antecipada, que implica a aquisição de normas, valores e modelos desse grupo, a identificação social, a comparação com os membros do meio envolvente dotados de um estatuto social mais elevado. O terceiro mecanismo refere-se ao ajustamento da concepção do eu, da sua identidade em vias de constituição que implica a tomada de consciência das suas capacidades físicas, mentais e profissionais com as hipóteses de carreira que o profissional pode esperar no futuro.

Em 1958 Hughes (1967), numa obra intitulada *Men and their work*, analisa a relação entre o profissional e o seu cliente concluindo que o termo “profissional” implica um juízo de valor. Para o autor, o ponto de partida da análise sociológica do trabalho humano é a divisão do trabalho, por isso distingue três ideias essenciais. A primeira distingue, nos licenciados aos quais é confiada uma missão (como é o caso dos enfermeiros), a existência de um “saber inconfessável”, ou seja, a existência de um conhecimento acerca de informações privadas que acontece na relação do profissional com o seu cliente; é o estabelecimento de um pacto entre quem pratica, devidamente creditado, e os parceiros particulares, pacto que consiste na partilha de informação íntima e secreta pela qual deve ser mantido segredo.

A segunda ideia é a existência de instituições dispostas a apoiar o licenciado e a garantir a missão dos seus membros. A instituição deve manter o profissional longe do leigo sempre pronto a lançar sobre ele a suspeita do charlatismo e abuso de poder; deve, portanto, proteger o segredo e reactivar regularmente a missão. Deve, ainda, gerir a questão dos erros profissionais. A instituição desempenha um papel essencial na desculpabilização nos casos de erro, desde que as regras da arte tenham sido respeitadas (Hughes, 1967).

A última ideia de Hughes (1967) diz respeito à definição da profissão. Segundo o autor, se o grupo profissional tem a seu cargo o cumprimento de uma missão que compromete a execução de certas funções sagradas que implicam o segredo então, necessariamente, é acompanhada por o desenvolvimento de uma filosofia, uma visão do mundo que inclui pensamentos, valores e significados envolvidos e desenvolvidos no contexto de trabalho. A missão da profissão é monopólio exclusivo do grupo

profissional e regula as relações que dizem respeito à actividade profissional, de modo a excluir do exercício do trabalho todo o não-membro.

Por seu lado, Davis, em 1966, estabelece seis etapas que resumem a transformação por que passam os enfermeiros na adaptação à profissão: a inocência inicial, a consciência da incongruência, o *psyching out*, a simulação do papel, a interiorização antecipada e a interiorização estável. A inocência inicial corresponde ao estereótipo profissional da enfermeira altruísta, dedicada, disponível. A consciência da incongruência é o choque com a realidade, a crise que se segue à tomada de consciência de que a profissão não é exactamente aquilo que dela se espera (categorias esteriotipadas). O *psyching out* ou “clic” corresponde à intuição, ao “sentir” do que se deve fazer para se estar em conformidade com os tutores ou supervisores clínicos. A simulação do papel é a aceitação do abismo que separa o papel a desempenhar dos estereótipos anteriores. A interiorização antecipada é a constituição de uma dupla personalidade por antecipação na carreira, é a aceitação do eu individual e do eu profissional e a interiorização estável, a incorporação do papel profissional.

Lortie (1959), inspirado no modelo de Hugles, efectuou uma investigação junto de estudantes de Direito da Universidade de Chicago onde obtém conclusões radicalmente diferentes. Lortie (1959) verifica que o desenvolvimento de uma “autoconcepção profissional” se adquire após obtenção do título académico, durante o período em que o indivíduo interioriza uma nova imagem profissional e que se transforma num aspecto muito significativo da sua personalidade. As respostas que Lortie (1959) obteve dos jovens juristas apresentaram forte homogenidade e grande consenso no que diz respeito a três aspectos essenciais: à opinião de que os estudos os preparam mal, à opinião de que a actividade prática e as competências sociais são muito mais importantes do que os conhecimentos para exercer a profissão e, à constatação de que as transformações importantes da sua personalidade aconteceram por ocasião da imersão no mundo do trabalho depois de terem obtido o seu diploma.

O que se passa, então, no caso dos estudantes de enfermagem?

O Curso de Licenciatura em Enfermagem engloba uma componente teórica e outra prática. Nesta última, inclui-se o ensino ou estágio clínico que, em cada ano lectivo, sucede ao período teórico no qual são ministrados os conteúdos programáticos previstos. O ensino ou estágio clínico constitui uma oportunidade única onde o estudante coloca em prática os conhecimentos adquiridos, mas também vivencia

experiências em diversos níveis, recheadas de situações imprevistas, novas e complexas para o estudante, que levam ao desenvolvimento das diferentes áreas do saber.

A componente prática do curso é normalmente muito valorizada pelos estudantes, pelo reconhecimento da importância dos conteúdos procedimentais. De igual forma, as orientações gerais para a elaboração do plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem preconiza que:

*“...o plano de estudos inclui, de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico. A duração do ensino teórico deve ser de, pelo menos, um terço da carga horária total do curso. A duração do ensino clínico deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso.”* (Portaria nº 799-D/99).

Neste sentido, o Curso de Licenciatura em Enfermagem conta com um total de 4.730 horas em toda a sua componente num único ciclo formativo de 4 anos, conferindo competência para o exercício como enfermeiro responsável pelos cuidados gerais, conforme designação da União Europeia, directamente conducente ao grau de licenciado. Dessas 4.730 horas, 2.030 horas são destinadas ao ensino teórico, 2.590 horas ao ensino clínico ou estágio clínico e 110 horas a Seminários.

A vivência de um estudante num ensino ou estágio clínico é uma situação complexa porque, para além de ser geradora de mudança, este não possui de imediato capacidade para assimilar o que o rodeia, uma vez que a primeira experiência clínica para muitos coincide com o primeiro contacto com uma instituição de saúde. Assim, a formação alternada aparece como uma forma de abertura e de aproximação da escola à produção de saberes. É o aprender sobre e para o mundo de trabalho através da aproximação com o contexto da prática, onde o estudante é um operador privilegiado no seio do processo de acção. A aprendizagem é consumada através da imersão no contexto real de trabalho onde se torna possível o desenvolvimento de competências relativas ao exercício da profissão, à aquisição de elementos constituintes do sistema de valores da instituição, à adaptação a novas situações e à aquisição de saberes. Contudo, para que a formação alternada seja eficaz e promova o desenvolvimento pessoal e social do jovem é necessário que entre os contextos de formação (escola e instituição de cuidados) exista cooperação (Dubar, 1990).

A alternância constitui um processo de formação que assenta na dualidade de espaços formativos e na articulação entre as aprendizagens efectuadas na escola e as realizadas no contexto da prática de cuidados, permitindo uma articulação constante

entre o saber teórico e o saber prático numa exploração sistemática das diversas situações práticas. A formação alternada constitui uma aferição contínua das vivências realizadas nos dois espaços de formação, uma aprendizagem progressiva das regras e normas a respeitar e que concedem à profissão toda a sua especificidade promovendo, ao mesmo tempo, a integração gradual do estudante à profissão. De facto, a formação em enfermagem está intimamente dependente da qualidade da aprendizagem desenvolvida em contexto clínico, uma vez que esta:

*“i) facilita o processo de adesão psicológica ao mundo de trabalho, numa óptica de transição para o primeiro emprego, ii) permite equacionar as diversas dimensões e contornos dos problemas de saúde, em recurso ao pensamento reflexivo; iii) faculta aos estudantes as bases para a definição de «uma consciência de si» e «definição de si» como futuro profissional” (Abreu, 2003).*

No seu estudo acerca da avaliação da aprendizagem em ensino clínico, efectuado com estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Carvalho (2005) refere que a “aprendizagem significativa” é auto-regulada e utiliza mecanismos metacognitivos. Como exemplo, salienta que tanto os tutores como os estudantes relatam os momentos de reflexão formais e informais no contexto, como elementos fundamentais da aprendizagem activa.

Podemos afirmar que a aprendizagem emerge da mobilização e articulação de variáveis de vária natureza, das quais se destacam: as referentes ao contexto de cuidados (características clínicas, técnicas, científicas, humanas, organizacionais, etc.); as relacionadas com as experiências da prática de cuidados (utentes, patologias dominantes, intervenções frequentes, etc.); as relativas às características pessoais do estudante (motivação, personalidade, expectativas profissionais, desejos, emotividade, saberes, etc.); e as académicas (objectivos do estágio clínico, orientação do tutor, relacionamento, etc.).

De facto, a construção de saberes em enfermagem assenta num processo dinâmico que se inicia com a formação inicial em contexto formal e se prolonga ao longo da vida, em resposta aos desafios decorrentes da prática de cuidados e da evolução dos contextos. É assim, crucial que na enfermagem, como área de formação em particular, se exija cada vez mais uma forte sustentação teórica acompanhada de uma prática reflexiva, num equilíbrio dinâmico promotor dessa construção de saberes, que constituem a base de sustentação do desenvolvimento de competências.

De acordo com Rua (2009), o ensino clínico pode ser entendido como o período de formação em que o estudante adquire “saberes de enfermagem”, saberes

esses, que não são passíveis de ser transmitidos apenas de forma teórica, carecendo sempre de serem acompanhados de vivências na prática clínica, percebidos e relacionados com os saberes pré-existentes, referenciados por Carper (1996) e Chinn e Krammer (1995).

Carper (1996) resume em quatro os padrões de conhecimento: o empírico (conhecimento científico da Enfermagem), o estético (arte da profissão), o pessoal (uso terapêutico do “self”- eu) e o ético (o componente moral da Enfermagem). O padrão do conhecimento empírico é o mais complexo e difícil de ser alcançado e dominado; é o padrão essencial para a compreensão do significado da saúde em termos de bem-estar individual e colectivo. Este tipo de conhecimento organiza-se em teorias que têm como propósito descrever, explicar e predizer as relações entre os fenómenos. Corresponde ao conhecimento científico desenvolvido com recurso à investigação.

O padrão do conhecimento estético, ou seja, a arte da profissão, é relativo ao saber criativo do enfermeiro na sua interacção com o outro e define a sua perspicácia e intuição. Este padrão de conhecimento expressa-se através das acções, comportamentos, atitudes, condutas e interacções com as pessoas. A percepção do significado do encontro é o que cria uma acção da arte na enfermagem e a percepção do significado por parte do enfermeiro é reflectida na acção realizada. É, portanto, um conhecimento subjectivo, adquirido em situações particulares muito específicas (Chinn e Kramer, 1995).

O padrão do conhecimento pessoal compreende a experiência interior de consciência de si próprio, um *self* consciente. Para isso, é necessário absorver-se na totalidade da experiência conscientemente e fazer introspecção, criando-se um significado pessoal interior que é formado através das experiências vividas. O conhecimento pessoal é expresso pela existência, o que é percebido pelos outros é a existência da pessoa ou a sua personalidade. Este conhecimento privilegia a totalidade e integridade, promove o envolvimento e evita comportamentos manipulativos e impessoais. Ao considerar o *self* da outra pessoa, o enfermeiro e o paciente, o encontro caracteriza-se por ser um cuidado, no qual ambos se ajudam a crescer. Ao conhecer-se, conhece-se o outro, ou seja, identificamo-nos com o outro e isso compõe um elemento para o cuidado humano, que é manifestado apenas interpessoalmente, tal como muitos autores defendem. O conhecimento pessoal

corresponde, então, ao conhecimento que a pessoa transpõe para situações particulares proveniente de situações prévias (conhecimento adquirido).

O padrão do conhecimento ético, também considerado conhecimento moral da enfermagem, envolve juízos perante situações éticas e, frequentemente, implica o confronto de valores, normas, interesses ou princípios. O conhecimento ético não descreve ou prescreve a decisão a ser tomada, mas pelo contrário, provê *insight* sobre as possíveis escolhas a serem feitas e clarifica o seu porquê.

Relativamente a este último padrão do conhecimento, Carper (1996) refere que o conhecimento ético, considerado o comportamento moral, vai além do simples conhecimento das normas ou códigos éticos da profissão; ele inclui todas as acções voluntárias que são deliberadas e sujeitas a juízos (bom/mau, certo/errado).

Muito embora descritos separadamente e independentemente da importância que lhes seja atribuída, estes quatro padrões de conhecimento surgem de forma inter-relacionada e correspondem aos saberes aprendidos pelos estudantes. Nesse sentido, o estudante constrói os saberes específicos da profissão num processo dinâmico e progressivo de apropriação de conhecimentos, durante períodos de formação em contexto de escola alternada com períodos de formação de prática clínica. Esta alternância permite ao estudante o desenvolvimento de competências profissionais, através da mobilização de conhecimentos em contexto real; é o envolvimento e a apropriação dos aspectos não visíveis dos cuidados de enfermagem. A enfermagem, como ciência, é assim, constituída de conhecimentos erigidos e apropriados ou apreendidos em torno de interesses semelhantes, em que o processo de aprendizagem é experienciado de duas formas: ao longo da trajectória de vida e por meio da formação escolar (formalizada, sistematizada e estruturada).

Hoje, sabe-se que na formação de adultos ensinar conceitos directamente é infrutífero e impossível. É preciso oferecer aos formandos experiências que lhes permitam ir à procura do conhecimento, é preciso mergulhar o estudante no contexto da realidade, para que ele, confrontando-se com o mundo real, possa ir além das aparências e procure um entendimento mais profundo, estabeleça relações entre o abstracto e o concreto, penetrando desta forma na essência dos fenómenos. Esta forma de procura de conhecimento possibilita ao estudante de enfermagem observar, descrever e interpretar a realidade, transformando-a. É necessário que o estudante possua uma correcta compreensão da realidade, constituída de objectos e factos inter-relacionados que não se evidenciam de imediato. Este processo de apropriação do



conhecimento científico obviamente tem de obedecer à adopção de passos metodológicos organizados e reconhecidos pelos membros da profissão. A incorporação desta forma de conceber e aplicar o conhecimento na enfermagem, como uma totalidade, abre a possibilidade de superar a visão mecanicista, não reflexiva e fragmentada, fortemente caracterizada pela evolução da tecnociência.

Abreu (2003) afirma que aos novos profissionais não é apenas exigido o tradicional conjunto de saberes e de competências, mas também é solicitada a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão; é necessário estar aberto para aprender ao longo da vida e fundamentar solidamente as intervenções, contribuindo para o progresso da ciência de enfermagem. Nesta perspectiva, aprender significa transformar-se, construir a sua própria personalidade, ou ainda, apreender a realidade filtrada pelas nossas concepções, intuições, juízos e raciocínios. Só se aprende verdadeiramente quando a realidade passa através do estudante provocando transformações nas suas concepções. Neste processo de aprendizagem, o estudante não só se constrói como pessoa como também constrói o seu próprio conhecimento, produzindo saber, ainda que contrariando, no mesmo acto, a construção que existia ou que estava em construção (Tavares, 1998).

Leitão (2000) afirma que as teorias da aprendizagem, nomeadamente as construtivistas, salientam que é importante atribuir um lugar à participação consciente do estudante na construção das suas respostas, que são influenciadas pela sua representação mental, pela compreensão da situação de aprendizagem e pelas relações que se estabelecem com a atenção, a motivação, as atitudes e as opiniões, atribuindo especial relevo à escolha pessoal, ao projecto individual e à iniciativa do estudante em situação de aprendizagem. Carvalho (2005) relata que o construtivismo é uma teoria que apela à reflexão e participação do estudante e que “*assenta em bases democráticas de construção do conhecimento*” (p.78).

A aprendizagem, em contexto da prática clínica, é um processo dinâmico e harmonioso, construído a partir de uma preocupação activa e coerente entre o passado do estudante, sobre o qual se levanta um futuro que serve de projecto ao presente. Este é um processo complexo revestido de grande agilidade física, psíquica, social, linguística, axiológica, cultural e contextual em que o estudante emerge como ser inteligente, responsável e livre. Para Tavares (2003), o estudante surge como sujeito autónomo e autor do seu percurso e da sua vida.

Muitas das investigações em enfermagem fazem alusão à prática reflexiva como um marco na aprendizagem do estudante. Santos e Fernandes (2004) referem que a reflexão envolve a acção voluntária e intencional de quem se propõe reflectir, o que faz com que quem reflecte se mantenha aberto à mudança em termos de conhecimentos e valores pessoais. Ferreira (2001) menciona que a aprendizagem não é um mero somatório ou acumulação de saberes, mas que se constrói através da reflexão das práticas. Para Alarcão (2001), a formação reflexiva é uma dimensão do desenvolvimento profissional e humano e um produto do sujeito construído a partir da experiência. Segundo Apóstolo (2001), os portfólios reflexivos permitem ao estudante, não só reflectir sobre as aprendizagens formais, mas igualmente sobre as actividades individuais expressas por escrito e de perfil reflexivo, proporcionando um meio racional de aprendizagem.

Os contributos deixados por diversos autores sobre as teorias do desenvolvimento da aprendizagem têm-se mostrado extraordinariamente relevantes para a compreensão do sucesso actual da aprendizagem. Essas teorias atestam que a aprendizagem não se reduz a uma simples apreensão da informação; só existe aprendizagem verdadeira quando o estudante consegue dar uma resposta competente a uma nova situação. Só quando existe compreensão ou consciência desse novo comportamento, o que equivale a uma conceptualização da aprendizagem por parte do estudante, é que existe completa aprendizagem. Por esse motivo, não podem existir aprendizagens involuntárias: estas só ocorrem a partir dos conhecimentos e comportamentos actuais do estudante, permitindo-lhe a construção de novos comportamentos (Berbaum, 1993), o que obriga a entender a pessoa do estudante na sua realidade total, em interacção estreita com os diferentes contextos onde se vai inserindo.

Segundo Alarcão (2001), aprendizagem experiencial, reflexão sobre e na acção, formação no trabalho, investigação-acção-formação, experiências de vida como ocasiões de reflexão, são expressões comuns que traduzem a atitude actual face à formação. Segundo a autora, a aprendizagem é o resultado da compreensão e da acção do sujeito enquanto alguém que observa e reflecte sobre a sua experiência.

O interesse pela aprendizagem tem crescido nos últimos anos, de tal forma que Finger e Asún (2003) afirmam: *“tornámo-nos numa sociedade de indivíduos aprendentes”* (p.13). Foi a partir das ideias de Dewey nos anos 20-30 que se acentuou a preocupação acerca da educação de adultos nos EUA, facto verificado mais

tardiamente na Europa, cerca dos anos 80 e ansiada pela *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) desde 1970.

A antropologia da aprendizagem de Dewey (cit in Boydston, Baysinger e Levine, 1985) realça o papel fundamental da educação no avanço dos processos de humanização, desenvolvimento e crescimento. Para o autor, a pessoa tem a capacidade de construir ferramentas que transformem o meio ambiente, moldando-o, de forma a torná-lo mais adaptado à sua espécie. Dewey (cit in Boydston, Baysinger e Levine, 1985) defende ainda a ideia de que todas as pessoas apresentam como capacidade humana a plasticidade, ou seja, toda a pessoa aprende com a experiência e ao construir essa aprendizagem aumenta a sua própria capacidade de aprender.

Baseando-se no trabalho de Dewey, o contributo de Kolb (1984) na área de educação de adultos deveu-se, especialmente, ao desenvolvimento de instrumentos de diagnóstico a nível dos estilos de aprendizagem. Para o autor a aprendizagem corresponde ao mecanismo através do qual cada pessoa estrutura a realidade.

O contributo de Argyris (1994) e Schön (1983/2000) tem as suas raízes no desenvolvimento organizacional e está, essencialmente, relacionado com o aprofundamento do ciclo de aprendizagem e do processo de aprendizagem experiencial, definindo o que designam por “teoria-na-acção”. A sua concepção básica é que cada pessoa tem em mente uma teoria, um modelo que orienta a acção e essa teoria ou modelo corresponde a uma etapa no ciclo de aprendizagem, que Kolb (1984) designou de “conceptualização abstracta” e Dewey (1991) de “hábitos”. A ideia central de Argyris (1994) e Schön (1983/2000) é que através da reflexão sobre a teoria-na-acção a pessoa aprende mais depressa do que recorrendo ao ciclo de aprendizagem (“*simple return*”). Ao contrário do ciclo de aprendizagem defendido por Argyris (1994), Dewey (1991), Kolb (1984), Lewin (2007) e Schön (1983/2000) defendem que passa a ser possível aprender simplesmente reflectindo criticamente sobre a teoria-na-acção, ou seja, deixa de ser necessário percorrer todo o ciclo de aprendizagem, bastando reajustar a teoria através do ciclo de “aprendizagem de dupla-volta”.

Argyris (1994) e Schön (1983/2000) salientam, ainda, o papel desempenhado pelo formador de adultos, afirmando ser um facilitador do ciclo de aprendizagem, um orientador (*coach*) que ajuda a pessoa a reflectir sobre os modelos que orientam a sua acção.

### 3.2. Que acompanhamento em contexto clínico?

É no contexto da prática que o estudante concretiza os conhecimentos teóricos, desenvolve capacidades psicomotoras, fundamenta e consolida saberes. Schön (2000) defende que a prática é um momento forte de aprendizagem, é através dela que se aprende; contudo, defende também que são necessários, alguns contributos teóricos, antes do confronto com a realidade prática, já que não se podem desenvolver competências e habilidades enquanto não se tiverem aprendido os conhecimentos que a elas dizem respeito.

Em contexto clínico, os estudantes são acompanhados por tutores. É preocupação do tutor auxiliar os estudantes na aquisição e desenvolvimento de competências que garantam um desempenho competente nos cuidados de enfermagem. Uma das vertentes da sua missão é contribuir para a formação de profissionais capazes, não só nas dimensões do “saber” e do “saber-fazer”, mas também na dimensão das atitudes e relacionamento interpessoal (“saber-ser”), e muitas são as questões e as dúvidas quanto às estratégias mais adequadas para o conseguir. Para além das questões de carácter científico, importantes para a formação dos estudantes na dimensão do saber, são as dimensões de carácter estratégico e metodológico que emergem como aspectos de especial relevo na formação. É muitas vezes a estratégia e não o conteúdo que define o resultado.

A grande pretensão da formação em enfermagem é conseguir enfermeiros com capacidades para gerirem situações complexas, decidirem com autonomia e responsabilidade, adaptarem-se a novas situações, manterem-se actualizados e trabalharem em interdisciplinaridade. Um dos meios que parece apontar nessa direcção é o desenvolvimento do pensamento reflexivo nos estudantes, durante o seu processo de formação, defendido por Schön (2000) e seguido por vários autores portugueses.

Para Schön (2000):

*“Quando alguém aprende uma prática, é iniciado nas tradições de uma comunidade de profissionais que exercem aquela prática e no mundo prático que eles habitam. Aprende suas convenções, seus limites, suas linguagens e seus sistemas apreciativos, seu repertório de modelos, seu conhecimento sistemático e seus padrões para o processo de conhecer-na-acção” (p.39).*

Segundo a visão do autor a condição de aprendiz traz a grande vantagem de oferecer ao estudante a exposição directa às condições reais da prática de cuidados e dos métodos de trabalho. Tal como defende Pereira (1996), é no contexto “*da prática*

*clínica que os alunos vivenciam o «cuidar» através do «cuidar o outro» e «ser cuidado»” (p.12), pelo que nos parece que as interações estabelecidas neste espaço pedagógico são determinantes do desenvolvimento de um “saber enfermagem” específico no estudante.*

Como acima referimos, não se deve ser aprendiz sem antes possuir um corpo de conhecimentos que permita ao estudante compreender a essência dos cuidados que terá de prestar e, para isso, é imprescindível que parte do ensino se efectue em sala de aula. Na licenciatura, a formação dos enfermeiros em sala de aula engloba as componentes: teórica, teórico-prática e prática. Esta última ambiciona preparar os estudantes para os aspectos práticos da profissão e, ao mesmo tempo, simular situações análogas às reais que se encontram na prática de cuidados. Mas a aprendizagem, apesar de ser um trajecto isolado (exclusivo a cada indivíduo), não se efectua de forma isolada, depende da interferência de factores externos (onde intervêm contextos e actores diversos) e também factores internos (emoções, autoconsciência de si) que medeiam toda a aprendizagem.

Como nos refere Tavares (2003) *“Os estudantes de hoje tem preocupações muito diferentes dos de há 10 ou 20 anos atrás e dispõem, em número crescente, de meios, equipamentos e plataformas de acção e interacção bastante alargadas e poderosas” (p.111). Acrescenta, ainda, que as preocupações dos estudantes centram-se essencialmente nos professores, designadamente nas metodologias e estratégias pedagógicas adoptadas, assim como na área académica e na inserção profissional. Na opinião do autor, essas preocupações surgem de forma um pouco desconexa e desorganizada, verificando-se uma discrepância entre as exigências que fazem e a profissionalidade que adoptam como alunos aprendentes.*

O mesmo autor refere que o estudante, ao transitar do ensino secundário para o superior, se debate com alguns problemas que terá de solucionar, designadamente relacionados com: adaptação e integração, institucionais e organizacionais, docência, desenvolvimento, conhecimento, aprendizagem, relacionamento e axiológicos. Embora o autor se refira à formação de estudantes em geral, depreendemos à semelhança, que na formação em enfermagem, o estudante irá enfrentar os mesmos problemas repercutindo-se na sua actuação. Ao tutor é-lhe concedida a função de facilitador ou auxiliador no percurso de construção de saberes dos estudantes. Para isso, ele terá de ver o estudante como um todo, compreendendo as suas dificuldades e preocupações.

De forma a dar resposta a esta problemática, que surge um pouco por todas as instituições académicas, têm sido mobilizados esforços no sentido de melhorar o processo ensino-aprendizagem, minimizando o descontentamento até então demonstrado. A actual Reforma do Sistema Educativo no Ensino Superior pressupõe a adopção de metodologias centradas no estudante, considerado sujeito de construção do seu próprio saber, no qual o tutor assume um papel orientador e de mediação nas aprendizagens que realiza (Cardoso et al., 1996). O tutor deverá, assim, promover atitudes reflexivas e monitorizar, sem dirigir em excesso, a formação do estudante, consoante as necessidades detectadas.

Sem dúvida que, o contexto clínico é um vasto campo de aprendizagem; e toda a aprendizagem prevê sempre uma actividade cognitiva, dominada por factores culturais, situacionais, físicos e psicológicos (Rua, 2009). Segundo Abreu (2003), o processo inicia-se pelo confronto com uma situação nova onde ocorre a redefinição de objectivos operatórios que envolvem a motivação, a orientação, a integração e a acção.

O estudante aprende quando é capaz de integrar a informação e desenvolver acções face a uma nova situação, num contexto de avaliação e controlo. Para Abreu (2003), estes processos podem ser auto ou hetero dirigidos, tendo a supervisão clínica<sup>8</sup> um papel preponderante, uma vez que favorece os processos pessoais de controlo.

No contexto clínico, a aprendizagem implica alteração a nível da cognição, do auto-conhecimento e da definição de uma estratégia pessoal de processar e mobilizar a informação em função de uma situação real. O contexto clínico é um espaço de aprendizagem que permite ao estudante ir-se libertando da tutela da escola, construir a sua própria profissionalidade e definir o seu espaço de actuação com vista à conquista da sua autonomia (Rua, 2009). Sem dúvida que, é necessário existir alguém que auxilie o estudante na aquisição da sua autonomia aquando do confronto com a prática clínica, facto que nos últimos anos tem gerado discussões a nível da profissão.

---

<sup>8</sup> Neste trabalho entendemos supervisão clínica como uma prática emancipadora e transformadora dos actores e dos contextos que se assume como uma espécie de “Super Visão” das práticas e que se determina como essencial para a obtenção da qualidade e adequação dos cuidados aos contextos em intervenção. Trata-se de um processo formal, sustentado na prática, que permite aos profissionais desenvolver competências e consciência de responsabilidade na e sobre a prática, num processo de maturação e desenvolvimento constante.

Segundo Laranjeira (2006), o desenvolvimento da formação graduada e da produção científica em enfermagem, nomeadamente a relacionada com os processos de aprendizagem e com o exercício profissional, levaram a reflexões profundas e levantaram questões que conduziram à necessidade de se equacionarem as diversas dimensões da prática e da supervisão clínica. Abreu (2007) afirma que este movimento foi assinalado por *“três factores que historicamente marcaram o desenvolvimento da profissão: i) o movimento de educação permanente dos anos 70; ii) os estudos em matéria de qualidade e cuidados de enfermagem; iii) os processos de certificação da qualidade”* (p.181).

O conceito de supervisão tem sofrido várias transformações ao longo do tempo, em Portugal. Os estudos efectuados nesse âmbito remontam aos anos 80 com destaque para as obras de Alarcão e Tavares, autores considerados pioneiros na área da supervisão pedagógica, e ainda hoje muito citados por diversos autores portugueses nas diferentes áreas do conhecimento. Inicialmente, o termo supervisão surgiu muito associado à prática pedagógica dos professores; contudo, posteriormente, verificou-se a sua extensão e assimilação por outras áreas do conhecimento, nomeadamente pela enfermagem.

São diversas as definições que se encontram acerca do que se considera ser supervisão, mas embora diferentes, todas elas se complementam. Sem dúvida que a qualidade da supervisão disponibilizada aos estudantes é fundamental no processo de construção do seu conhecimento pessoal e profissional, na consolidação da identidade profissional e no desenvolvimento das capacidades crítico-reflexivas. Queirós et al. (2000) referem que, *“...a educação centrada no aluno e no desenvolvimento da reflexão, na e sobre a acção, devem ser a pedra de toque que permitirá a mudança do currículo tradicional para um outro perspectivado para as novas realidades socioculturais do século XXI”* (p.21). Esta mudança requer que, na enfermagem, se considere a aprendizagem reflexiva como um elemento central, numa perspectiva de construção de saber, baseado no lema de aprender a aprender.

Os profissionais devem ser formados para o incerto, para o instável, para o dinâmico, para o imprevisível desconhecido e para a necessidade de, a cada momento, serem capazes de responder às questões com que se irão defrontar. As estratégias de ensino criativo conduzem os estudantes a uma motivação mais intrínseca e congruente, com uma conceptualização moderna da profissão onde não se pode descurar a técnica, mas onde é exigida uma atitude crítica e reflexiva sobre as

situações, o que permite a tomada de decisão informada e centrada na pessoa. Neste mesmo sentido se pronuncia Sá-Chaves (2000) ao afirmar:

*“...quem forma e ensina profissionais para a saúde deve reflectir (des)construtivamente a complexidade dos saberes científicos, em função dos aprendentes e das situações que, nos contextos reais da praxis profissional se lhe apresentam e deve fazê-lo de forma não standard.”* (p.103).

Contrariamente aos EUA, onde a supervisão clínica em enfermagem se desenvolveu rapidamente, fruto da rápida evolução académica, profissional e do sistema de cuidados de saúde, na Europa o desenvolvimento tem sido mais lento, assumindo um formato diferente em cada país. Em Portugal, a supervisão clínica em enfermagem sofreu forte influência dos países anglo-saxónicos, cujo grande desenvolvimento ocorreu a partir dos anos 80-90 (século XX), não se verificando ainda o seu claro entendimento.

Essencialmente, a supervisão clínica é uma estrutura e um processo que deve ser revestido de princípios de prática reflexiva. Mas apesar dos crescentes investimentos a nível da supervisão clínica, em Portugal, ainda subsiste alguma indefinição a nível conceptual que se repercute quer a nível teórico quer a nível das práticas supervisivas, bem como na própria formação de supervisores; facto confirmado pela utilização indistinta da palavra tutor, mentor ou supervisor para definir a mesma figura. Assistimos a um quadro em que prevalecem múltiplas propostas e formas de “fazer supervisão”, cuja eficácia e adequação às necessidades está longe de ser comprovada. Actualmente, entende-se que supervisão clínica se refere ao campo da formação contínua e *mentorship* ao campo da formação inicial dos enfermeiros.

Abreu (2007) foi um dos autores portugueses que definiu e distinguiu supervisão clínica e *mentorship* em enfermagem. Para o autor, supervisão clínica representa *“um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade de cuidados de enfermagem, a protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional”* (p.177). Para o mesmo autor, *mentorship* consiste num modelo de formação clínica onde o mentor ou tutor, termo habitualmente adoptado em Portugal, é um profissional experiente, mais velho, que se responsabiliza pela aprendizagem de um outro, tendencialmente um aprendiz, mais novo, tendo por base uma relação de



proximidade. O tutor assume o papel de protector, auxiliador, orientador, adoptando uma “relação paternalista”.

Nesse contexto, existem duas figuras distintas: a de supervisor e a de tutor ou mentor. Ao supervisor clínico compete “aconselhar, dar suporte e colaborar na formação contínua” (Abreu, 2007:189) e ao mentor ou tutor a responsabilidade de “orientação, monitorização e avaliação de estudantes em contexto clínico” (Abreu, 2007:189). Supervisor é, então, o conceito relacionado com a supervisão a nível da formação contínua e tutor ou mentor o conceito relacionado com a supervisão a nível da formação inicial.

Abreu, em 2003, faz alusão a esta dificuldade conceptual referindo que a investigação aplicada e os estudos efectuados nos processos de tutoria que se desenvolvem a nível da formação em contexto clínico permitem identificar alguns modelos distintos de orientação das práticas: *mentorship*, *preceptorship*, modelo multitutor e modelo integrativo.

- i) *Mentorship* consiste num modelo em que um tutor ou mentor se responsabiliza pelo acompanhamento da aprendizagem de um formando. Cabe, então, ao tutor/mentor efectuar toda a orientação conceptual e da prática de cuidados ao longo do trajecto de formação do estudante nos seus diversos contextos, enquanto o docente se encarrega de todo o ensino teórico.
- ii) *Preceptorship* ou de preceptorado consiste num modelo que compreende a “*clinical performance*” e designa o período de integração numa unidade de cuidados. Preceptor é, então, o profissional que ensina, integra, apoia, encaminha e se fundamenta como um modelo durante um período limitado de tempo com o objectivo de facilitar o processo de socialização e associação da pessoa ao seu novo papel. Neste sentido, ao tutor ou preceptor compete efectuar a orientação conceptual à prática de cuidados apenas durante um trajecto de formação da pessoa, num contexto da prática específico e determinado no tempo. Este modelo é, usualmente, utilizado na integração de novos profissionais nas unidades de cuidados.
- iii) Modelo multitutor consiste num conjunto organizado de tutores que desempenham a sua actividade numa unidade de cuidados. Nesse sentido, um formando é apoiado por mais do que um tutor. A metodologia adoptada pelos tutores envolve o apoio no desenvolvimento da prática, a adopção de estratégias de ensino-aprendizagem e o suporte emocional, baseada numa

relação de proximidade. Entre tutores é fomentada a troca de informação, no sentido de promover e accionar o desenvolvimento da aprendizagem do estudante. Da mesma forma, aos tutores cabe efectuar a orientação conceptual e da prática de cuidados durante um trajecto da formação do estudante, num contexto da prática específico e determinado no tempo, ficando o docente com a responsabilidade da componente teórica.

- iv) Modelo integrativo consiste na existência de uma interactividade entre um modelo de formação clínica, efectuado por um ou mais profissionais da unidade de cuidados e por um docente. A formação clínica consiste num trabalho de parceria que conta com a presença dos enfermeiros da prática de cuidados ou tutores, em conjunto com docentes, que se encarregam de fazer a ponte entre o contexto clínico e o teórico. Alguns autores apontam vantagens neste tipo de modelo, afirmando que traz benefício, pois permite *“uma maior interactividade entre a teoria e a prática, entre os professores e os enfermeiros das unidades de cuidados e entre a teoria e a investigação e a clínica”* (Abreu, 2003:56-57).

Estudos recentes acerca dos processos de supervisão a nível da formação inicial dos enfermeiros revelam que o êxito do processo depende muito da qualidade da relação estabelecida entre o supervisor e o estudante. Belo (2003) refere que as competências profissionais do supervisor são cada vez mais colectivas, o que requer sólidas competências de comunicação e de conciliação, ou seja, de regulação reflexiva. Acrescenta que, a postura reflexiva deve servir de fio condutor às acções, devendo ser inculcada desde o início da formação do profissional. Nesse sentido, a auto-análise, a auto-reflexão e o saber descobrir por si próprio o que deseja aprender, são aspectos referentes aos estudantes que deverão ser valorizados pelos supervisores. No seu estudo, Belo (2003) realça que os estudantes revelam sentimentos de medo, raiva, ansiedade e impotência, quando contactam com a prática clínica; contudo, consideram o supervisor como uma peça fundamental para o seu crescimento e aperfeiçoamento profissional, especialmente se a supervisão assenta numa relação e comunicação efectivas. Belo (2003) conclui dizendo:

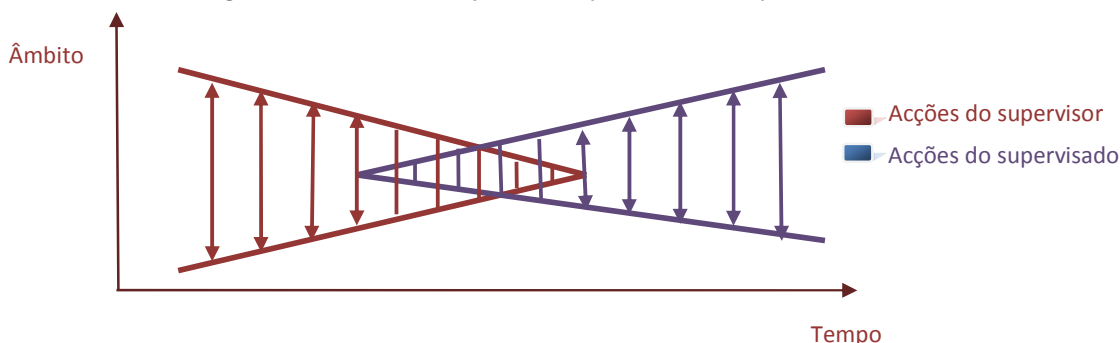
*“...torna-se imprescindível desenvolver competências norteadas pela reflexão das práticas no contexto da formação inicial, permitindo tanto ao aluno quanto ao supervisor a busca da visão interactiva das múltiplas relações com o meio, formando futuros enfermeiros capazes de pensar, de criar e recriar e de contextualizar as suas aprendizagens”* (p.190).

Almeida (2006) refere que a relação supervisiva deve pautar-se pelos valores do humano e privilegiar o diálogo franco e aberto. A comunicação assertiva entre

todos os actores envolvidos e a reflexão, como ponto de partida para a descoberta, possibilitará ao estudante uma leitura diferente da realidade que vivencia, uma significação positiva das experiências vivenciadas e, conseqüentemente, uma forma diferente de encarar o futuro quando profissional.

Sá-Chaves (2003/2004) refere que a relação do supervisor e do supervisionado, no processo supervisivo, é proporcionalmente inversa relativamente à natureza das intervenções e altera-se à medida que, no processo reflexivo, o formando vai desenvolvendo competências que lhe permitem agir de forma mais autónoma (fig.4).

**Figura 4.** *Âmbito das acções do supervisor e do supervisionado*



(Reproduzido de Sá-Chaves, 2003/2004)

Fonseca (2004) e Ferreira (2006), nos seus estudos, salientam que os supervisores entendem a supervisão como um processo e utilizam estratégias promotoras da reflexão fundamentadas numa relação interpessoal de entreajuda, abertura e empatia, factores que conduzem ao desenvolvimento de competências.

Simões (2004) atesta que compete à instituição escola delinear o perfil do enfermeiro que pretende formar e actuar em complementaridade com os supervisores, pois só assim se conseguirá proporcionar um verdadeiro ambiente facilitador da aprendizagem e uma estratégia supervisiva centrada no estudante, onde a comunicação entre actores assume um papel fundamental. Salienta, ainda, que aos supervisores devem ser reconhecidas capacidades supervisivas, pois só assim conseguirão ter um papel activo na formação, resultados que estão consistentes com os referenciados por Aston et al., 2000; Drennan, 2003; Jowett e McMullan, 2007; Mallik e Ayott, 2005.

Alguns autores como Baxter (2007), Charleston e Happel (2005), Playle e Mullarkey (1998), Severinsson (1998) e Wilson (1994) referem que os objectivos da supervisão clínica são numerosos: habilitar o estudante para a prestação de cuidados de enfermagem aos utentes, fomentar a segurança a nível de cuidados de

enfermagem nos utentes, promover o avanço da profissão através de modelos de reflexão, dar oportunidade aos estudantes de explorarem situações clínicas reais, dar oportunidade aos estudantes para desenvolverem as suas competências, familiarizar o estudante com a prática clínica, desenvolver o relacionamento entre estudantes e profissionais experientes, promover a transferência de saberes adquiridos em sala de aula para a prática de cuidados. Outros defendem que os modelos de *mentorship* e *preceptorship* ajudam os estudantes a adquirir auto-confiança nas suas acções facilitando o desenvolvimento pessoal e a transição para o seu novo papel (Anderson et al., 1988; Bain, 1996; Cooper, 2001; Häggman-Laitila et al., 2007; Kaviani e Stillwell, 2000; Lewin, 2007; Lofmark, Carlsson e Wikblad, 2001; Scanlon e Weir, 1997; Seldomridge e Walsh; 2006).

Cotrell (2000) defende que o bom supervisor tem que ter presente as seguintes características: perícia, experiência, aceitabilidade e formação. A perícia refere-se à confiança e ao reconhecimento de habilidades, experiência, *status* e formação. A experiência é a profundidade da vivência prática no seu campo de especialidade. A aceitabilidade é um aspecto fundamental pois é de extrema importância que o supervisor clínico seja aceite por aqueles que ele supervisiona. A formação é outro aspecto fundamental, uma vez que o supervisor clínico deve ser uma pessoa detentora de formação específica na área da supervisão clínica no início da sua actividade supervisiva, bem como na sua formação contínua. A formação básica é considerada necessária mas não suficiente para assegurar elevada qualidade em supervisão. A formação e experiência adicionais em supervisão são consideradas essenciais para ajudar a desenvolver competências supervisivas.

Alarcão e Tavares (2003) referem seis características identificadas por Mosher e Purpel em 1972 que o supervisor deve manifestar: i) sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas; ii) capacidade para analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhes deram origem; iii) capacidade para estabelecer uma comunicação eficaz a fim de perceber as opiniões e os sentimentos dos professores e exprimir as suas próprias opiniões e sentimentos; iv) competência em desenvolvimento curricular e em teoria e prática de ensino; v) *skills* de relacionamento interpessoal; vi) responsabilidade social assente em noções bem claras sobre os fins da educação.

Alarcão e Tavares (2003) reconhecem, ainda, a existência de características menos gerais e salientam que a capacidade de “prestar atenção” e o “saber escutar”

são considerados fundamentais pela maioria dos investigadores; contudo, salientam também a capacidade de compreender, de manifestar uma atitude de resposta adequada, de integrar as perspectivas dos formandos, de procurar a clarificação de sentidos e a construção de uma linguagem comum, de comunicar verbal e não verbalmente, de parafrasear e interpretar, de cooperar e de interrogar. São os *skills* interpessoais que emergem como fundamentais.

Em 1985, Glickman identificou no supervisor algumas características que agrupou em dez categorias a que chama *skills* interpessoais:

- i) **Prestar atenção.** O supervisor atende ao que o estudante<sup>9</sup> lhe diz e exprime a sua atenção através de manifestações verbais tais como “pois”, “certo”, “sim”, “uhm”, geralmente acompanhadas de outras manifestações de atenção de tipo não verbal.
- ii) **Clarificar.** O supervisor interroga e faz afirmações que ajudam a clarificar e compreender o pensamento do estudante: “quando diz..., refere-se a...?”, “é capaz de explicar melhor?”, “mas... não estou a perceber”, “espere aí, já me perdi”.
- iii) **Encorajar.** O supervisor manifesta interesse em que o estudante continue a falar ou a pensar em voz alta: “vá, vá, continue”, “continue, estou a gostar”, “e depois?”, “e daí?”; “ótimo!”.
- iv) **Servir de espelho.** O supervisor parafraseia ou resume o que o estudante disse com a finalidade de verificar se entendeu bem: “parece-me que, na sua opinião...”, “se eu entendi bem...”, “portanto, a questão é a seguinte...”.
- v) **Dar opinião.** O supervisor dá a sua opinião e apresenta as suas ideias sobre o assunto que está a ser discutido: “na minha opinião...”, “eu acho que...”, “eu penso que...”, “podia...”.
- vi) **Ajudar a encontrar soluções para os problemas.** Depois de o assunto ter sido discutido, o supervisor toma a iniciativa e pede sugestões para possíveis soluções: “O que é que se pode fazer?”, “como é que vai resolver este problema?”, “que estratégias lhe parecem mais adequadas?”.

---

<sup>9</sup> No seu conteúdo original Glickman não utiliza este termo, mas sim o de “professor”, uma vez que se referia à supervisão de professores em exercício. No entanto, neste contexto decidimos optar pela sua substituição porque consideramos que não colocaríamos em causa o sentido do conteúdo do discurso, uma vez que quer com o termo “professor” ou “estudante” nos estamos a referir à pessoa que se encontra num percurso de formação.

- vii) **Negociar.** O supervisor desloca o foco da discussão do estudo das soluções possíveis para as soluções prováveis e ajuda a ponderar os prós e os contra das soluções apresentadas: “O que acontecerá se tomar esta atitude?”, “quais as vantagens desta estratégia; e as desvantagens?”, “que solução será melhor: a X ou a Y?”
- viii) **Orientar.** O supervisor diz o que deve fazer: “vai fazer isto desta maneira”, “quero que...”, “é assim que se faz”
- ix) **Estabelecer critérios.** O supervisor concretiza os planos de acção, põe limites temporais para a sua execução: “na próxima semana quero ver...”
- x) **Condicionar.** O supervisor explicita as consequências do cumprimento ou não das orientações: “Conto consigo”, “se não tomar esta atitude imediatamente, depois será tarde”, “olhe que não há tempo a perder”.

O mesmo autor refere que existem, fundamentalmente, três estilos de supervisão: não-directivo, de colaboração e directivo. Estes estilos estarão directamente relacionados com os dez tipos de *skills* interpessoais identificados numa relação entre supervisor e supervisionado, independentemente da ênfase que é atribuída a cada uma das atitudes. Assim, o supervisor de tipo não-directivo é aquele que manifesta desejo e capacidade de atender ao mundo do supervisionado, de o escutar, de esperar que seja ele a tomar as iniciativas. Sabe calar-se para ouvir o supervisionado a falar, é capaz de verbalizar as ideias e os sentimentos que este, explícita ou implicitamente, lhe vai manifestando, sabe encorajá-lo, ajudá-lo a clarificar as suas ideias e os seus sentimentos, pede-lhe informações complementares quando elas são necessárias. O supervisor que prefere estratégias de colaboração verbaliza muito o que o supervisionado lhe vai dizendo, faz sínteses das sugestões e dos problemas apresentados e ajuda a resolvê-los. O supervisor de tipo directivo, pelo contrário, concentra as suas preocupações em dar orientações, em estabelecer critérios e condicionar as atitudes do supervisionado.

Glickman (1985) difundiu a exigência de diferentes estadios de desenvolvimento cognitivo, os quais designou de níveis de reflexibilidade entre os professores estagiários. Glickman (1985) assumiu tal facto como um dos papéis centrais da supervisão e promoção de níveis de desenvolvimento mais elevados entre os formandos, chamando assim a atenção para a necessidade de esta se estruturar em função do nível de reflexibilidade em que se encontra o professor estagiário. O autor propõe que a supervisão seja organizada em três etapas distintas, ao longo das

quais os papéis e atribuições do supervisor, e também do formando, vão sofrendo alterações: i) fase de diagnóstico; ii) fase tática; iii) fase estratégica. Embora os trabalhos de Glickman (1985) tenham tido como foco de atenção a formação de professores, deduzimos, à semelhança, que a formação de enfermeiros não se distanciará muito das etapas difundidas por Glickman e seguidas pelos diversos autores.

Na fase de diagnóstico, através da observação do desempenho do estudante, das conversas mantidas com ele e das suas respostas às questões colocadas, nomeadamente em relação à sua própria actuação, o tutor procede ao diagnóstico do nível de desenvolvimento do estudante. Na fase tática, o tutor adapta o estilo de supervisão ao nível de desenvolvimento diagnosticado. Junto do formando, com baixo nível de abstracção, deve aplicar estratégia directiva; com formando de nível intermédio a estratégia deverá ser colaborativa, e não-directiva com formando de elevado nível de abstracção. Na fase estratégica, o tutor deve estimular o nível de abstracção e a capacidade de resolução de problemas. É a conquista da autonomia profissional e o caminho da profissionalidade que se traduz pela tomada de decisão, intervenção cada vez menor do tutor e envolvimento cada vez maior do estudante nas decisões.

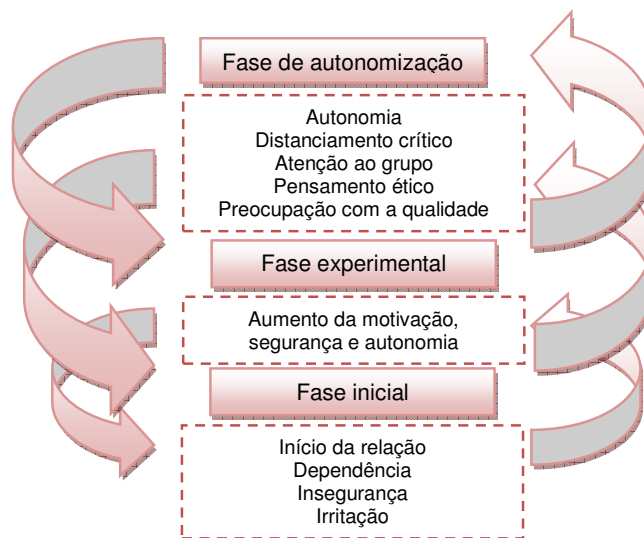
Pieper, em 2004, salienta a existência de seis fases no processo supervisivo de acompanhamento em contexto clínico: i) a escolha do tutor; ii) o conhecimento recíproco; iii) a identificação de objectivos e resultados da aprendizagem; iv) o desenvolvimento da relação; v) o fim da relação; vi) a avaliação.

Abreu (2007) dedicou-se ao estudo do desenvolvimento do estudante de enfermagem numa perspectiva psicológica, sociológica, organizacional e de conquista da autonomia profissional e sugere a existência de três fases de duração variável: i) fase inicial; ii) fase experimental; iii) fase de autonomização (fig. 5).

Segundo Abreu (2007), a fase inicial consiste na criação da relação entre estudante e ambiente envolvente (tutor, colegas, contexto de cuidados, profissionais da prática, etc). Esta fase pode ser mais ou menos longa, dependendo do desenvolvimento do próprio estudante e das características do contexto clínico e tem como características: a dependência do tutor; a aprendizagem por imitação; a necessidade de desenvolver a segurança pessoal, a motivação e a confiança; a presença de uma dimensão cognitiva compartimentada; a existência de uma

experiência limitada; e a existência de uma elevada ansiedade canalizada para um elevado desempenho.

**Figura 5.** *Processo de mentorship: a progressão do aluno*



(Reproduzido de Abreu, 2007:230)

A fase experimental corresponde à fase reflexiva, onde tutor e estudante participam activamente. Ao tutor cabe o papel de facilitador, orientador no trajecto pessoal e profissional do estudante. Esta fase apresenta uma duração mais longa no processo de tutoria e tem como características: o aumento gradual da motivação, segurança e autonomia; a diminuição da imitação; a presença do conflito dependência/autonomia; o investimento na compreensão dos processos e nas lógicas.

A fase de autonomização supõe que o estudante tenha desenvolvido um conjunto de competências identificadas no início do processo supervisivo e caracteriza-se pela existência de alterações significativas na relação entre tutor e estudante. O estudante sente alguma independência e autonomia, mas também algum grau de ansiedade e sentimentos de perda. É uma fase que tem como características: compreensão e aceitação da identidade do tutor; motivação e autonomia estáveis; auto-segurança; capacidade para o distanciamento crítico e analítico; entendimento sobre implicações de ordem ética; definição do caminho a seguir.

Os campos da aplicação da supervisão clínica e dos processos de tutoria são muito diversos. McNaughton, Glynn e Robinson (1987), no seu trabalho, referem que os tutores sem formação intervêm de maneira espontânea, sem directivas particulares, enquanto os tutores com formação estão preparados para utilizar um método intitulado



*Pause, Prompt, and Praise* (PPP). Este método parte de um princípio simples: a pessoa aprende a fazer fazendo, não efectuando actos ou funções isoladas, e inspira-se nas questões dos erros como alicerces para a aprendizagem. A etapa *Pause* ocorre quando o estudante dá um erro ou hesita; o tutor deve esperar antes de intervir. Esta espera, que deve depender de acordo com a actividade em questão, oferece a possibilidade do estudante reflectir sobre o erro. Em geral, os tutores têm dificuldade em respeitar esta espera, têm pressa de ajudar, de encobrir para que uma terceira pessoa não se aperceba do ocorrido. A etapa do *Prompt* corresponde à fase em que o tutor intervém, ao *feedback*; a etapa *Praise*, ao reforço positivo pelo sucesso na actividade desenvolvida.

Habitualmente, são feitas referências pelos estudantes nas suas reflexões acerca da importância atribuída ao *feedback* na tentativa de identificar a sua tipologia: questionamento como pedido de esclarecimento, questionamento crítico ou estimulador, apoio/encorajamento, recomendação, síntese/balanço, esclarecimento conceptual e teórico (Alarcão e Roldão, 2008). Na verdade, o *feedback* é um elemento estimulador, orientador que sobressai como essencial ao apoio e à regulação supervisiva.

Para além das questões relacionadas com a relação supervisiva e com o modelo de supervisão, existe ainda a questão do acolhimento, ou seja, as questões da integração no contexto clínico. Como se subentende, toda a pessoa bem integrada será, em princípio, mais “bem sucedida”. A integração na unidade de cuidados pressupõe que alguém (tutor ou enfermeiros da unidade de cuidados) assuma a responsabilidade de ajudar outro alguém (estudante) a tomar conhecimento e inteirar-se das características da unidade de cuidados, seus limites e exigências. Subentende-se assim que, o tutor será alguém que estará disponível para ajudar o estudante; compreender as suas dúvidas e objectivos, esclarecer, amparar, auxiliar; será alguém que terá determinadas características específicas, características de acolhimento.

Baudrit (2009) acrescenta que a idade dos tutores é um aspecto importante para o sucesso do processo supervisivo e refere os trabalhos desenvolvidos por Allen, em 1976, onde se indaga que a proximidade de idades e de competências entre os parceiros de tutoria facilita as aquisições do tutorando, porque é mais fácil ao tutor colocar-se no seu lugar e sentir as suas dificuldades de aprendizagem. De igual forma, referindo-se aos resultados dos trabalhos de Allen e Feldman, acrescenta que, para

identificar essas mesmas dificuldades, se deve confiar na componente não verbal manifestada pelos estudantes.

Com efeito, independentemente do modelo adoptado, o tutor não é um mero fornecedor de saberes e de saber-fazer, mas alguém que deve reinvestir o seu saber e entregar-se a um trabalho de explicitação na direcção do tutorando. É esse trabalho de experimentação, do pôr em prática, de orientação da acção do outro que pode ser proveitosa para ambos os intervenientes (tutor e tutorando) desde que não seja limitada à mera condução da acção, mas que tenha como finalidade a fundamentação sustentada dos contornos da acção.

### **3.3. Modalidades e estratégias de desenvolvimento de competências**

Como temos vindo a referir, o contexto clínico é um local onde se verificam constantes mutações e também onde o estudante desenvolve grande parte da sua aprendizagem. Por isso, para além dos saberes científicos desenvolvidos ao longo da componente académica teórica, o estudante tem de mobilizar, apropriar e adequar esses saberes de forma a responder eficazmente às solicitações da “profissão”. A esse respeito, Costa (2002) diz que os cuidados de enfermagem são um processo de construção, no qual a implicação pessoal sugere, para além do acto de cuidar, uma reflexão pessoal sobre o seu fundamento, legitimidade, consequências e dimensões éticas.

Figueiredo (1995) afirma que o estágio clínico não pode ser visto como a aplicação dos saberes teóricos na prática clínica, antes pelo contrário, deve constituir uma oportunidade única de construir o saber, baseando-se nas aprendizagens anteriores, aliadas a uma situação real e utilizando o tutor como auxiliador. Nesse sentido, o estudante desenvolve novos conhecimentos e atitudes e utiliza o tutor como mediador no seu processo de promoção, de construção e de desenvolvimento de saberes.

A esse respeito, Abreu (2007) refere que o que o estudante aprendeu em sala de aula, no laboratório ou numa experiência clínica anterior (conhecimentos adquiridos) representa uma matriz de base a partir da qual o estudante analisa a informação. O autor defende que os conhecimentos adquiridos, ou seja, as aprendizagens prévias, influenciam as aprendizagens posteriores. O autor também referencia as experiências significativas e a forma como essas “novas experiências” se

transformam no que ele chama de “*pontos de ancoragem*” (p.171) para o estudante. Abreu (2007) destaca o trabalho de laboratório referindo que, desde que bem planeado e conseguido, pode, por si só, ser também profundamente marcante para a aprendizagem em contexto clínico e cita a esse respeito os resultados dos trabalhos de Johnson em 1995.

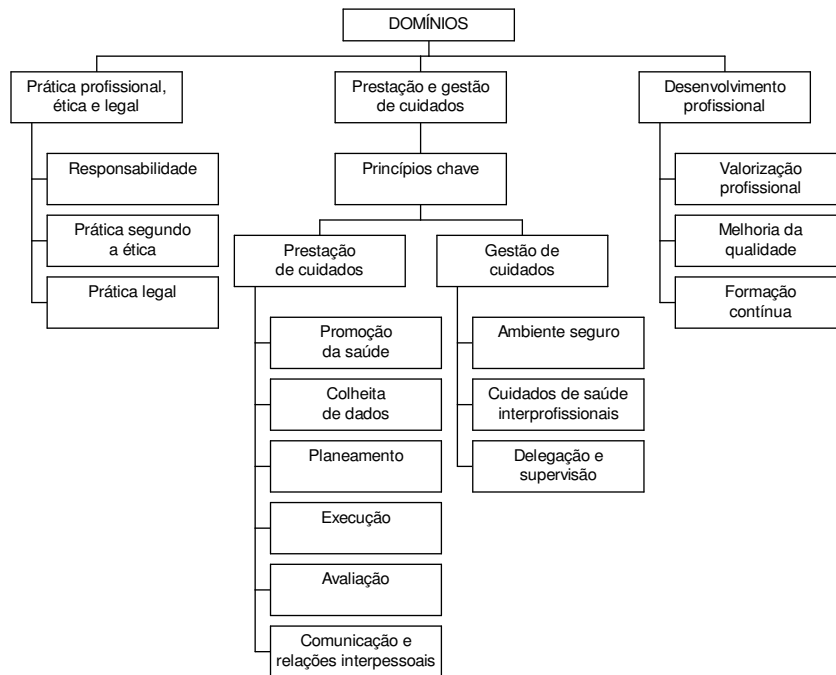
Como já salientamos, a ideia da aprendizagem é marcada pela relação entre sujeitos e tem, como objectivo principal, o desafio de aprender. Em enfermagem, toda a aprendizagem passa pelo desenvolvimento de competências. Segundo a abordagem construtivista, “*os saberes são socialmente construídos, [...] a aquisição de competências é feita ao longo do tempo, através de uma história pessoal e social*” (Pires, 1994:10). Ou seja, se a sociedade em que o indivíduo se insere e o reconhecimento social das suas funções têm influência no desenvolvimento das suas competências profissionais, é lógico deduzir que, de uma experiência profissional específica, como é o caso da enfermagem, surjam competências profissionais, também elas, específicas.

O conceito de competência é hoje uma das exigências profissionais do enfermeiro e refere-se à capacidade individual para desempenhar as funções que lhe são atribuídas, desde que seja detentor do conhecimento, das habilidades, dos comportamentos e das características pessoais necessárias para agir correctamente perante a situação específica da profissão – ser enfermeiro.

Procurando definir as competências mínimas para o enfermeiro de cuidados gerais, a OE elaborou, em 2003, um documento, baseando-se no *International Council of Nurses Framework of Competencies for the Generalist Nurses*, adaptando-o à realidade da enfermagem em Portugal, o qual obteve a sua primeira publicação em 2004.

A OE (2004) entende que as competências mínimas de um enfermeiro de cuidados gerais correspondem a um conjunto de competências que um indivíduo deve possuir para desempenhar de forma eficiente as suas funções em qualquer área de acção no ramo da enfermagem. Este conjunto de competências é equivalente ao que vai sendo exigido ao estudante, durante o seu percurso de formação. Após a aprovação do Conselho de Enfermagem, o documento final resultante deste processo pode resumir-se num conjunto de competências que se dividem em três domínios: prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados; e desenvolvimento profissional (organograma 1).

**Organograma 1.** *Competências do enfermeiro de cuidados gerais segundo o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros*



(Reproduzido OE, 2004:12-13)

Observando o conjunto de competências definidas para o enfermeiro de cuidados gerais, e tendo em conta a definição anteriormente dada de competência, é possível deduzir que a competência profissional se reconhece “*pela presença de um conjunto de relações que estão na base de um exercício competente da profissão*” (Frias e Jarroca, 2002:137).

Muitos são os autores que se têm dedicado ao estudo das competências, área hoje largamente difundida, especialmente na literatura ligada à gestão empresarial e, particularmente, à gestão de recursos humanos, mas também muito no âmbito educacional e no campo da enfermagem. Muitos dos autores ligados às competências associam-nas a quatro grandes perspectivas: atribuições, qualificações, traços ou características pessoais e comportamentos ou acções. Contudo, optamos por apresentar apenas a perspectiva de dois autores, que as associam a qualificações. São eles Patrícia Benner (2006) e Guy Le Boterf (2005), por serem os mais ligados à enfermagem e com os quais nos identificamos nos seus pressupostos. Benner é enfermeira e também doutorada em Enfermagem e Le Boterf, apesar de doutorado em Letras, Ciências Humanas e Sociologia, é um dos autores mais utilizado pelos enfermeiros, diríamos mesmo, um dos autores de base na enfermagem.

Benner (2006), em conjunto com outros investigadores, estudou a aplicabilidade do modelo proposto pelo matemático Stuart Dreyfus e o filósofo Hubert Dreyfus, sugerindo que, na aquisição e desenvolvimento de uma competência, o enfermeiro passa por cinco níveis ou estadios sucessivos de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Para Benner (2006), os diferentes níveis correspondem a três aspectos gerais, que se inscrevem aquando da aquisição de uma competência. O primeiro é a passagem de princípios abstractos para uma experiência concreta, o segundo é a passagem da visão das partes para a visão do todo no qual só algumas das partes são importantes e o terceiro é a passagem de observador a executante.

Os iniciados não têm nenhuma experiência das situações com que possam ser confrontados; por isso, apresentam um comportamento típico, extremamente limitado e rígido. São-lhes dadas regras que guiam os seus actos, mas o facto de seguirem essas regras poderá não os levar ao encontro de um comportamento correcto porque podem não aplicar os actos à situação real mais adequada; acrescenta-se também as dificuldades que os estudantes apresentam em integrar o que aprenderam nos livros, com aquilo que encontram nas situações da vida real (Benner, 2006).

Os iniciados avançados apresentam já um comportamento aceitável, uma vez que já se depararam com situações reais que lhes permitiram adquirir alguma experiência, facultando-lhe o conhecimento necessário para avaliar algumas das características dos doentes; contudo, ainda sentem dificuldades em estabelecer prioridades assistenciais (Benner, 2006).

O competente aplica conhecimentos adquiridos na sua formação específica. Tem uma experiência de dois ou três anos, e torna-se competente quando toma consciência de que é capaz de planear e organizar cuidados com objectividade e a longo prazo. É determinado, eficiente e organizado. No domínio pessoal, o enfermeiro competente utiliza a reflexão como esclarecimento do seu sistema pessoal de valores, do desenvolvimento da sua sensibilidade e da inclusão de valores éticos (Benner, 2006).

O proficiente percepção as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada, as suas acções são guiadas por máximas<sup>10</sup>. Aprende pela experiência

---

<sup>10</sup> Máximas são instruções codificadas que só têm sentido se a pessoa possui uma boa compreensão da situação.

quais os acontecimentos típicos que vão ocorrer numa determinada situação e identifica os que estavam previstos mas que não se irão realizar (Benner, 2006).

O perito tem uma enorme experiência e capacidade de compreender de forma intuitiva cada situação, aprende directamente sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos; essencialmente, caracteriza-se por agir a partir de uma compreensão profunda de uma situação global. Tem uma vasta experiência, o que lhe permite perceber, individualmente, cada situação, de tal modo que fica vinculado a esquemas de funcionamento próprios e sente dificuldade em expôr verbalmente os seus conhecimentos, no entanto, age com certezas e em consonância com a sua experiência e saber acumulado. O efeito causado pela acção intuitiva é tal que pode chegar-se a pensar que o perito é alguém que já não pensa, facto que não corresponde à verdade (Benner, 2006).

Nesta sua visão, Benner (2006) defende que o desenvolvimento de competências no contexto clínico acontece na experiência clínica como um todo e não nas situações clínicas isoladas, e engloba uma mistura de teoria e prática. Da mesma forma, o estudante adquire conhecimentos clínicos ao longo do tempo, mas pode perder o rasto ao que aprendeu, se não activar essa aprendizagem efectuada. A aprendizagem clínica é uma aprendizagem em situação que pode e deve ser partilhada. Aprender em situação equivale a “ver”, “sentir”, “cheirar”, “ouvir”; só quando se está presente perante a situação real é que se é capaz de a descrever e compreender, de a aprender, porque se consegue perceber todos os seus contornos e pormenores e não apenas todas as explicações ideológicas.

Le Boterf, autor de renome mundial, após anos de dedicação e estudo em torno das competências lança, em 2005, um novo olhar sobre essa problemática, nomeadamente sobre como é que é possível desenvolver competências individuais e colectivas. Le Boterf (2005) não pretendeu substituir as obras escritas anteriormente, retoma essas obras e desenvolve novas propostas às exigências actuais sentidas e que vigoram nas organizações.

Para Le Boterf (2005), ser competente é “*ser capaz de gerir situações complexas e instáveis*” (p.18). Mas, actualmente, as competências tendem a deixar de ser consideradas como “recursos”, passando a ser identificadas como “riquezas”. Nesse sentido, os funcionários de uma empresa não são geradores de custos ou encargos, mas geradores de valores. Le Boterf (2005) refere que o conceito de competência pode ser analisado segundo diferentes ópticas:

i) *A competência é um conceito relacionado com o contexto de trabalho*

A resposta competente é uma resposta em contexto, no momento da combinação de recursos apropriados, não é somente o tratar um incidente mas antecipá-lo (“pessoa da situação”).

ii) *A competência tem uma dimensão individual e colectiva*

A resposta competente é uma resposta de rede e não apenas a resposta individual, ainda que a ligação com o problema ou utente seja assegurada pela pessoa individualmente.

iii) *A competência não é só uma predisposição para agir mas um processo*

Para se ser competente não é só necessário ter disposição para agir, são também necessárias condições para agir, e essas condições estão dependentes dos outros (utente, instituição de saúde, normas de serviço, etc.), fazem parte de todo um processo.

iv) *A competência permite raciocinar em termos de combinatória*

Para realizar uma actividade ou resolver um problema a pessoa competente não só selecciona os elementos pertinentes, num repertório de recursos, mas também os organiza de forma a construir uma combinatória particular de múltiplos ingredientes resultantes de triagens.

v) *A competência deve permitir a distinção entre o exigido e o real*

Muito embora isto possa parecer uma evidência, a realidade prática parece, por vezes, confundir a descrição de competência exigida com a de competência real (ordens de realidade bem diferentes). A competência exigida é uma prescrição e refere-se à tarefa descrita em termos de finalidade, missão ou exigência profissional e constitui um objectivo a atingir. A competência real é o *output*, o esquema operativo, a disposição para agir, o saber combinatório.

vi) *A competência apela à responsabilidade partilhada*

As competências podem ser consideradas como o resultado de três factores: o *saber agir*, que supõe o saber combinar e mobilizar recursos pertinentes, o *querer agir* que se refere à motivação pessoal e ao contexto mais ou menos estimulante ao qual ele intervém e o *poder agir* que remete para a existência de um contexto, de uma organização de trabalho. Do descrito anteriormente,

depreendemos que a responsabilidade pela competência é uma responsabilidade partilhada, não exclusiva do indivíduo.

vii) *A competência deve ser passível de ser avaliada*

Actualmente é necessário avaliar as competências profissionais.

Para Le Boterf (2005), competência é um saber fazer e um saber agir e engloba um processo e um resultado segundo uma dupla dimensão: ser capaz e saber compreender. Para o autor, uma pessoa pode ser reconhecida como competente quando é capaz não só de realizar bem uma acção mas de compreender o porquê da sua acção. O saber fazer não é motivo suficiente para se ser competente. “*Ser competente é agir igualmente com autonomia, quer dizer, ser capaz de auto-regular as suas acções, de saber não somente contar com os seus próprios meios mas procurar recursos complementares, de estar preparado para transferir, quer dizer, reintegrar as suas competências noutro contexto*” (p.35-36).

No Projecto Tuning<sup>11</sup>, as competências são definidas como uma combinação dinâmica do conhecimento, da compreensão e das habilidades<sup>12</sup> que correspondem ao resultado da aprendizagem do projecto educativo ou à performance dos estudantes no final do curso (aptidão do estudante). De forma muito particular, o Projecto Tuning centra-se no conceito e classificação das competências e compreende-as como características que envolvem o saber (*knowing and understanding*), o saber fazer (*knowing how to act*) e o saber ser (*knowing how to be*). (CGT, 2009). Contudo, as competências descrevem um nível ou patamar que caracteriza a performance de cada pessoa, diz-nos que ela possui uma certa capacidade, habilidade ou performance para executar uma tarefa; ela é capaz de demonstrar que consegue executar uma actividade de tal forma que permite a avaliação do nível da sua realização

---

<sup>11</sup> Projecto financiado pela Comissão Europeia através do Programa Sócrates y Tempus da Direcção da Educação e Cultura, cujo objectivo é oferecer um planeamento concreto que possibilite a aplicação do Processo de Bolonha no âmbito das disciplinas ou áreas em estudo nas instituições de Ensino Superior. O enfoque consiste numa metodologia que envolve o planeamento, desenvolvimento, aplicação e avaliação de programas de estudos em cada um dos ciclos de Bolonha. A sua validade pode considerar-se mundial uma vez que foi testada em vários continentes onde foram encontrados resultados frutíferos.

<sup>12</sup> Do latim “*habilis*” significa “ser capaz de segurar, transportar ou lidar facilmente,” de onde a palavra “habilidade” é usada no sentido de aptidão, capacidade ou *skill*. O termo *skill*, provavelmente o mais utilizado na literatura anglo-saxónica, tem o sentido de se ser capaz, de capacidade – é habitualmente utilizado no plural, e num sentido mais restrito do que o de competências.



Segundo o Projecto Tuning (CGT, 2009) as competências são categorizadas em três tipos:

- i) Instrumentais – possuem uma função instrumental. Incluem as habilidades cognitivas (capacidade de compreender e manipular ideias e pensamentos), capacidades metodológicas (gestão do ambiente, gestão do tempo, estratégias de aprendizagem, tomada de decisão ou resolução de problemas), habilidades técnicas (uso de equipamentos, computadores, gestão de informação), habilidades linguísticas (comunicação oral e escrita, uso de segunda língua).
- ii) Interpessoais – possuem uma ligação com os processos de interacção social e cooperação. Relacionam-se com a capacidade de expressar os próprios sentimentos, habilidades de crítica, avaliação e auto-crítica, habilidades de trabalho em equipa, habilidades de expressão de compromisso social ou ético.
- iii) Sistémicas - compreendem as capacidades e habilidades que se referem a um todo, a sistemas. Supõem uma combinação do entendimento, sensibilidade e conhecimento que permite ver as partes relacionadas com um todo e o conjunto. Inclui as habilidades de planeamento, de melhoria ou *design* de novos sistemas. As competências sistémicas requerem, como base, uma aquisição de competências interpessoais e instrumentais.

De acordo com o Projecto Tuning (CGT, 2009), e estabelecendo uma relação com as competências mínimas do enfermeiro de cuidados, gerais estabelecidas pela OE (2004), concluímos que as competências instrumentais abrangem o domínio da prestação e gestão de cuidados, englobando a competência 20 à 82, as competências interpessoais abrangem o domínio da prática profissional, ética e legal, englobando a competência 1 à 19 e as competências sistémicas abrangem o domínio do desenvolvimento profissional, englobando a competência 83 à 96 (quadro 2).

**Quadro 2.** *Relação entre o tipo de competências definido pelo Tuning e os domínios da Ordem dos Enfermeiros*

| <b>Tipo de Competência (Tuning)</b> | <b>Domínio (OE)</b>                 | <b>Competências inclusas (OE)</b> |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Interpessoais                       | Prática profissional, ética e legal | 1 a 19                            |
| Instrumentais                       | Prestação e gestão de cuidados      | 20 a 82                           |
| Sistémicas                          | Desenvolvimento profissional        | 83 a 96                           |

De acordo com Chickering e Reisser (1993), existem três tipos de competências importantes para o estudante do ensino superior: competências intelectuais, destrezas físicas e manuais e competências interpessoais. Para os autores, o sentido de competência resulta do sentimento de confiança que o indivíduo constrói quando lida com os acontecimentos da vida e quando obtém êxito na execução das tarefas que se propõe realizar, e parece afectar outros aspectos do desenvolvimento como a autonomia e o domínio das emoções.

Como competências intelectuais, Chickering e Reisser (1993) apontam: a aquisição de conhecimentos; o desenvolvimento de atitudes e valores intelectuais, estéticos e culturais que ultrapassam a educação formal; as alterações nos modos de conhecer e raciocinar (pensamento crítico, complexidade conceptual, etc.). As competências físicas e manuais estão ligadas à acção e desenvolvimento das aptidões motoras. A competência interpessoal inclui a capacidade de escuta, de questionamento, de *feedback*, de cooperação em grupo através de uma atitude sensível e empática em relação aos outros.

Chickering e Reisser (1993) defendem, ainda, que o sentido de competência tende a aumentar com a idade, no sentido de uma maior prontidão para correr riscos e de uma maior persistência em tarefas de grande grau de dificuldade. O sucesso aparece como mais provável quando os estudantes aprendem a acreditar nas suas capacidades, recebem *feedback* exacto dos outros e integram as suas capacidades num autoconceito global e estável.

Segundo Le Boterf (2005), o desenvolvimento de competências passa por dois eixos: o eixo da actividade e o eixo da distanciação. O eixo da actividade é o da acção, contextualizada ou vivida, definida pelas competências e recursos de uma situação real de trabalho e corresponde ao que Piaget (1995) designa de “conhecimento em acção”. É composta pelos saberes práticos, adquiridos através da vivência da acção ou experimentação da acção, e corresponde ao conhecimento posto em acção de forma não necessariamente reflectida. Corresponde à acção automática, por imitação, não reflectida, à prática “cega”, mas que pode ser eficaz.

Este eixo pode desenvolver a aprendizagem no local de trabalho por imitação, repetição, reprodução do idêntico e constitui-se como uma dimensão necessária da competência, uma vez que não existe competência sem saber fazer ou saber agir. É, portanto, em torno deste eixo (da acção a realizar) que se constroem os recursos e as estratégias que permitem aos estudantes agir com pertinência.

O eixo da distanciação corresponde à metacognição, à reflexão acerca dos recursos e das estratégias da acção que foram postos em prática. Neste eixo o estudante distancia-se da acção, estabelece um desvio entre si e a actividade, atribui a si um estatuto de exterioridade, já não está submerso na actividade/problema, mas posiciona-se face a ele. Digamos que é o eixo da conceptualização da acção. Este acto de conceptualizar é uma ferramenta operatória que permite, segundo a sua pertinência, “agarrar” a realidade (“*begriff*”). O distanciamento pode, assim, aumentar a motivação para aprender, no sentido de que o estudante toma consciência de que pode controlar a sua acção, influenciar o seu resultado e que os esforços de aprendizagem que efectuou não vão ser em vão.

A actividade de metacognição é uma forma de distanciamento não só cognitivo mas também afectivo. Observando-se a agir, o estudante toma consciência dos seus modos de agir, das suas estratégias de acção, das razões dos seus sucessos e dos seus fracassos. A metacognição desenvolve a capacidade do estudante conduzir, por ele próprio, as suas aprendizagens. Adquirindo a capacidade de se desligar das situações de aprendizagem vividas, ele adquire autonomia e maior aptidão para auto-regular as suas actividades. Nesta perspectiva, toma consciência de que o recurso operatório que adquiriu é válido apenas para uma classe específica de problemas. A actividade de metacognição desempenha um papel importante na faculdade de efectuar transferências de aprendizagem (Le Boterf, 2005).

É, com efeito, paradoxal e frequentemente mais fácil, agir do que explicar como se age, mas é também, imprescindível compreender como se faz, para que se possa agir num contexto distinto. A metacognição aprende-se, sendo auxiliada quando intervém o exercício de uma função de mediação por um actor exterior e que se caracteriza por:

- i) Um papel de suporte – Trata-se de trabalhar “de cabeça e coração abertos”. É o caso do tutor que comenta como procede, reflecte em voz alta, se auto-questiona abertamente, adapta as suas condutas e toma decisões explicando as razões, as hipóteses e as dúvidas, enuncia as convicções, exprime sentimentos e emoções.
- ii) Um papel de apoio – Consiste em levar o estudante para “a zona próxima de desenvolvimento”. Trata-se de desdramatizar os erros, fazendo deles oportunidades de aprendizagem.

- iii) Um papel de monitorização – Esta actividade consiste em fornecer informações em *feedback*, numa perspectiva informativa e deve permitir ao estudante construir uma imagem de si, positiva e realista.
- iv) Um papel de facilitação da distanciação – Resume-se ao questionamento do estudante sobre o modo como age para realizar uma actividade ou resolver um problema, sobre o modo como utiliza o que conhece e os recursos que estão à sua disposição, na exploração conjunta dos passos e erros de conceptualização que desenvolve, o que leva à tomada de consciência da relação que estabelece com o saber e auxilia na descoberta das representações que constrói a partir das tarefas a realizar.
- v) Um papel de pôr em confronto – Trata-se do confronto com os modos de agir de outros estudantes. A tomada de consciência das suas próprias estratégias cognitivas muitas vezes produz-se pelo confronto com as dos seus pares.
- vi) Um papel de articulação – Consiste em pedir aos estudantes para procurarem domínios de utilização do que aprendem, estabelecendo, assim, “pontes” em relação a contextos possíveis de aplicação.

Le Boterf (2005) acrescenta que, para ajudarmos a pessoa (neste caso o estudante), a desenvolver as suas competências, devemos ter em conta os eixos da actividade e da distanciação, uma vez que considerar apenas um deles pode implicar os seguintes desvios:

- i) Ter em conta unicamente o eixo da actividade e do sucesso é correr o risco de fechar a pessoa na repetição de uma competência contextualizada. A competência adquirida transforma-se numa competência de rotina, onde a pessoa é “treinada” para actuar em circunstâncias bem definidas, a sua flexibilidade é muito limitada, logo a plasticidade da competência é fraca.
- ii) Tomar em conta unicamente o eixo da metacognição é encontrar os limites da educação cognitiva. A experiência em métodos do pensamento, nomeadamente de resolução de problemas ou de raciocínio, independentemente do âmbito da sua aplicação, não abre o horizonte à negociação. Aprender a resolver um problema não é um processo linear de mera descrição dos factos e descoberta de soluções, por isso, é necessário

que exista reflexão sobre a situação mas também negociação, flexibilidade e transferabilidade.

Por vezes a competência não é directamente perceptível, implica raciocínios, conceitos e estruturas mentais que permitem gerir situações profissionais complexas e não apenas a execução de tarefas repetitivas. A competência não é a actividade, é o que contém a actividade; é um esquema operativo, um esquema de conduta, uma estrutura geral da acção, consolidada pelo exercício e aplicada a situações que variam em função das alterações do meio (sistema dinâmico). A competência tem de ser exercida repetidamente para que possa ser reconhecida como tal (constante e perpétua) e permita adaptar-se a um conjunto de situações (adaptabilidade). Ela deve evoluir ao longo do tempo através de um dispositivo de auto-controlo. É um esquema operativo, mais ou menos complexo, que tem como características a flexibilidade e a plasticidade e que assenta no saber combinatório e na disposição para agir.

O profissional competente é aquele que, não só é capaz de agir com pertinência perante uma situação particular, mas que compreende o porquê e o como da acção. Nesse sentido, ele deve possuir uma dupla compreensão: a da situação na qual intervém e a do seu próprio modo de agir.

Adoptando o modelo construtivista da competência, parece claro que esta se sedimenta no tempo, ao longo de um percurso pessoal e profissional que será, naturalmente, feito de experiências e de projectos, de estudos e de actividades, de envolvimento operativo, afectivo, e espiritual. Em última instância, dado que a aquisição de conhecimentos é feita em situação, inscreve-se num processo de socialização. Por isso, designa-se de construção como se se tratasse de um edifício nunca acabado e que pode ser ampliado e melhorado diariamente. Nesse sentido, um enfermeiro é competente quando reúne todos os saberes, ou seja, quando presta cuidados de enfermagem que englobem as vertentes científica, técnica e relacional da profissão.

Por vezes, parece que nos estamos a repetir mas esta ligação entre as diversas dimensões da profissão de enfermagem e a sua reunião numa competência profissional não é tão simples ou linear como pode parecer. O saber e o saber fazer são passíveis de serem ensinados enquanto o saber ser, que nos permite atender à vertente relacional, se desenvolve de modo intrínseco em cada um. Precisamos de pensar, de reflectir em quem somos, o que queremos e para onde projectamos ir. Exige reflexão sobre o vivido e treino pessoal, assim como um esforço consciente para

modificar os nossos comportamentos e atitudes. Crescer é um processo moroso e doloroso pelo que a vertente do saber ser é mais uma vertente de ser e de tornar-se, de se ir transformando ao longo do crescimento pessoal e profissional, de acordo com aquilo que se pretende vir-a-ser.

A maturidade profissional é algo que se vai adquirindo ao longo dos anos de exercício, é algo que se vai modificando ou aprimorando na forma de cada um estar na profissão. A maneira como se encara o que é ser enfermeiro é diferente com uma semana ou com cinco anos de experiência profissional. A própria noção do que os utentes esperam do enfermeiro e valorizam no seu cuidar vai sendo transformada pelas experiências vividas e reflectidas.

Mas, para que o enfermeiro melhore as práticas profissionais, é necessário que consiga ganhar distanciamento. O distanciamento profissional não é uma simples observação passiva, uma simples recolha de dados; implica concentrar-se, deliberar, meditar, examinar e estudar. Ela corresponde à reflexividade e consiste no afastamento em relação às práticas profissionais, de modo a explicitar a forma como se actuou para moldar e desenvolver os seus esquemas operatórios no sentido de os poder transferir ou transpor para novas situações.

Le Boterf (2005) baseia-se nos estudos de Kolb (1984) e Piaget (1995) para explicar o desenvolvimento de competências através da aprendizagem pela experiência baseada na reflexividade, afirmando que esta ocorre em quatro momentos, segundo um ciclo que denomina de “*sistema de aprendizagem experimental*” (p.49) e que se encontra representada no esquema que se segue (fig.6).

**Figura 6.** Sistema de aprendizagem experimental



(Reproduzido de Le Boterf, 2005:49)

Le Boterf (2005) referencia que o sistema de aprendizagem experimental evidencia quatro momentos segundo os quais ocorre a aprendizagem: o momento da experiência vivida, o momento da explicitação, o momento da conceptualização ou da modelização e o momento da transferência ou da transposição para novas situações.

**O momento da experiência vivida**, segundo Le Boterf (2005), é o ponto de partida indispensável e corresponde ao “pôr em situação”, o que quer dizer que a pessoa, neste caso o estudante, responsabiliza-se pela acção, confronta-se com a abordagem de acontecimentos, com a correcção de incidentes, a resolução de problemas, a condução de projectos e a realização de actividades, entre outros.

Neste momento, o estudante não está necessariamente consciente da sua acção. Pode ter êxito ou fracassar, sem conhecer as verdadeiras razões do sucesso ou insucesso e, pode agir sem aprender ou aprender muito pouco porque pode adquirir rotinas que ficam limitadas à repetição da acção no contexto de trabalho. É, então, necessário que o estudante tenha oportunidade para agir para que todo o ciclo de aprendizagem possa ser desencadeado.

**O momento da explicitação** corresponde ao primeiro tempo da reflexividade e consiste em narrar o que se passou na experiência vivida, é o primeiro distanciamento. Le Boterf (2005) refere que narrar não se limita apenas a fazer uma descrição mas em transformar os acontecimentos em história, dar-lhes um espaço numa totalidade inteligível. Para isso, tem de existir um cenário, a apresentação e o posicionamento dos actores e a instalação de uma intriga a partir de um enredo, é o desenrolar real da acção. O que significa que há necessidade de descrever o percurso, propor uma versão dinâmica dos factos, situar a intervenção dos actores e não só dos factores, distinguir as etapas e os pontos-chave e raciocinar em termos mais sólidos do que aparentes. Contar supõe, também, que a pessoa descreva, de forma muito específica, o que foi feito para agir, porque o modo de agir é parte integral da acção.

Segundo Piaget (1995), esta etapa corresponde à reflexão, à passagem da acção para palavras. Muito embora, reflectir o vivido não seja o mesmo que reflectir sobre o vivido, ele constitui-se como um preliminar necessário, já que este momento prepara o da reflexão, fornecendo os materiais que permitem tornar a acção inteligível. É a partir do (re)contar da acção que podem ser retiradas as inferências sobre os processos cognitivos que foram postos em prática. É preciso tornar a acção consciente para fazer dela um objecto de reflexão. E tomando a acção a forma de uma narrativa esta torna-se no que Paul Ricour designa de uma “acção com sentido”, uma

acção que a pessoa pode desempenhar de tal modo que aquela que a recebe aceita-a como inteligível (Ricoeur, 1991).

Neste momento, que corresponde ao primeiro momento de distanciação, o estudante passa do “eu faço, eu ajo” para o “eu descrevo como consegui fazer e agir”. Mas esta acção de descrever não pode ser confundida com uma simples reflexão, tem de existir uma distanciação, uma reinterpretação, uma abstracção reflexiva. Por vezes, o estudante tem dificuldade em realizar a explicitação da narração sozinho, por isso, a experiência demonstra que é necessária a presença de um mediador, um *coach* (Le Boterf, 2005). O mediador deve actuar num clima de confiança que permita ao estudante aceder com uma maior lucidez à sua própria imagem e actuação.

O **momento da conceptualização ou da modelização** é o de reconstrução para se chegar a modelos, é um novo patamar de reflexividade. Este momento de reflexão consiste já em construir esquemas operatórios, modelos cognitivos que conduzem à compreensão dos problemas da prática profissional. Não se pretende só descrever mas explicar, reformular em termos gerais e proceder a um trabalho de elaboração teórica. Não se trata de produzir teorias científicas mas de um saber pragmático.

Este movimento de produção de conceitos consiste em: i) libertar-se do efeito do contexto (para produzir invariáveis<sup>13</sup>); ii) aceitar perder os pormenores; iii) construir modelizações (formalizações que permitam a sua aplicação a um tipo de situações); iv) encontrar um bom nível de abstracção.

Não nos podemos esquecer que este movimento de reflexão (conceptualização) é, acima de tudo, um movimento de construção.

O **momento da transferência ou da transposição para novas situações** consiste em agir sobre as bases ou modelos elaborados na fase prévia, é a recontextualização. Consiste em pôr à prova a realidade dos conceitos e das teorias acerca das acções e interpretá-las à luz dos novos contextos de intervenção, o que leva a agir ou a reagir, tendo em conta as lições da experiência.

Esta operação pode ser mais ou menos importante, pode tratar-se da simples transferência para uma situação semelhante ou do mesmo tipo de situações anteriores, a partir das quais foi efectuado o trabalho de modelização. Nesse caso, dá-se a *assimilação* dos novos dados pelo esquema operatório, o trabalho de

---

<sup>13</sup> Invariável é o que fica estável quando tudo muda (Piaget, 1972).



acomodação será fraco e a combinatória de recursos (conhecimentos, saber fazer, saberes capitalizados...) a pôr em prática aproximam-se dos precedentes.

Se a nova situação difere muito das precedentes, o estudante tem de realizar modificações importantes nos esquemas operatórios, dando-se uma *acomodação*. São adquiridos novos saberes, o saber fazer evolui, existem saberes que perdem a sua pertinência, as combinatórias de ligação dos saberes são reconstruídas, o que equivale a que exista, não apenas transferência de saberes mas, também, transposição.

O trabalho de retorno à prática após efectuada a reflexão da situação é, sobretudo, um trabalho de acomodação, de reconstrução dos esquemas operatórios e dos acontecimentos. Ele acarreta um questionamento constante das estruturas e conteúdos existentes, uma vez que a reconstrução exige uma desconstrução das representações e concepções que o estudante tinha acerca da situação, facto que só faz sentido quando ele possui uma ideia clara do interesse que tem em realizar a aprendizagem, quando se apercebe do verdadeiro valor do que está em jogo e do seu sentido.

Este momento pode contar com contributos externos à experiência imediata como o confronto com exigências, o modo de pensamento ou contribuições teóricas complementares. A transferência ou transposição para um novo contexto não é uma mera operação de generalização, ela consiste num processo particular que assenta em variáveis resultantes de um trabalho de abstracção e generalização. A transferência ou transposição constroem-se à volta de esquemas combinatórios de recursos onde intervêm dois tipos de memória:

- i) Memória de trabalho – é a força que invoca à memória, a longo prazo.
- ii) Memória a longo prazo – é muito diversificada: auditiva, visual, afectiva, conceptual, processual, etc. Os modos de se recordar cobrem uma larga gama. Aqui, os conhecimentos são organizados por esquemas, teorias, regras, blocos de informações, sendo mais facilmente mobilizáveis. Como ela é semântica, permite reter informações sempre que estas se articulam com outras que lhe dão sentido e quanto mais as competências e conhecimentos são organizados na memória, mais facilmente são acessíveis. Quando os conhecimentos e as competências modificam a memória a longo prazo, podemos afirmar que ocorreu aprendizagem.

Estes quatro momentos do sistema de aprendizagem que foram apresentados, e que estão representados na figura 6, dão uma visão global do processo de aprendizagem experimental de desenvolvimento de competências e das exigências de reflexividade que ele implica. Como vimos em capítulos anteriores, existem outros autores, tais como Abreu (2001, 2003, 2007), Argyris (1980, 1994), Dewey (1991), Kolb (1984), Lewin et al. (1939) e Schön (1983, 2000), que graças aos seus trabalhos nos explicam que a aprendizagem se processa de maneira cíclica, em que o sujeito é autor da sua própria aprendizagem porque aprende a aprender.

O momento da transferência ou da transposição para novas situações é o mais complexo de todos os momentos, uma vez que não se trata de transportar um mero saber fazer ou uma competência como se se tratasse de transportar um objecto. Há transferência, porque a pessoa considerou que essa situação podia constituir uma oportunidade de reutilizar uma aprendizagem adquirida. A transferência não deve ser procurada nas competências, no saber fazer ou nos conhecimentos, mas na capacidade para estabelecer ligações, construir conexões entre duas situações. É uma intenção transversal que permite tratar novas situações que permitam utilizar o que já é conhecido e dominado.

Aprender a fazer requer, do estudante, a habilidade de colocar em prática o seu conhecimento e saber aplicar esse conhecimento à realidade da profissão. Esta habilidade não significa, apenas, saber executar determinada tarefa, mas também saber como executá-la utilizando a criatividade, as evidências científicas e a ética, transformando o progresso do conhecimento em novos empreendimentos. Muitos professores e tutores acreditam que o saber fazer é primordial no processo de formação, ou seja, se o estudante demonstra adequadamente a prática do conhecimento, pressupõe que o domínio cognitivo também foi alcançado.

Para a formação integral do estudante, “aprender a ser” é essencial para que ele adquira uma postura condizente com a formação que irá obter. Para professores e profissionais o “saber ser” corresponde ao profissional responsável, neste caso particular, ao futuro profissional responsável. No entanto, “aprender a ser” envolve características mais complexas e mais difíceis de serem trabalhadas com os estudantes. Actualmente, os cursos de licenciatura demonstram grande preocupação com a postura dos seus estudantes, tanto durante a frequência quanto na conclusão do curso.

O saber ser tem como objectivo principal desenvolver, no estudante, atitudes e condutas adequadas à sua futura profissão, estimulando o pensamento autónomo e crítico sobre o conhecimento adquirido e as evidências científicas encontradas. Diante de um conhecimento adquirido e praticado, espera-se que o estudante adquira competência para formar o seu próprio juízo, decidindo, por si próprio, como agir em diferentes circunstâncias da vida (Antunes, 2001). Neste sentido, podemos considerar que a aprendizagem efectiva envolve três domínios básicos: cognitivo, psicomotor e afectivo que, de forma integrada, podem ser denominados de competências na aprendizagem.

O desenvolvimento de competências ocorre em paralelo com o processo de aprendizagem e centra-se nas capacidades dos estudantes para regularem a sua própria aprendizagem. À escola e às instituições prestadoras de cuidados de saúde compete educar os estudantes para que eles saibam, de forma autónoma, crítica e motivada, assumir um papel construtivo nas suas próprias aprendizagens ao longo da vida. Para que esta finalidade possa ser atingida é imprescindível estimular o desenvolvimento de competências de auto-regulação.

Os estudantes devem ser ensinados a compreender e utilizar os recursos pessoais que lhes permitem reflectir sobre as suas acções, exercer um maior controlo sobre os seus próprios processos de aprendizagem e reforçar as suas competências para aprender. A aprendizagem auto-regulada é percebida como um processo do comportamento que envolve a definição de objectivos no qual o estudante dirige as acções no sentido do cumprimento desses objectivos, por isso engloba uma componente cognitiva, metacognitiva, motivacional e comportamental (Zeidner, Boekaerts e Pintrich, 2000; Zimmerman, 1998a).

Nesta perspectiva, salientar o papel das estratégias de aprendizagem é destacar o papel activo que o estudante exerce no seu desempenho, uma vez que, ao tomar consciência da existência, aplicabilidade e utilidade da acção a desempenhar e ao regular a sua compreensão, emoções, comportamento e ambiente, ele aprimora a sua *performance*. É, então, necessário que o estudante esteja: i) consciente dos seus recursos e dos seus limites cognitivos; ii) consciente das exigências da tarefa; iii) consciente das estratégias úteis para resolver o problema (Silva et al., 2004).

De uma forma geral, verifica-se que os autores que se dedicam ao estudo da aprendizagem regulada pelo próprio, consideram que a auto-regulação se processa através de diferentes fases, muito embora, de acordo com o autor em questão,

apresentem divergências nos processos sobre os quais cada uma das fases assenta. Consideram-se, então, fases da auto-regulação: a fase de antecipação e preparação, a fase da execução e controlo e a fase da auto-reflexão e auto-reacção.

A *fase da antecipação e preparação* é influenciada pelas crenças motivacionais como as crenças de auto-eficácia, as expectativas de resultado e as orientações motivacionais. O grau de envolvimento manifestado pelo estudante na execução de uma tarefa depende das crenças sobre as competências pessoais para a executar bem (expectativas de auto-eficácia), das crenças sobre os resultados que pode alcançar (positivos ou negativos) e das percepções de sucesso, o que pode levar a: investir na tarefa, considerar que o sucesso depende apenas das capacidades superiores que possui, evitar a tarefa. A importância e o valor que o estudante atribui à situação de aprendizagem são outras variáveis que podem influenciar o grau de empenho na tarefa (Dweck, 1986; Nicholls, 1984; Pintrich e Schrauben, 1992; Silva et al., 2004).

Durante a *fase de execução e controlo*, os estudantes põem em acção os processos que acompanham a concretização do plano delineado anteriormente e que ajudam a dirigir a acção. Nesse sentido, torna-se necessário que o estudante dê atenção ao que está a executar, ou seja, o estudante tem de envolver a observação, tomar consciência das intervenções que terá de realizar, dos procedimentos que terá de adoptar e dos resultados que deverá obter. É nesta fase que o estudante tem a concepção de si e dos outros, e usa estratégias de controlo da atenção, de controlo emocional e de controlo do ambiente de aprendizagem (Bandura, 1986; Kanfer e Gaelick, 1986; Silva et al., 2004).

Na *fase da auto-reflexão e auto-reacção* distinguem-se os processos de auto-avaliação, avaliados por pensamentos como as atribuições, os padrões auto-impostos e as auto-reacções positivas ou negativas que vão influenciar os processos de adaptação. Os processos reflexivos envolvem o juízo sobre os resultados alcançados e os desejados e pressupõe a eficácia percebida sobre a comparação dos comportamentos realizados com os comportamentos considerados padrão. O juízo sobre os resultados alcançados é influenciado por variáveis metacognitivas (concepções sobre o próprio, sobre a tarefa e sobre as estratégias), motivacionais (expectativas de eficácia, atribuições casuais), volitivas (gestão do tempo, persistência) e também pelo *feedback* recebido, ou seja, pelas comparações que os estudantes podem fazer entre a realização obtida e a desejada por si ou por outros

(familiares, colegas, tutores) (Bandura e Locke, 2003; Garcia e Pintrich, 1994; Zimmerman, 2000).

A auto-regulação é, então, encarada, segundo três directrizes: i) grau de envolvimento activo no processo de aprendizagem (incluindo as vertentes metacognitivas, motivacionais e comportamentais); ii) processo cíclico de mudança de comportamento (que envolve o planear, o controlar a eficácia, a vontade de se envolver na tarefa e a reflexão sobre os resultados obtidos); iii) dependência de aspectos motivacionais (o que afectará o grau de envolvimento activo, podendo relacionar-se com as estratégias de controlo e com as crenças na sua aplicabilidade) (Costa, 2001).

Para Figueira (1994) e Sousa (2006) a auto-regulação é encarada como um mecanismo complexo que envolve múltiplos componentes: cognitivos, metacognitivos, comportamentais e motivacionais que se relacionam com o planeamento, formulação de objectivos, auto-monitorização, organização e auto-avaliação, pressupondo o conhecimento de si e da actividade a desenvolver.

No contexto clínico, muitos alunos sentem-se frustrados pela dificuldade de recordarem conhecimentos adquiridos previamente, e de serem incapazes de os aplicar na situação da prática em questão. Por sua vez, os tutores ficam surpresos com os estudantes que, da componente teórica, parecem ter retido tão pouco. O problema talvez esteja na separação entre a aprendizagem clínica e o ambiente em situação em que a mesma será aplicada. Por isso, há uma forte tendência para se colocar o estudante em acção precocemente, tendo-se o cuidado de criar um ambiente propício à aprendizagem, que envolva as componentes cognitiva (o que aprender), afectiva (motivação para aprender) e metacognitiva (como aprender).

Na verdade, a competência surge “*do saber encadear e mesmo saber improvisar o encadeamento*” (Le Boterf, 1997:62). Um enfermeiro competente não é aquele que aplica a todos os utentes a mesma tarefa, o mesmo comportamento, ele deve modelar a sua estratégia de acção, em função da situação particular que encontra. O enfermeiro tem que saber optar e organizar um conjunto coerente de conhecimentos e capacidades face a uma situação particular e prestar cuidados de enfermagem adequados, personalizados e individualizados. Para isso, desde o início da sua formação, ele deve utilizar estratégias de desenvolvimento de competências e de auto-regulação da sua aprendizagem. Só a reflexão estimula a aprendizagem e o desenvolvimento dos processos de pensamento, no seu teor mais afectivo e

motivacional, que permitem ao estudante o conhecimento sobre si próprio e sobre os outros no sentido de delinear as estratégias mais favoráveis para a resolução de problemas.

#### 4. DESENVOLVIMENTO DO PENSAMENTO ÉTICO EM ENFERMAGEM

A juventude, assim como a adolescência, é um tempo de oportunidades e de riscos. Os jovens estão no limiar do amor, do mundo do trabalho e da participação na sociedade adulta. Além disso, é também uma altura em que alguns jovens se envolvem em comportamentos que fecham as suas opções e limitam as suas possibilidades. É um tempo de transição, de passagem para uma idade em que ainda não se é adulto, é o caminhar para a adultez. Mas é também um tempo de aprendizagem, um tempo formativo envolvente que contempla a formação familiar, escolar secundária e superior, sendo essa a faixa etária em que se situa a formação inicial dos enfermeiros. A educação dos enfermeiros centra-se na formação de profissionais competentes, por isso existe uma preocupação com os métodos de ensino que auxiliem os estudantes a desenvolver o seu próprio pensamento, baseando-se na reflexão e autonomia na sua prática clínica.

Os estudantes precisam de abraçar valores e, ao mesmo tempo, estabelecer compromissos. Quaisquer que sejam as suas capacidades, precisam de descobrir o que devem realizar, o que podem fazer e sentir-se orgulhosos e realizados com o seu desempenho. Para isso, é fundamental que estabeleçam laços estreitos com os jovens da sua idade, e que sejam amados e respeitados pelo que são e pelo que significam, percorrendo um caminho que lhes permita encontrar o que muitos psicólogos designam por sentido do *self*, o sentido da sua consciência.

Este caminho que os estudantes têm de percorrer, já iniciado nos anteriores anos de vida, não é fácil e pode repercutir-se na formação dos mesmos. Eles olham para os colegas como companheiros de luta pela independência e profissão, mas ainda se voltam para os pais e professores, procurando orientação e apoio. No campo do desenvolvimento do pensamento ético, muitas e complexas dúvidas lhes irão surgir, mesmo no que se refere aos valores que associam ao exercício da profissão. Essas dúvidas poderão dever-se a conflitos de valores pessoais, ou mesmo, ao desconhecimento acerca das particularidades do mundo do trabalho e dos dilemas morais, que surgem nas situações da prática clínica.

Várias teorias ligadas quer aos aspectos do desenvolvimento da moralidade quer aos da formação e aprendizagem têm surgido ao longo do tempo. Todas elas com o objectivo de melhorar as práticas de acompanhamento e formação, de modo a contribuir para o crescimento positivo e expansão de capacidades que originam transformação no comportamento do indivíduo. Certamente que todas as teorias contribuem para o

aumento das competências necessárias para uma intervenção de qualidade; no entanto, é importante que se tenha em conta que, ao domínio destas teorias, se deverá acrescentar uma base sólida de competências pessoais, sociais, relacionais, culturais e éticas para além das técnico-científicas e metodológicas.

No contexto da ética, a pessoa do profissional é um elemento central: a sua sensibilidade, a sua motivação, os seus valores e juízos morais são decisivos para se concretizar uma *praxis* claramente identificável que demonstre o seu carácter único e específico. Só assim será possível executar uma prática responsável elevando os padrões de qualidade de cuidados da profissão.

#### **4.1. Desenvolvimento moral do estudante de enfermagem**

O jovem, ao transitar para o ensino superior, vai deparar-se com alterações que irão interferir na sua vida pessoal e social; alteram-se os papéis e, por isso, passa a ser responsável pela sua formação. O grupo de colegas também se vai alterar, assim como, toda a comunidade escolar; novas regras irão surgir, assim como novas responsabilidades: é o início da adultez. Neste período, o jovem vai deparar-se com uma realidade diferente da habitual, na qual vai assumir responsabilidades e ocupar um papel distinto do que tinha enquanto estudante do ensino secundário.

Nesta óptica, o estudante assume novos papéis, assume o desempenho de funções diferentes, mais complexas e de maior responsabilidade, passa a ser o responsável pelo seu percurso de formação, adquire novos colegas, novos professores, insere-se num contexto escolar com metodologias de ensino-aprendizagem distintas, ou seja, passa por uma transição ecológica. Essa transição ecológica faz com que, necessariamente, o estudante altere a forma como age e como pensa ou sente.

A propósito das novas formas de conhecer, aprender e experienciar a realidade, Tavares, no seu livro *Formação e Inovação no Ensino Superior*, publicado em 2003, fala acerca da autonomia do estudante e refere que esta “*quer simplesmente dizer autogovernar-se, autodirigir-se de acordo com a sua própria norma ou seguir a ideia que está subjacente no interior de cada um de nós e que efectivamente nos trabalha*” (p.78). O autor acrescenta que qualquer processo de formação não pode acontecer de um modo efectivo e eficaz se não existir esse desejo, essa vontade de aprender, de descobrir, de ter, de ser, de sentir, de estar com os outros e de trabalhar em conjunto e em



colaboração. A formação deve, assim, ser descoberta por cada um provocando transformações na individualidade pessoal.

Vários psicólogos e psicanalistas, ao longo de décadas, dedicaram-se ao estudo das relações existentes entre a inteligência, a emoção e a personalidade com o processo de aprendizagem. Embora as explicações acerca destas relações, para nós, se apresentem complexas, o que é certo é que conseguiram provar que a personalidade é influenciada pela configuração do pensamento. Para alguns autores, como Cattell e Butcher (1969), as pessoas mais independentes, auto-suficientes intelectualmente, menos estáveis e mais radicais são, por norma, mais criativas. Os estudos efectuados por estes investigadores provam-nos que, independentemente do estadió de desenvolvimento em que o ser humano se encontra, este é sempre sensível aos estímulos com que se depara. Se os estímulos inexistirem, o comportamento, ainda que característico da espécie, não se desenvolve. A maioria destes investigadores desenvolveu os seus postulados dedicando-se a estudos realizados na infância e adolescência, que posteriormente foram prolongados até à idade adulta.

Como temos vindo a verificar nos capítulos anteriores, cada vez mais os enfermeiros são solicitados a tomarem decisões perante situações dilemáticas complexas que requerem sensibilidade a nível do seu juízo moral. Blasi (1995), Colby e Damon (1992), Forsyth (1980, 1981, 1985), Gilligan (1982, 1997), Kahn e Lourenço (1999), Kohlberg (1976, 1976a, 1968, 1984), Kohlberg et al. (1983), Lourenço (1996, 2000), Piaget (1972, 1973, 1995, 1998), Rest (1986), Shweder (1991) e Turiel (1983), são alguns dos muitos autores que dedicaram anos da sua vida à pesquisa empírica e à reflexão teórica sobre o desenvolvimento sócio-moral e o juízo moral, tendo criado, nas suas investigações, instrumentos que assumem que estes sofrem evolução durante os processos de formação.

De facto, moralidade e desenvolvimento moral andam em torno do justo e do injusto, do bem e do mal, do que deve e do que não deve fazer-se. E por mais que sejam polémicas, a categoria do bem, juntamente com as categorias do verdadeiro, do justo e do belo, são categorias filosóficas fundamentais, pois sem elas a vida não faria sentido e a humanidade correria, certamente, o risco de estagnação. Mas a dimensão do bem e do mal é, também, uma dimensão psicológica estruturadora das nossas relações com os outros e, igualmente, muito ligada ao conceito de justiça. A importância conferida à sua dimensão na educação em enfermagem reflecte, por um lado, um desejo da sociedade actual caracterizada por um pluralismo de valores cada vez mais competitivos e de

conflitos difíceis de conciliar e, por outro, o reconhecimento da importância dos aspectos cognitivos, afectivos, sociais e éticos na estruturação da personalidade.

Piaget (1973), na sua perspectiva construtivista sobre o desenvolvimento moral, refere a existência de duas “morais”, a moral do bem e a moral do dever; e identifica dois tipos de moralidade: a heterónoma e a autónoma. A moralidade heterónoma prevalece em crianças até aos 8/9 anos de idade e baseia-se na obediência, constrangimento, respeito unilateral e no medo do castigo, ao passo que a autónoma é predominante a partir dos 11 anos e baseia-se na cooperação, no respeito mútuo, na reciprocidade e no acordo. Mas Piaget, no seu estudo sobre desenvolvimento moral, estabelece um paralelismo entre obrigação moral e necessidade lógica. Para o autor, a necessidade lógica (moral do pensamento) impõe uma obrigação moral (lógica da acção), facto que implica aquilo a que ele designa por “universalismo lógico” (as verdades lógicas nunca devem ser violadas). Com o paralelismo, Piaget mostra que as construções cognitivas caminham a par com a constituição dos sentimentos, ou seja, para ele o desenvolvimento intelectual e o desenvolvimento da afectividade caminham num mesmo sentido, sendo que o aparecimento de sentimentos morais leva ao desenvolvimento de um processo mais alargado que é o desenvolvimento da afectividade.

Piaget chamou a atenção para o facto de considerar a sua teoria um Kantismo evolutivo. Kant (2001) considera que todo o ser humano é capaz de agir eticamente, enquanto, para Piaget, todo o ser humano se pode tornar capaz de ter acções morais, graças às trocas que estabelece com o meio. Para Kant (2001), a moral é um pilar elementar e integrante do desenvolvimento humano, é algo que todo o ser possui na sua essência de humano; para Piaget (1998), a pessoa *a priori* traz consigo todos os elementos necessários à elaboração de uma consciência moral; contudo, a moral é algo inacabado, ou seja, é algo que se vai construindo ao longo do tempo, que se constrói em estreita conexão com o meio social porque sofre grande influência das relações que estabelece com os indivíduos com que se relaciona.

Nos seus estudos, Piaget (1998) verificou que as crianças que se encontravam no estadio da moralidade heterónoma consideravam que o pior comportamento estava relacionado com a maior extensão das consequências; ao passo que as crianças mais velhas, no estadio da moralidade autónoma, reconhecem a intenção com que é praticado o acto. Com isto, Piaget concluiu que os juízos morais imaturos apenas se centram no grau da ofensa, enquanto os de maior maturidade consideram a intenção.

A abordagem cognitivo-desenvolvimentista da moralidade em Kohlberg (1984), inspirada fortemente no trabalho de Piaget, defende que a benevolência nem sempre pode resolver conflitos de interesse e que a justiça é o princípio moral básico universalizável, não aceitando a existência de duas orientações morais distintas. Para Kohlberg (1984), a essência da moralidade reside mais no sentido da justiça do que propriamente no respeito pelas normas sociais ou mesmo morais; portanto, ela tem mais a ver com considerações de igualdade, de equidade, de contratos sociais e de reciprocidade nas relações humanas e menos a ver com o cumprimento ou violação de normas sociais ou morais. Nesta óptica, o que classifica uma acção moral não é só o resultado final da acção em si, mas acima de tudo, a razão que levou à sua acção. Nesse sentido, o desenvolvimento moral assume-se como uma construção do sujeito em interacção com o meio e não apenas como produto de doutrinação e influência desse mesmo meio, ou resultado de simples indução a partir de experiências passadas.

Nos seus estudos, realizados na sua maioria com adolescentes e jovens do sexo masculino, Kohlberg (1984) identificou três níveis de desenvolvimento do raciocínio moral, incluindo em cada um deles dois estadios diferentes. Cada estadio reflecte uma determinada orientação moral e ainda um diferente estilo de distinguir, coordenar e hierarquizar as diversas perspectivas ou valores em confronto.

Gilligan (1982) estudou a moralidade sob um ponto de vista ligeiramente diferente do de Kohlberg, na medida em que distinguiu uma moral vocacionada para a ética do cuidar que remete para a intimidade, relação e independência, presente, sobretudo, nas mulheres, e outra vocacionada para a justiça que remete para a separação, autonomia e independência, própria dos homens. Segundo a autora, a obra de Kohlberg (1984) sobre desenvolvimento sócio-moral comete uma grave omissão devido às suas consequências para as mulheres. Por causa da sua preocupação com o cuidado e a benevolência, as mulheres situam-se num nível inferior de desenvolvimento moral ao dos homens, que estão mais preocupados com os direitos e deveres. Neste sentido, Gilligan (1982) classificou a teoria de Kohlberg de sexista e machista.

Sem dúvida, Gilligan (1982) deu grande visibilidade à ética do cuidado e da responsabilidade pelo apelo e relevo que atribuiu às histórias de vida e às narrativas pessoais, em conjunto com o recurso a dilemas de vida real, como formas de aceder e compreender as vivências e vicissitudes morais das pessoas. Contudo, Gilligan (1982), ao afirmar que as raparigas estão mais atentas ao cuidado do que à justiça, quis caminhar para a defesa da existência de uma “ética no feminino”. Porém, muito embora

tenha tido alguns seguidores das suas linhas de pensamento, não existem ainda dados consistentes que consigam comprovar esses pressupostos metaéticos. O que é certo é que, mais tarde, se verificou que o facto de as mulheres atingirem menores níveis de desenvolvimento moral não estava relacionado com a variável sexo mas sim com o seu grau de instrução. A autora mantém outras divergências com Kohlberg (1984), pois defende que a justiça e o cuidado são duas orientações morais diferentes, o que implica a existência de dois modos distintos de considerar o que é um problema moral e como resolvê-lo.

Os estudos de Gillian (1982) têm vindo a ser invocados por outros autores, de que são exemplos Day e Tappan (1996), Eisenberg e Fabes (1998), Kahn e Lourenço (1999), Kilkus (1990), Lourenço (1996), Tappan e Packer (1991) e ainda Watson (1990), referências a privilegiar na conceptualização da enfermagem.

Se Gilligan (1982) critica a obra de Kohlberg por não ter incluído na moralidade a ética do cuidado, Turiel (1983) critica-a por ter incluído no domínio da moral o domínio das convenções sociais. Segundo Turiel (1983), a teoria do desenvolvimento moral evoca dois domínios, o “moral” e o “convencional”, e afirma que:

*“...enquanto as prescrições morais têm a ver com obrigações baseadas nos conceitos de justiça, bem-estar e direitos e são analiticamente independentes dos sistemas de organização social [...], as convenções sociais são... consensos de conduta que regulam as interações do indivíduos dentro dos sistemas sociais” (p.36).*

Para o autor, o erro de Kohlberg (1968) baseou-se no facto de colocar a orientação para as convenções e expectativas sociais, não como uma orientação em relação a um domínio distinto do moral, mas a um nível ou patamar de desenvolvimento dentro do domínio da moralidade e defende que tal facto faz ainda mais sentido, uma vez que as evidências (Nucci, 1981; Smetana, 1985; Tisak e Turiel, 1988) demonstram que crianças com 4-5 anos já distinguem claramente transgressões morais (ex: empurrar um colega) de transgressões convencionais (ex: ir de pijama para a escola). Turiel (1983), na sua teoria, defende que a criança desde muito nova é um filósofo moral intuitivo, é alguém que já é capaz de incorporar no seu raciocínio elementos de autonomia moral estando, portanto, muito longe da ideia da moralidade heterónoma de Piaget ou da ideia de pensamento moral pré-convencional de Kohlberg.

Assim como Kohlberg, Rest (1986) defende uma tese desenvolvimentalista da moralidade, descrevendo quatro componentes como necessárias à acção moral: a sensibilidade moral, o raciocínio moral, o compromisso ou motivação moral e o carácter

moral. No que diz respeito à *sensibilidade moral*, o autor considera que, perante uma situação particular em que existe um problema moral, as pessoas empáticas que tomam a perspectiva dos outros (*role-playing*) são naturalmente capazes de demonstrar níveis elevados de sensibilidade moral. Quanto ao *raciocínio moral*, o autor defende que a pessoa deve ser capaz de raciocinar acerca de uma situação fazendo um juízo acerca da mesma, de forma a verificar se o curso de acção está moralmente correcto. Tendo em conta o *compromisso ou motivação moral*, em situações de sobreposição de diferentes valores, a pessoa deve dar prioridade aos valores morais, em relação ao *carácter moral*; advoga que as experiências passadas na infância influenciam o desenvolvimento moral, assim como todo o processo formativo inicial e contínuo.

Em 1989, Sharp, um psicólogo interessado na orientação moral, concluiu que as pessoas que frequentemente se questionam acerca dos juízos que devem ou não ter, frequentemente divergem em várias das suas atitudes essenciais. Também notou que pessoas com características aparentemente semelhantes, ao fazerem juízos acerca de uma mesma pessoa chegam, por vezes, a conclusões divergentes. Muito embora o autor refira falta de consenso relativamente às deliberações morais, incluindo nesta fatia as filosofias morais, menciona, também, que estas simplesmente são incorrectas e irreflectidas, referindo ainda deverem-se unicamente a diferenças puramente individuais. Para Sharp (1989), uma pessoa que comenta uma decisão moral acerca da moralidade de outra baseia a sua decisão no seu sistema individual ético. O autor defende, assim, que as discordâncias no que concerne à moralidade são necessariamente devidas a sistemas éticos pessoais distintos.

Estudos posteriores deram suporte ao estudo efectuado por Sharp (1989), alegando que as variações morais devem ter em consideração o exame atento do juízo moral. Embora alguns desses estudos se baseiem em instrumentos de colheita de dados diversos, todos eles descrevem a existência de diferenças na filosofia moral individual (Hogan, 1970, 1973; Kelman e Lawrence, 1973; Kohlberg, 1968, 1976, 1983; Rest et al., 1974).

Schlenker e Forsyth (1977) são dois autores que também se dedicaram ao estudo das questões do desenvolvimento moral, mas sob um ponto de vista um pouco diferente; admitiram que as variações individuais relativas ao juízo moral podem ser descritas primorosamente tendo em conta dois factores básicos ou dimensões. A base de pensamento destes autores baseou-se nas respostas do juízo dos indivíduos, tendo-se verificado que algumas pessoas rejeitam a possibilidade de formular ou confiar em regras

morais universais quando tiram conclusões sobre perguntas morais, enquanto outras acreditam nelas e fazem uso absoluto da moral quando fazem os seus juízos. Da mesma forma, alguns indivíduos possuem uma orientação idealista assumindo que se pode obter sempre uma acção correcta, ao passo que outros, com uma orientação menos idealista, admitem que existem consequências indesejáveis que deverão ser articuladas com as desejáveis (Forsyth, 1980).

Com base nestes postulados, Schlenker e Forsyth (1977) desenvolveram uma escala psicométrica, o *Ethics Position Questionnaire* (EPQ), que pretende avaliar a ideologia ética em termos dessas duas dimensões: i) relativismo, ou rejeição do indivíduo em aceitar a existência de regras ou moral universal; e ii) idealismo, ou o grau pelo qual o indivíduo é influenciado pelas consequências de uma acção. Estas dimensões foram derivadas da investigação empírica de três diferentes perspectivas da filosofia moral: deontologia, teleologia e cepticismo.

Na perspectiva de Forsyth (1985), os idealistas assumem um comportamento em que julgam as acções muito severamente como “éticas” ou “não éticas” e, normalmente, apresentam uma grande aptidão para a ética do cuidar (Forsyth, Nye e Kelley, 2001). Nas suas características, os idealistas são pessoas que se preocupam com os ideais que defendem como sendo “a acção correcta”, “o maior bem para o maior número de pessoa”, “o bom”, “o certo”, “o melhor”. Os idealistas têm uma forte preocupação com o bem-estar do outro; por isso, é muito provável que se preocupem mais em avaliar as consequências de uma acção para os outros e considerem os possíveis danos que estes possam vir a ter como resultado, do que em procurar a justificação ou as causas da acção. Para eles, causar dano aos outros é sempre evitável. Relativamente ao “comportamento eticamente errado de informar alguém”, o idealista pode julgar isso como um modo aceitável para proteger os interesses dos outros contra as acções do malfeitor. Existem estudos empíricos que são pertinentes com esta perspectiva. Por exemplo, o estudo de Trevino e Víctor (1992) demonstrou que os sujeitos julgaram favoravelmente o “comportamento eticamente errado de informar alguém” quando a acção errada teve como intenção proteger o grupo. Este achado indica que os indivíduos idealistas, por serem altamente sensíveis para preocupações com os outros, possam ser mais requeridos para efectuar juízos éticos, uma vez que defendem e protegem os interesses do grupo.

Por outro lado, os indivíduos altamente relativistas não são tão rígidos nos seus juízos no que concerne ao julgamento da acção como “ética” ou “não ética”. Isto acontece

porque acreditam que é impossível fazer juízos éticos precisos sobre o comportamento do outro sem o conhecimento de todas as circunstâncias específicas que conduziram à acção. Além disso, se o relativista considera uma acção particular justificável numa determinada situação, então ele será o primeiro a procurar observações convincentes necessárias para sustentar o comportamento a adoptar em cada situação particular, segundo uma evidência lógica, não existindo necessariamente a necessidade da demonstração nem da racionalidade da acção. Por exemplo, os indivíduos altamente relativistas não acreditam em morais absolutas; a eticalidade de uma acção depende das circunstâncias particulares que a envolvem e, tendencialmente, são indivíduos propensos para adoptar condutas consideradas “não éticas” a favor do seu próprio interesse (Forsyth e Nye, 1990). Isto sugere que a sua conduta pode ser concordante e motivada pelo ganho ou interesse pessoal e egoísmo face a outras pessoas. Boubon (2009) diz que existe o “bom relativismo” e o “mau relativismo” e que ambos se referem a construções humanas inspiradas pelo meio, espírito, paixões, interesses ou instintos; contudo, o mau relativismo é desprovido de fundamento.

Embora a ideologia ética pareça ser um preditor importante na determinação do juízo ético, existe alguma evidência empírica que mostra que o idealismo tem uma maior influência no juízo ético dos indivíduos nas culturas ocidentais que o relativismo (Barnett, Bass e Brown, 1996; Bass, Barnett e Brown, 1998; Barnett et al., 1998; Caswell e Gould, 2008; Davis, Andersen e Curtis, 2001; Douglas, Davidson e Schwartz, 2001; Forsyth, Nye e Kelley, 2001; Hartikainen e Torstila, 2004; Redfern e Crawford, 2004; Singhapakdi et al., 2008; Steenhaut e Kenhove, 2006). Nesse sentido, indivíduos cujas ideologias éticas estão identificadas como “idealismo” ou “não relativismo” é mais provável considerarem que a atitude “espionar” ou “enganar” é um acto não ético. Pelo contrário, indivíduos que acreditam que “informar alguém” ou “enganar” é uma acção ética, é mais provável que a concretizem. Assim, os indivíduos com alto *score* de relativismo tendem a ser considerados como “pouco éticos” e os que apresentam alto *score* de idealismo tendem a ser encarados como “muito éticos”, o que demonstra que a ideologia ética tem, efectivamente, influência na acção moral.

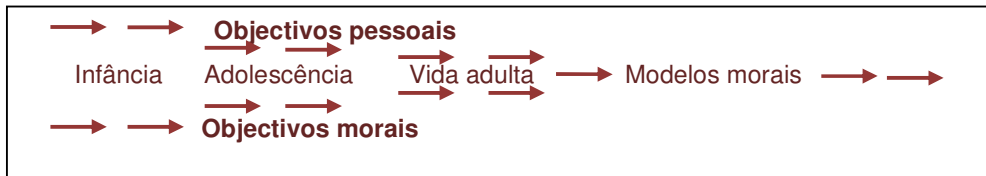
A grande maioria dos estudos efectuados sobre o comportamento moral não conseguiu identificar diferenças significativas a nível do juízo moral dos participantes quanto ao seu género. Contudo, foram reconhecidos alguns factores como determinantes da ideologia moral: i) factores individuais (Barnett, Bass e Brown, 1994; Caswell e Gould, 2008; Chiu e Erdener, 2003; Davis, Andersen e Curtis, 2001; Fernando, Dharmage e Almeida, 2008; Forsyth, Nye e Kelley, 2001; Hartikainen e Torstila, 2004; Henle,

Giacalone e Jurkiewicz, 2005; Kleiser et al., 2003; Redfern e Crawford, 2004; Singhapakdi et al., 2008; Steenhaut e Kenhove, 2006; Tian, 2008; Vitell e Singhapakdi, 1993); ii) factores situacionais (Forsyth e Berger, 1982); iii) factores sócio-culturais (Cui et al., 2005; Davis, Johnson e Ohmer, 1998; Forsyth, O’Boyle e McDaniel, 2008; McInteyre, Capen e Minton, 1995; Robertson et al., 2008).

Os contributos de Blasi (1995), Colby e Damon (1992) andam em torno da ideia de motivação moral e do lugar que, no entender de cada um dos autores, ela tem na teoria do desenvolvimento moral. De modo a ilustrar a importância da motivação no desenvolvimento moral, Colby e Damon (1992) efectuaram um estudo que envolveu adultos que, muito embora variando em termos de idade, etnia, religião e estatuto sócio-económico, tinham em comum o facto de todos serem considerados como “exemplos morais”, e onde se propunham identificar as razões que os teriam levado a ser altamente morais e profundamente comprometidos com o bem comum. Nas suas conclusões depreenderam que, para esses indivíduos, não ser moral seria o mesmo que perder a sua identidade e o sentido de si, ou seja, os autores identificaram a existência de uma ligação entre a identidade e a motivação moral.

Na teoria de Damon (1984), a motivação moral é algo que tem de ser tido em conta para se perceber por que razão é que ser moral é periférico para uns e central para outros. O desenvolvimento moral consiste, essencialmente, na integração de dois tipos de objectivos, pessoais e morais, objectivos que estão afastados e que na adolescência se aproximam. Esta aproximação, entre o domínio de si e da moralidade, tende a acentuar-se na vida adulta e a transformar-se em algo integrado e uno (fig. 7).

**Figura 7.** Aproximação de si e da moralidade com o desenvolvimento de Damon (1984)



(Reproduzido de Damon, 1984:347)

Em enfermagem, também alguns autores portugueses, de que são exemplos Lopes (2000) e Ribeiro (1995), têm efectuado estudos, baseando-se sobretudo no instrumento de avaliação do desenvolvimento sócio-moral de Kohlberg. Ribeiro (1995) desenvolveu um estudo intitulado “*Cuidar e tratar – Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*” em que pretendia analisar o desenvolvimento sócio-moral dos estudantes de enfermagem do 1.º e 3.º anos do Curso Superior de Enfermagem e



analisar as concepções dominantes desses estudantes acerca de cuidar e tratar. O estudo, realizado em 1995, com uma amostra de 148 estudantes revelou que o curso não foi eficaz no que respeita a uma concepção clara de enfermagem e do papel da enfermeira; contudo, os estudantes que apresentaram níveis mais elevados de desenvolvimento sócio-moral estavam predominantemente mais vocacionados para o cuidar.

Lopes (2000), no seu estudo sobre concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral, pretendia analisar as orientações dos enfermeiros acerca de “Enfermagem” e de “Bom Enfermeiro” e relacioná-las com o nível de desenvolvimento sócio-moral, à luz dos paradigmas da categorização, integração e transformação. Este estudo, desenvolvido em 1996, com uma amostra de 576 enfermeiros dos hospitais de Évora, Beja e Portalegre, revelou a existência de uma relação positiva entre o paradigma da transformação e o desenvolvimento do raciocínio sócio-moral dos enfermeiros. Tal como Ribeiro (1995) no seu estudo, Lopes (2000) afirma que as pessoas com um nível elevado de raciocínio sócio-moral têm tendência a serem, também, mais desenvolvidas do ponto de vista do cuidar, resultados que vão ao encontro dos propostos por outros autores (Benner, 2006; Bishop e Scudder, 1991; Juujarvi, 2006; Watson, 1985).

#### **4.2. A decisão ética: consciência moral *versus* acção moral?**

Do capítulo anterior sobressai a ideia de que a moralidade é de facto algo íntimo, particular ao ser humano que se desenvolve ao longo do processo de vida em comum, através de processos reflexivos de inter-relação com os outros. No desenvolvimento da moralidade interferem diversos factores, coincidentes com os da construção da identidade profissional, dos quais salientamos: o aumento da autonomia, a gestão de emoções e o desenvolvimento do sentido da vida, da competência e da integridade pessoal. Também verificamos que existem variações referentes ao juízo moral dos indivíduos, sendo que, uns confiam nas regras morais universais, enquanto outros defendem que existem sempre consequências indesejáveis que devem ser articuladas com as desejáveis, pressupondo a análise de cada caso em particular.

O conceito de dilema é central à prática da enfermagem. Diariamente, na sua prática, os enfermeiros vêm-se confrontados com uma diversidade de dilemas éticos que envolvem valores como a vida e a morte, a justiça, a autonomia, a dignidade, a qualidade de vida, a suspensão de tratamentos, entre outros tantos que poderiam ser enumerados.

Alguns autores, como Hamran (1992) e Kirkevold (1989), identificaram estes e também outros dilemas que geraram discussões acerca da sua resolução.

Um exemplo comum na actividade diária do enfermeiro, e que constitui um dilema com relevo ético, acontece quando existe uma divergência de opinião em que se assiste ao confronto da autonomia do utente com a responsabilidade do enfermeiro. Embora na literatura se encontrem algumas definições no que concerne a dilemas éticos, torna-se necessário adoptar um conceito que abranja não só a sua identificação mas também a forma como este poderá ser analisado, tendo como fim último a sua resolução. Hamran, em 1992, escreveu acerca das questões que se levantam ao profissional, como agente moral, na sua actividade diária, classificando-o como o “rei dos dilemas éticos”.

Como vimos no ponto anterior, nos últimos anos temos assistido a uma inquietação crescente acerca das preocupações de índole ética; por isso, actualmente, encontramos nos cursos de enfermagem a ética incorporada ou como disciplina autónoma ou integrada. Em enfermagem, tendo a ética uma componente teórica, um dos problemas frequentes com que os professores se vêem confrontados é como a poderão ensinar na prática clínica. Alguns autores propuseram modelos para avaliar a tomada de decisões éticas tendo em conta o juízo moral (Forsyth, 1980); outros, baseando-se nos modelos existentes, reconhecem a presença de factores pessoais e situacionais que moderam a tomada de decisão ética (Kohlberg, 1976; Rest, 1986); outros, ainda, consideram que as respostas aos dilemas éticos dependem da motivação moral (Blasi, 1995; Colby e Damon, 1992).

Cada vez mais, estudos que visam o desenvolvimento moral têm sido sucessivamente feitos e aplicados aos cuidados de saúde, de modo a direccionar as decisões éticas não só sob a forma de linhas orientadoras, mas também como fonte de conhecimento científico dedicando-se à abordagem dos problemas relacionados com a tomada de decisão em situação de conflito. De entre os autores do desenvolvimento moral, uns centram-se na importância dos princípios éticos; outros debruçam-se sobre consequências dos actos praticados pelos profissionais de saúde; existem ainda os que combinam os princípios e as consequências, destacando as últimas na utilidade esperada do acto em questão. Existem, também, alguns que preferem analisar a avaliação das virtudes que acompanham a dimensão técnica dos profissionais de saúde.

Foi a partir da obra de Nightingale, em 1969, que, recorrendo aos princípios hipocráticos da fidelidade e veracidade ao doente, surgiu a enfermeira profissional, figura em que são visíveis as virtudes morais que devem integrar toda a “boa enfermeira”. Faz

parte do trabalho diário e rotineiro das “boas enfermeiras” tomar decisões, e a tomada de decisão, em muitas situações, é feita sem ser acompanhada de uma perfeita percepção e reflexão sobre “o que” se está a fazer, “por que” se escolhe determinado procedimento e “como” se chega à decisão ou como se vai conseguir justificar a terceiros. O que é certo é que, em muitos momentos, o enfermeiro tem de decidir o que fazer, tem de actuar porque se depara com problemas urgentes que requerem tomar uma decisão. Muitas das decisões que tomamos envolvem aspectos morais, diríamos mesmo que a maioria de nós possui uma capacidade extraordinária para formular rapidamente juízos morais sobre problemas que nos apresentam nas situações mais práticas da vida e sobre as quais temos de tomar decisões.

Genericamente, quer a educação familiar quer a escolar, ou mesmo a influência do trabalho ou da sociedade em que estamos inseridos, proporcionam-nos uma panóplia de valores morais e regras de conduta social que, sem nos apercebermos, desenvolvemos e aplicamos na nossa vida diária através de um processo de aprendizagem por tentativa e erro. Desses valores e regras, adoptamos alguns como padrão habitual de comportamento, respeitamos outros como condição essencial de “boa convivência” com as outras pessoas, e outros, ainda, rejeitamos porque consideramos que não nos interessam. Seja qual for o nosso estilo de vida, as nossas decisões, acções e juízos morais representam e exprimem os nossos juízos de valor, a nossa forma de pensamento, a nossa consciência moral.

Existe uma diferença entre a consciência moral e a acção moral. Por exemplo, eu posso agir porque o não-agir acarreta consequências que não desejo para mim e, portanto, na minha liberdade de decisão opto por a actuação, independentemente da minha consciência moral defender precisamente o contrário. Neste exemplo, existe uma maneira de agir que está prevista de forma bem definida e que se impõe, e nós obedecemos a uma regra que nos é imposta e que nos proíbe de praticar a acção que a nossa consciência defende porque os costumes (hábitos) estabelecem a nossa conduta.

A consciência moral é composta por elementos assentes em virtudes, disposições fundamentais, estados de espírito que se encontram na origem do ser moral. Nesse sentido, formar-se moralmente é desenvolver-se, construir-se integralmente e pelos meios apropriados. Desse modo, não é necessário apresentar a moral como algo muito geral que se torna determinada na medida em que se faz necessário. Pelo contrário, devemos representá-la como um conjunto de regras precisas semelhantes a moldes com contornos bem definidos, nos quais se enquadra toda a acção humana. Essas regras não

são elaboradas no momento da acção, elas derivam de princípios mais elevados; já existem, já estão feitas, vivem e funcionam à nossa volta e constituem a realidade moral na sua forma mais concreta. O papel da moral é determinar a conduta e fixá-la à disposição individual. Sem dúvida, o conteúdo desses preceitos morais possui um valor que tende a regular as acções humanas (conduta humana).

Conduzir-se moralmente é agir em conformidade com uma norma, que determina a conduta a ser seguida antes mesmo que tomemos partido acerca do que devemos fazer. O domínio da moral é o domínio do dever e o dever é uma acção prescrita. Não significa que a consciência moral não possa defrontar-se com questionamentos; sabemos bem que ela, frequentemente, se perturba, que hesita entre partidos contrários. No entanto, o que é passível de questionamento é a regra particular que se aplica a uma dada situação e a forma como ela deve ser aplicada. Pois, como toda a regra consiste numa prescrição geral, ela não pode ser aplicada mecânicamente, sempre da mesma maneira em cada situação particular. É ao agente moral que cumpre determinar como deve ser particularizada.

A moral é, então, um sistema de regras que determina a conduta e reside inteiramente na consciência individual e é, essencialmente, constante desde que a observação não abranja um período de tempo demasiado extenso. Amanhã o acto moral deve ser o mesmo que hoje, não importa quais sejam as disposições pessoais do agente que leva a cabo esse acto. Portanto, a moral pressupõe certa aptidão para repetir a mesma acção nas mesmas circunstâncias e, por isso, pressupõe a capacidade de adquirir hábitos, uma vez que necessita de regularidade.

A consciência moral surge a partir da actividade que se acumula em nós, é uma espécie de expansão espontânea que vem de dentro para fora por meio de um impulso, da mesma forma que a inclinação ou a tendência. A regra, ao contrário, é na sua essência algo exterior ao indivíduo, não podemos concebê-la senão sob a forma de uma ordem, de um conselho imperativo que vem de fora, se impõe a nós, nos constrange e nos domina.

A consciência moral estabelece a linha de conduta a seguir, depende apenas de nós, pode ser por nós modificada, é uma vontade. Agir em consciência é agir de acordo com aquilo que defendemos, agir de acordo com as nossas inclinações e disposições naturais interiores e que se impõem a nós como uma força imperativa (virtude moral). Agir em consciência é obedecer ao preceito moral apenas por respeito a ele como um mandamento interior.

Quer queiramos quer não, constantemente formulamos juízos morais sobre o que normalmente consideramos certo ou errado ou sobre o que pensamos ser a melhor atitude face a uma determinada situação. Julgamos as nossas próprias atitudes e maneiras de ser, assim como as dos outros; contudo, nem sempre analisamos a situação na sua globalidade. A tomada de decisão perante situações morais exige transparência da verdade, coragem, dedicação, saber e competências, que têm de ser aprendidas e treinadas. A tomada de decisão ética pode ser difícil de executar bem e com método, mas para alguns autores o processo não tem segredos, apenas constitui uma forma especial de, entre outras, resolver problemas (Thompson, Melia e Boyd, 2004). Tal como acontece no processo de planeamento de cuidados de enfermagem, a tomada de decisão perante situações que envolvam juízos morais deve ser exercitada.

O processo de tomada de decisão pressupõe que o enfermeiro aplique os saberes e utilize a inteligência, a experiência e a sensibilidade às necessidades específicas da situação. Trata-se de uma competência do enfermeiro, inserida num domínio específico – Prática profissional, ética e legal – por isso, deve ser contextualizada. Os componentes do saber e da experiência podem ser directamente ensinados, mas a sensibilidade é algo que é mais adquirida do que ensinada. Esta visão é também partilhada pelas ideias de Aristóteles, que defende que uma pessoa equilibrada deve ter virtudes intelectuais e atitudes morais.

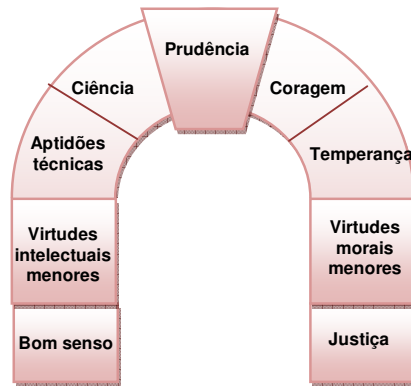
A aplicação da teoria moral para a resolução de problemas não garante que as decisões tomadas sejam sensatas ou moralmente correctas. O seguimento metódico de todos os passos de um método, a análise de uma decisão ou o planeamento de determinada acção, embora que de forma muito sistemática, garante apenas que as coisas sejam feitas de forma racional, permitindo justificar a actuação com mais clareza e coerência. Agir com responsabilidade significa ser capaz de responder e justificar o que fizemos. Somos responsáveis quando actuamos sob a égide de razões válidas que fundamentem a nossa acção.

Muitas vezes questionamo-nos se o bom agente moral necessita de métodos correctos ou de carácter correcto quando tem de tomar uma decisão moral. Thompson, Melia e Boyd (2004), sobre esse assunto, referem que as opiniões são divergentes e acrescentam que não podemos ser agentes morais responsáveis se não tivermos a percepção de nós próprios. Com isto, os autores salientam que, quer o conhecimento acerca dos princípios morais e dos métodos para a resolução de problemas, quer a necessidade de nos conhecermos a nós próprios e de cultivarmos os hábitos e as

tendências pessoais, são aspectos de máxima importância no momento de tomada de decisão, uma vez que garantem a integridade de carácter, a consistência, a confiança e a responsabilidade na actuação do agente moral.

Thompson, Melia e Boyd (2004) referem a obra de Aristóteles “*Ética a Nicómaco*”, onde ressalta que uma acção moral equilibrada refere dois tipos de aptidões ou competências complementares denominadas de “virtudes intelectuais” e “virtudes morais”. As virtudes intelectuais envolvem a aquisição de competências, enquanto as morais compreendem os hábitos de carácter para que exista fiabilidade, eficácia e eficiência na actuação. A relação entre estas virtudes é simbolizada por um arco com duas pernas unidas por uma pedra angular que representa a prudência (fig.8).

**Figura 8.** Representação simbólica da visão de Aristóteles sobre a relação entre prudência e as virtudes intelectuais e morais



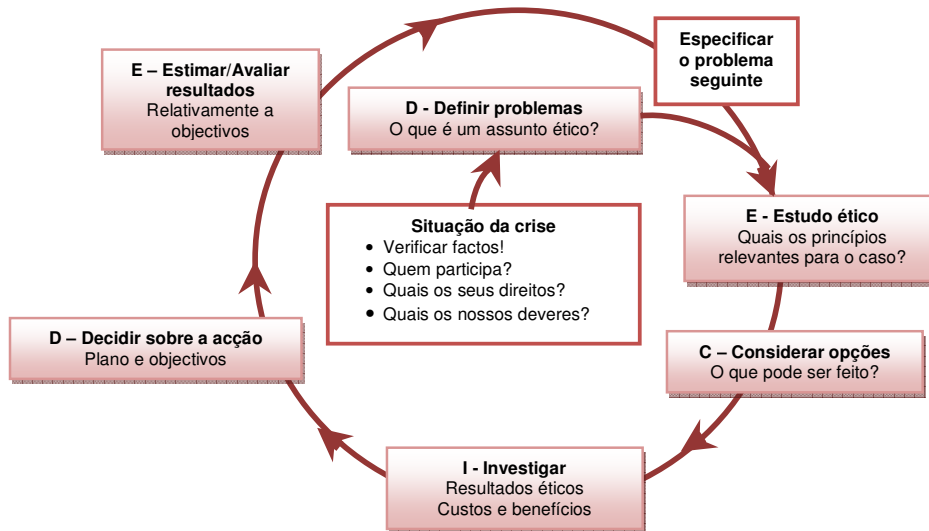
(Reproduzido de Thompson, Melia e Boyd, 2004:303)

Segundo a visão de Aristóteles, a acção moral equilibrada reside na congruência entre o pensamento e a acção, ou seja, na harmonia entre as virtudes intelectuais e as morais. A tomada de decisões morais pode, então, ser comparada com os juízos clínicos efectuados na enfermagem, quer no que se refere à diversidade em todas as suas fases da acção, quer na complexidade da metodologia adoptada para a resolução de problemas. À semelhança do que acontece no processo de planeamento de cuidados, a tomada de decisões de natureza moral tem de seguir determinadas etapas: apreciação, planeamento, implementação e avaliação. Nessa perspectiva, o enfermeiro tem de: i) avaliar a situação inicial (apreciação); ii) projectar cuidadosamente a sua acção baseando-se nas provas existentes e no exame dos princípios morais relevantes (planeamento); iii) efectuar a apreciação das opções e possibilidades de acção (implementação); e iv) monitorizar os efeitos e consequências das acções praticadas e identificar ensinamentos futuros acerca dos erros e êxitos (avaliação).

Baseando-se no paradigma aristotélico e atendendo ao facto de que, na literatura em ética, existem vários modelos para a tomada de decisão, todos com vantagens e limitações e também com aspectos comuns, Thompson, Melia e Boyd (2004) propuseram um modelo que tem como principal objectivo fornecer um método prático para formular juízos fundamentados em valores e tomar decisões éticas prudentes. O modelo DECIDE, cimentado na prudência aristotélica, manifesta-se pela “*capacidade para aplicar os princípios gerais às situações específicas, através da aquisição de conhecimentos e capacidades, de forma a escolhermos os melhores meios disponíveis para alcançarmos um bom fim*” (p.324). Segundo este modelo, a tomada de decisão deve seguir os três elementos identificados por Aristóteles: causa, meios e fins. As causas referem-se aos antecedentes que determinam o contexto específico de acção, os meios incluem os agentes responsáveis pela implementação da decisão ou do plano de acção, e os fins referem-se aos objectivos, metas, consequências ou resultados pretendidos.

Segundo os autores, este modelo consagrado em seis passos (fig.9) relaciona-se com os três elementos (causas, meios e fins) da seguinte forma: i) os dois primeiros (D, E) analisam as causas e os princípios da situação específica; ii) os dois seguintes (C, I) envolvem a apreciação das opções, meios e métodos envolventes; iii) os dois últimos (D, E) envolvem a acção e a avaliação dos resultados.

**Figura 9.** O modelo DECIDE para a tomada de decisões éticas



(Reproduzido de Thompson, Melia e Boyd, 2004:325)

Uma vez analisado o modelo de tomada de decisão moral, resta salientar que toda a decisão deve ser ajuizada e justificada, mas para isso é necessário que o próprio

agente moral, enfermeiro ou estudante, seja uma pessoa mentalmente sã, tenha agido intencionalmente, de forma consciente e voluntária. Para isso, é também necessário que possua noção dos limites da sua actuação, que esta vá ao encontro da sua consciência moral, das suas convicções filosóficas ou religiosas e, que actue de acordo com as normas da sociedade (no respeito pelos direitos e deveres dos cidadãos).

Merleau-Ponty (1985) baseando-se nos pressupostos de Husserl distingue duas intencionalidades da consciência: a intencionalidade em acto e a intencionalidade operante. A intencionalidade em acto é toda a experiência vivida, são os juízos e as tomadas de posição voluntárias, enquanto a intencionalidade operante é a que aparece nos desejos e avaliações. Quando percebo alguma coisa em acto é porque estava operante, por exemplo quando finalmente conheço uma escultura numa praça da cidade onde habito e por onde passo diariamente, conheço-a porque ela estava lá, num fundo latente, ou seja, o acontecimento ocorre porque o evento já existia, embora que de forma oculta.

A intencionalidade em acto é activa e fundamenta-se na intencionalidade operante, que é passiva. No mundo da passividade, os outros estão em mim, é o espaço da racionalidade e sempre que procuro a intencionalidade operante, encontro o mundo intersubjectivo. Neste sentido, toda a consciência é intersubjectiva, e é este entrelaçamento que faz a racionalidade.

A pessoa, através do seu corpo, está animada pela intencionalidade operante que a une ao mundo através da vida. A consciência operante é a que permite trazer ao de cima o acto do pensamento. Por exemplo, quando penso em alguém estou “a ir buscá-lo” à intencionalidade operante. A consciência é ambígua, isto é, não habito um tempo determinado, sou presente, mas o meu presente inclui um passado que já vivi e um futuro inscrito em mim sob a forma de projecção.

Schopenhauer (2001), acerca da arte de disputar, mais precisamente, a arte de disputar de tal maneira que se fique com razão, declara que:

*“De facto, é possível ter razão objectiva na questão em si, no entanto, aos olhos dos presentes, por vezes aos nossos próprios olhos, não ter razão. Isso ocorre quando o adversário refuta minha argumentação e vale como se tivesse refutado a própria afirmação, para a qual, porém, podem ser dadas outras provas; nesse caso, naturalmene, a relação é inversa para o adversário: ele fica com a razão, não a tendo objectivamente. Portanto, a verdade objectiva de uma proposição e sua validade na aprovação dos litigantes e ouvintes são duas coisas distintas” (p.3).*

Com isto, o autor defende que, na argumentação, deveria prevalecer a honestidade, independentemente de quem a ela pertença, se a mim, se ao outro. Assim



sendo, cada um deveria esforçar-se por julgar de modo justo, interessar-se pela verdade e não ceder às fraquezas do intelecto e perversão da vontade.

O acto deve ser o reflexo da consciência moral e não o espelho de uma argumentação aparente porque, na verdade, o inato é o melhor. Ipperciel (2003) sugere que o campo da decisão moral é complexo uma vez que envolve diferentes tipos de juízo e de fundamentação para os quais evoca o contexto, os actores e as razões que levam à acção como factores determinantes. Nolan e Markert (2002) afirmam que o juízo ético é uma ferramenta essencial à enfermeira moderna porque lhe permite compreender, influenciar e participar no sistema complexo de cuidados de saúde.

O crescente desenvolvimento que se tem verificado a nível dos serviços de saúde e as modificações nas políticas de saúde geraram alterações no trabalho dos próprios profissionais e, conseqüentemente, no trabalho dos enfermeiros. Actualmente, estes vêm-se confrontados com o facto de terem de tomar decisões e de resolver problemas éticos, cabendo-lhe a capacidade de identificar a situação e tomar a decisão. Sob as condições do pensamento, e na tentativa da descoberta da verdade objectiva, do justo e do bom e sem perder de vista o facto de que a moral abstracta da razão pertence aos sujeitos eticamente livres e moralmente iguais, orientados por normas e fundamentos, as questões da aprendizagem devem ser submetidas a uma supervisão e uma renovação auto-reguladas.

#### **4.3. Processos de formação e de aprendizagem da ética em enfermagem**

Sendo a formação dos enfermeiros orientada para uma prática do cuidar, admite-se que esta deve ser sustentada por valores morais. No século XIX, Nigthingale acreditava que a inteligência e a educação constituíam elementos essenciais do enfermeiro que lhe permitiam, no contexto da prática, manter a moral. Actualmente, em enfermagem, verifica-se uma tendência crescente para dar maior ênfase às considerações de ordem moral, mas num sentido um pouco diferente do defendido por Nigthingale (1969). A moralidade deixa de ser vista apenas como fruto da educação, passando a ser encarada como fruto da consciência individual. Desse modo, desde a concepção dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem, os *curricula* passam a adoptar, na sua estrutura de base, um modelo que representa, na sua essência, o domínio dos valores morais, de uma enfermagem com uma visão humanista. Nesse sentido, ao enfermeiro é requerida inteligência, educação e consciência moral, ou seja, sensibilidade

e juízo moral. Desenvolvimento e capacidade de juízo moral, passa a ser, então, uma condição essencial na formação inicial dos enfermeiros.

Como vimos nos pontos anteriores, existe cada vez mais literatura sobre educação e desenvolvimento moral, tanto de carácter geral como específico, relacionada com o ensino e a aprendizagem da ética em vários contextos da prática clínica. No campo específico da enfermagem, assim como noutros campos do saber, as obras de Kohlberg (1968) e Rest (1986) sobre o desenvolvimento moral são já consideradas clássicas. A utilidade da teoria de Kohlberg (1968) pode ser vista, não só devido aos seus méritos mas, acima de tudo, pelos pressupostos filosóficos em que assenta. Gilligan (1982), assim como outros filósofos, salienta que a teoria científica de Kohlberg (1968), ao fazer juízos de valor injustificados, exige que se pergunte a que valores devemos, enquanto seres humanos, aspirar. As suas conclusões reflectem e reforçam uma visão Kantiana que, em termos de princípios universais, postula que o pensamento crítico é o grau mais elevado do pensamento moral. De facto, esta abordagem também confirma a visão da autonomia pessoal como o maior bem para o indivíduo (Beauchamp e Bowie, 1997; Beauchamp e Childress, 2001).

O processo de trabalho do enfermeiro nos diferentes espaços envolve a prestação de cuidados, a gestão e a docência e possui, como eixo transversal das suas acções, a dimensão educativa. É premente que o enfermeiro assuma o processo educativo na sua prática diária, seja na dimensão do saber com a equipe de saúde, seja na relação com a pessoa que cuida, seja mesmo no desenvolvimento de práticas crítico-reflexivas de (re) construção do seu próprio processo de trabalho.

Da mesma forma, o estudante de enfermagem, a partir da problematização da realidade e sob uma visão crítica e reflexiva da sua prática e da dos profissionais poderá, através de um movimento dinâmico de construção, conquistar um novo espaço ou nova forma de pensar. É preciso compreender, no entanto, que a chave para o futuro está na capacidade de criar uma visão mobilizadora e problematizadora que leve o estudante para um novo lugar (Gadotti, 2000). O estudante só chegará a ser sujeito e agente de mudança, por meio da acção-reflexão-acção sobre a sua realidade concreta. Logo, quanto mais refletir sobre a sua realidade subjetiva, tanto mais se tornará consciente e capaz de intervir na realidade objectiva e, dessa forma, conseguirá transformá-la. No processo de formação, o estudante passa a ser sujeito e agente de mudança através da reflexão acerca do ambiente e da sua situação concreta, o que lhe permite o seu próprio desenvolvimento e crescimento.

Mas reflectir sobre os problemas éticos não é fácil, porque a ética nem sempre é clara, obriga a reflexão profunda, sustentada, fundamentada; é incerta.

Malherbe (1996) afirma que uma forma de descrever a ética da nossa existência é representá-la como “*a investigação de um relatório justaface à incerteza*” (p.13). Isto quer dizer que a ética não é uma doutrina de sobrevivência mas uma maneira de investigar uma posição justa relativamente à certeza e incerteza do acto a praticar. De facto, a espécie humana é marcada por uma condição sustentada entre o desejo e a realidade. Nós aspiramos conhecer o mundo, vivemos na dúvida do erro e sofremos imensuravelmente com a incerteza.

A incerteza marca todas as dimensões da nossa existência e está intimamente relacionada com a possibilidade de errar, de nos enganarmos. Todos gostamos de ter certezas de tal modo que, por vezes, preferimos a falsidade à própria verdade, porque desse modo conseguimos preservar o nosso conforto. Mas os problemas éticos levam-nos para o campo das incertezas, das possibilidades de acção ambíguas, das atitudes com fundamentações lógicas contraditórias, da defesa pelas convicções morais (virtudes) em que acreditamos serem as correctas.

As convicções morais são uma espécie de fonte de certezas à qual se extraem as forças mais enraizadas. Muito embora necessárias, as convicções manifestam a fragilidade porque nos expõem perante outras visões do mundo, outras práticas sociais, outras formas de expressão linguística. Elas são certezas apenas na medida em que, tradicionalmente, as partilhamos com os outros no convívio em comunidade. Se nos confrontarmos com uma diversidade de convicções, a certeza que lhe atribuímos deteriora-se. Então, questionamo-nos: Qual a melhor tradição? Quais as convicções mais sólidas? Quais as razões que nos levam a ter mais confiança em umas convicções do que em outras?

Tal como se apresentam, às vezes nas entrelinhas, outras vezes de forma explícita, os cuidados em saúde revestem-se de fenómenos distintos e diversos, capazes de influenciar as próprias acções do cuidar. O cuidado mostra-se, portanto, como um conjunto de circunstâncias interdependentes, isto é, que apresentam ligação entre si resultantes da conjugação de elementos que se confluem em um todo complexo, não se reduzindo à mera soma das suas partes. Nesse sentido, cada parte apresenta a sua especificidade que, em contato com as outras, se modifica continuamente. Dessa forma, o cuidado e o ambiente de cuidados assumem-se como contextos complexos que, ao interagirem, contraem uma nova expressão, adquirem uma nova face (Morin, 1995).

Morin (1995), nas suas obras sobre o princípio da incerteza, sugere que se deve procurar compreender a contradição e o imprevisível a partir da convivência com eles. Para o autor, a contradição incita-nos ao pensamento complexo, sendo então “*necessário um pensamento que saiba tratar, interrogar, eliminar e salvaguardar as contradições*” (p.242). A contradição constitui a emergência de uma realidade mais rica e revela a complexidade do real. Nesse sentido, o ambiente de cuidados adquire importância por não ser estático, mas caracterizado por um modelo de flutuações envolvendo aspectos amplos. Aos estudantes de enfermagem torna-se difícil agir e tomar decisões num contexto tão complexo e incerto, não porque não possuam os saberes necessários para o fazer, mas porque apresentam ainda falta de conhecimento prático, falta de experiência vivida.

No seu livro *Os Sete Saberes para a Educação do Futuro*, Morin (2002a) faz referência a sete saberes que considera fundamentais na formação da geração vindoura. No primeiro patamar (primeiro saber) encontra-se “a cegueira do conhecimento: o erro e a ilusão”. Morin (2002a) afirma que todo o conhecimento comporta em si o risco do erro e da ilusão. Com isto, o autor alerta-nos para a possibilidade de ocorrência de falsas concepções (percepções) acerca de si próprio, do que cada um é capaz de fazer, do que deve fazer, do mundo em que vive. Essas falsas concepções (erros de percepção) podem levar a erros intelectuais. Contudo, Morin (2002a) salienta também que o desenvolvimento da inteligência é inseparável do da afectividade, da curiosidade, da paixão. A afectividade pode fortalecer o conhecimento, mas também asfixiá-lo; por esse motivo, a capacidade de raciocínio pode ser diminuída ou mesmo destruída por um défice de emoção, sendo que o enfraquecimento da capacidade de reagir emocionalmente pode ser a causa de comportamentos irracionais.

Segundo Morin (2002a), para que o “conhecimento seja pertinente” a educação deverá tornar evidente: o contexto, o global, o multidimensional e o complexo. Com isto, Morin defende a ideia de que todo o conhecimento é contextualizado, deve ser visto como um todo, numa perspectiva multidimensional com ligação entre a unidade e a multiplicidade (todo complexo) – segundo saber.

Morin (2002a) defende ainda que a educação do futuro deve ser universal e centrar-se na “condição humana” (terceiro saber). Para o autor a unidade humana inclui uma multidimensionalidade e complexidade como ser cultural o que faz com que tenha uma relação instável entre três instâncias: impulso-afecto-razão. Nesse sentido, o impulso gera afectos que circunscrevem a razão. Mas a complexidade humana não se

compreende separada da sociedade, logo, todo o desenvolvimento verdadeiramente humano significa desenvolvimento conjunto de autonomias individuais, de participações comunitárias, de sentimentos de pertença.

“Ensinar a identidade terrestre” é outro dos saberes fundamentais para a geração futura (quarto saber). Para Morin (2002a), estamos submersos pela complexidade do mundo e as infindáveis informações sobre o mundo afogam as nossas possibilidades de inteligibilidade, o que agrava a dificuldade de o conhecer. Essa dificuldade reside, essencialmente, no facto de nos encontrarmos perante uma identidade em constante mudança à qual temos de nos adaptar constantemente.

A história humana foi e continua a ser uma aventura desconhecida. A grande conquista da inteligência é poder libertar a ilusão de predizer o destino humano e “enfrentar as incertezas” (quinto saber). O progresso é na verdade possível, mas incerto. Toda a evolução é fruto de um desvio conseguido cujo desenvolvimento transforma o sistema em que nasceu: desorganiza o sistema reorganizando-o. De qualquer modo, não existe evolução que não seja desorganizadora no seu processo de transformação e, para isso, é necessário existir criações, inovações e também destruições, que podem vir de novos desenvolvimentos, novas aventuras; enfim, é necessário enfrentar o que é incerto (incerteza do conhecimento, incerteza da acção, incerteza do contexto, etc).

Para Morin (2002a), a compreensão intelectual passa pela inteligibilidade e pela explicação, ou seja, pelo “ensino da compreensão” (sexto saber). A compreensão ultrapassa a explicação, porque inclui, necessariamente, um processo de empatia, simpatia, abertura, tolerância, generosidade, identificação e projecção intersubjectiva.

Relativamente ao último dos saberes “a ética do género humano” (sétimo saber), Morin (2002a) salienta que nenhum dos elementos enumerados pode ser entendido como dissociado dos outros, uma vez que toda a compreensão do género humano significa desenvolvimento conjunto enquanto autonomia individual, participação comunitária e sentimento de pertença à espécie humana. No seio desta tríade complexa emerge a consciência. Sendo assim, a ética propriamente humana é uma antrope-ética e deve ser considerada como uma ética de um anel de três termos indivíduo-sociedade-espécie, de onde emerge a consciência e o espírito humano e que se assume como a base para ensinar a ética do futuro.

*“A antrope-ética contém assim a esperança na realização da humanidade como consciência e cidadania planetária. Comporta assim, como toda a ética, uma aspiração e uma vontade, mas também uma aposta no incerto. É a consciência individual para além da individualidade.” (p.114).*

Durkheim (2008) defende uma perspectiva um pouco diferente no que concerne à educação moral. Para o autor, a escola assume um papel da mais alta importância no âmbito da educação moral e define os elementos essenciais que compõem: i) o espírito da disciplina; ii) a adesão aos grupos sociais; iii) a autonomia da vontade.

Como primeiro elemento – o espírito da disciplina – Durkheim (2008) salienta que existe uma disciplina moral, um mandamento, uma autoridade interna, uma força moral superior que se impõe a nós e a qual, naturalmente, nos dita como agir. Essa disciplina moral não serve apenas para a vida moral, ela desempenha um papel considerável na formação do carácter e da personalidade em geral. Uma pessoa com personalidade é alguém capaz de imprimir a sua própria marca em tudo o que faz, uma marca que lhe é peculiar, que lhe é constante, uma marca pela qual ela é reconhecida e a distingue de todas as demais.

Como segundo elemento - a adesão aos grupos sociais - Durkheim (2008) realça que a simplicidade das próprias práticas sociais faz com que elas facilmente adquiram a forma habitual do automatismo, não deixando lugar para a reflexão e o exame livre. Somos seres morais na medida em que somos seres sociais. É através da aplicação das regras morais, através da reflexão, que se adquire o poder de ser mestre de si mesmo. Mas agir moralmente é agir tendo em vista um interesse colectivo; é perseguir um fim superior ao fim puramente individual.

Como terceiro elemento - a autonomia da vontade - Durkheim (2008) destaca que só se concebe como plenamente moral um acto realizado livremente, sem qualquer tipo de pressão. Nesse sentido, a autonomia é o princípio de toda a moralidade. Agimos moralmente quando seguimos a nossa própria natureza racional.

Para Durkheim (2008), não há nenhum moralista que não tenha sentido que na moral há dois elementos diferentes, designados por dever e bem. O dever é a moral enquanto ela ordena, é a moral concebida como uma dominação à qual devemos obedecer, porque é uma autoridade. O bem é a moral concebida como uma coisa boa, que atrai a vontade, que provoca espontaneamente o desejo. Torna-se, portanto, fácil perceber que o dever é a sociedade enquanto nos impõe regras e estabelece limites à nossa natureza; o bem é a sociedade enquanto realidade ideal, à qual aderimos e por isso enriquecemos a nossa existência. A moral apresenta-se, assim, sob um duplo aspecto: uma legislação imperativa que reclama uma completa obediência e um ideal ao qual a sensibilidade aspira espontaneamente. Acrescenta-se ainda que, face ao dever e

ao bem, toda a conduta deve ser desejada livremente, o que demonstra uma tendência da consciência moral em vincular a moralidade do acto à liberdade do agente.

Na verdade, é do conhecimento comum, do qual partilham também diversos autores como Barcelos e Neves (2004), que os dilemas éticos suscitados pela prestação de cuidados de saúde e especialmente de cuidados de enfermagem tem vindo a crescer em número e complexidade ao longo dos últimos anos. Actualmente, no contexto da prática de cuidados, o enfermeiro depara-se com um leque de situações que envolvem decisões morais cada vez mais alargadas e que vão desde as questões relacionadas com o consentimento do doente, o tratamento, a manutenção da vida, a ressuscitação, a eutanásia, o aborto, a recusa em ser tratado por aquele enfermeiro, a recusa de cuidados, a não adesão ao regime terapêutico, entre tantos outros que poderiam ser enumerados.

De entre as principais causas que estão na origem dos problemas éticos da prática de cuidados dos enfermeiros destacamos três por considerarmos serem efectivamente os aspectos principais: i) o progresso biotecnológico e a technicalização da própria profissão de enfermagem que introduz alterações na estruturação dos cuidados de enfermagem e nas próprias competências dos enfermeiros; ii) o aumento da consciência dos direitos que assistem a todas as pessoas, nomeadamente o direito de autonomia individual, que obriga a reconsiderar a natureza das relações interpessoais com as pessoas doentes; e iii) a crescente complexidade das situações da prática clínica que requerem, por sua vez, padrões mais exigentes de respostas (éticas) e juízos (morais).

Em 2002/2003 Barcelos e Neves (2004) elaboraram um estudo em que pretendiam conhecer o destaque dado por cada escola de enfermagem ao ensino da disciplina de ética, as principais matérias sobre que incidia a sua leccionação, bem como as temáticas que eram consideradas prioritárias no contexto do ensino e da prática de enfermagem, com o objectivo de obter uma perspectiva geral acerca dos principais temas bioéticos que preocupam os enfermeiros e do modo como eles estavam a ser preparados para os enfrentarem. O estudo efectuado, a nível nacional, envolveu um total de 30 estabelecimentos do ensino superior e revelou que os modelos adoptados a nível do ensino da ética não são uniformes, variando no que se refere quer ao seu estatuto (disciplina autónoma ou integrada) quer à própria designação da disciplina sob a qual é leccionada. As autoras salientam que mesmo no que se refere à ética como disciplina autónoma, presente apenas em 12 das 30 instituições, esta assume diferentes

designações (17) que se podem resumir em três domínios axiais: ética, deontologia e bioética. Não obstante este facto, e não pondo de parte que a reflexão bioética se possa prolongar noutras disciplinas e áreas do conhecimento, as autoras realçam que grande parte da reflexão bioética nas escolas de enfermagem (18) era, ao mesmo tempo, ainda efectuada a nível transversal, em regime integrado, inserida como complemento temático nos conteúdos programáticos das diferentes disciplinas do curso. Para Barcelos e Neves (2004), no que se refere ao número de horas atribuídas e ao ano de curso em que é ministrada a disciplina de ética, não é possível chegar a qualquer sistematização, pois apresentam uma variabilidade muito dispersa, apesar da tendência para se concentrarem nos primeiros anos do curso.

Do exposto no parágrafo anterior, podemos inferir que existe uma clara preocupação acerca da reflexão ética a nível do ensino de enfermagem, visível pela sua problematização constante a nível dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem. Contudo, é também visível a discrepância existente a nível da formação ética já que não se verifica uma tendência uniforme na enfermagem a nível nacional.

Thompson, Melia e Boyd (2004) referem que, no âmbito da formação em enfermagem, por norma, as abordagens do ensino da ética seguem um dos seguintes modelos: a escola da instrução moral, a escola da discussão, a escola do pensamento crítico ou a escola da ética das situações. Cada um destes modelos de formação é, frequentemente, apresentado como a única forma de abordar os aspectos formativos da ética, sendo os outros postos de parte, por serem considerados irrelevantes. Com base na nossa experiência, estamos convictos, tal como Thompson, Melia e Boyd (2004), que todos os modelos terão benefícios indiscutíveis pelo seu contributo na construção e compreensão da moralidade; contudo, nenhum, por si só, será um instrumento válido e adequado que lhe permita assumir um carácter normativo perante os outros.

*A escola da instrução moral* combina uma formação que assenta nos códigos de ética e nas regras morais da sociedade. Esta escola recorda-nos que a ética não é um assunto particular de cada um de nós, uma vez que cada pessoa nasce num ambiente moralmente estruturado e num mundo envolvido em leis e regulamentos. A família tem as suas regras, as escolas possuem regras, os clubes, as sociedades comerciais, as empresas e as profissões também as contêm. A formação ética deve ser uma iniciação ou introdução às “regras do jogo”, quer se trate de regras de etiqueta não escritas, de códigos de conduta, de regras formais ou de exigências legais. Esta escola destaca os códigos de conduta profissionais e institucionais e também ajuda na definição dos



princípios sobre os quais se deve actuar e nos direitos e deveres de cada cidadão. Neste sentido, é defendido que cada um possua: i) entendimento e capacidade de análise acerca dos valores morais da profissão, ii) conhecimento da estrutura de poder dentro da profissão e instituição; iii) noção sobre os valores e regras subjacentes à cultura ética da instituição; iv) conhecimento do código de conduta da profissão. Este conhecimento é fundamental no processo de socialização e adaptação da profissão à prática clínica onde se vai exercer a profissão (Thompson, Melia e Boyd, 2004).

O conhecimento das próprias convicções morais, da cultura ética da instituição e do código deontológico são aspectos que levam a pessoa a desenvolver a percepção e a confiança no sentido de executar acções face aos objectivos propostos, “eu sou capaz de efectuar esta prática”. No entanto, executar acções isoladas não ajuda muito a desenvolver e adquirir competências práticas nem prepara para assumir a responsabilidade na tomada de decisões morais em enfermagem.

A *escola da discussão* preocupa-se com as considerações de natureza racional, embora essa não assuma a sua única preocupação. Esta escola admite que cada um reage de forma diferente perante uma mesma situação, sendo assim, a sua abordagem assenta na reacção de cada um face ao dilema ético e às decisões que terá de tomar perante uma situação concreta, porque considera que aqueles que têm de tomar decisões difíceis em situações de grande tensão têm necessidade de, com frequência, recorrer aos colegas para obter informações e, se necessário, receber aconselhamento profissional. Esta abordagem salienta que a partilha de experiências com colegas mais experientes (peritos), quer se trate de sucessos ou de insucessos, pode ajudar a desenvolver e aprofundar o conhecimento das capacidades e limitações, assim como dos preconceitos, valores e convicções morais que influenciam a conduta e o desempenho. Ao mesmo tempo, pode ainda ajudar o líder da equipa a aperceber-se das necessidades dos enfermeiros a nível do tipo de apoio ou de formação especializada e de supervisão (Thompson, Melia e Boyd, 2004).

Na *escola da discussão*, a análise e discussão de casos e a teatralização assumem um papel de relevo, por constituírem as metodologias de eleição no ensino da ética, já que o debate suscitado permite examinar criteriosamente as complexas relações existentes entre sentimentos, atitudes e valores morais e entre os aspectos psicológicos e as aptidões da actividade profissional. Como metodologia pode ainda utilizar-se a discussão de sentimentos sobre o próprio desempenho, de forma a provocar uma catarse e aprofundar o conhecimento racional, avaliando assim a experiência vivida e

conseguindo extrair dela os ensinamentos úteis. Esta abordagem reconhece que a mente não é independente do corpo vivido: somos e temos também sentimentos e experiência, ansiedade e tensão, frustração e satisfação no trabalho. A *escola da discussão* cria oportunidades para as pessoas examinarem, na prática, a essência e abrangência dos seus compromissos morais e o campo de acção das suas responsabilidades, num ambiente de ajuda e sem ameaças (Thompson, Melia e Boyd, 2004).

A *escola do pensamento crítico* realça a importância do ensino da teoria moral, do conhecimento dos princípios morais e dos aspectos cognitivos e relacionais da tomada de decisões éticas podendo, por esse motivo, tornar-se demasiado intelectual. Ao contrário das outras abordagens, esta escola oferece um método diferente pois não apela unicamente à autoridade das regras morais nem à subjectividade excessiva. Nesse sentido, esta escola luta por efectuar juízos morais com objectividade e rigor, tendo por base padrões universais e métodos de resolução de problemas, considerando a tomada de decisão ética como algo que pode ser desenvolvido. Nesta abordagem, as decisões são actividades humanas que visam a resolução de problemas. De acordo com esta escola de pensamento, na resolução de problemas, há que ter em consideração: i) as exigências da situação em si; ii) as circunstâncias em que a acção em questão se desenrola; iii) a existência de objectivos claros e passíveis de avaliação (Thompson, Melia e Boyd, 2004).

Para Thompson, Melia e Boyd (2004), a *escola do pensamento crítico* proporciona aos estudantes um leque de aptidões e conhecimentos alcançados através da prática supervisionada e que, numa situação ideal, os ajuda a integrar a teoria moral e o conhecimento dos princípios através da experiência prática da escolha e aplicação dos diferentes meios e métodos, do planeamento da acção e da avaliação da sua actuação. Para os autores, é no confronto com a prática que os estudantes integram a teoria moral e sedimentam os conhecimentos de forma a conseguir a competência e fiabilidade na aplicação dos procedimentos padrão, por isso esta escola utiliza como metodologia a discussão sobre o desempenho efectuado face a uma situação real.

A *escola da ética das situações* salienta a importância da avaliação das necessidades de cada situação. Para isso, é necessário estar atento às necessidades de uma determinada situação para que se possa abordá-la da forma mais pertinente e adequada. A existência desta escola visa criticar tanto o mito da objectividade imparcial como as pretensões e o reducionismo explicativo das grandes teorias universalistas, que têm tendência a tratar cada caso, englobando-o num “modelo tipo”, em vez de

reconhecer que cada situação necessita de ser abordada de forma distinta. Ainda persiste a ideia de que a justiça racional ou as abordagens éticas baseadas no dever obrigam as situações a adaptarem-se a modelos e ideais preconcebidos (Thompson, Melia e Boyd, 2004).

Esta abordagem, recentemente adoptada pelos defensores da “ética do cuidar”, enfatiza o seguinte: i) a especificidade das situações reais que exigem opções morais; ii) a boa vontade na identificação das necessidades específicas dos intervenientes; iii) o conhecimento e compreensão acerca da singularidade dos aspectos da situação; iv) a flexibilidade relativamente à natureza das situações humanas de modo a conviver com a ambiguidade e ambivalência; v) a promoção do respeito pelo outro evitando a utilização meramente instrumental do cuidar; vi) a abertura para reconhecer que o reconhecimento de nós mesmos ou o sentido de identidade pode mudar (Thompson, Melia e Boyd, 2004).

A abordagem defendida pela *escola da ética das situações* adopta como metodologia de ensino a casuística tradicional quer na formação individual quer em grupo, onde se pretende aumentar a capacidade dos formandos na empatia pelas pessoas nas suas situações particulares, de modo a desenvolverem o conhecimento pessoal e as competências do cuidar. Esta abordagem defende que o cuidar deve ser feito nas condições impostas pelo doente; nesse sentido, o enfermeiro em vez de tentar substituir o doente na solução do problema, deve procurar ajudá-lo a encontrar a sua própria solução. Esta atitude corresponde a um modelo de aconselhamento não directivo, centrado no doente, baseado na consideração incondicional pelo próximo num trabalho de parceria que tem como finalidade facilitar a capacidade de auto-descoberta (Thompson, Melia e Boyd, 2004).

Para grande parte dos autores, o debate sobre as questões do ensino da ética são controversas e complexas. Thompson, Melia e Boyd (2004) afirmam que as opiniões acerca do que é mais importante ensinar às pessoas em termos éticos dividem-se e centram-se essencialmente em duas grandes vertentes: no desenvolvimento das capacidades para tomar decisões e no desenvolvimento das virtudes do próprio. Os autores também referem que este debate não é novo e equacionam se a virtude é algo que poderá ser ensinado.

Preocupados com essas questões, em Portugal, o Conselho Jurisdicional (CJ) da Ordem dos Enfermeiros (OE), na sequência das reuniões conjuntas com os docentes de ética e deontologia na formação em enfermagem e os enfermeiros das Comissões de Ética para a Saúde, que decorreram em Fevereiro e Março de 2006, redigiu um

documento intitulado “Recomendações Relativas ao Ensino da Ética e da Deontologia no Curso de Enfermagem”, onde faz o enquadramento geral das questões do ensino da ética em enfermagem e sugere os princípios que se deverão ter em conta no ensino.

Segundo opinião do CJ, na última década, surgiram duas situações que contribuíram para o aumento da preocupação das questões da ética clínica e da bioética: i) os avanços na biomedicina e biotecnologia; e ii) a discussão e análise social de decisões emanadas pelos tribunais e pelos movimentos de novas correntes de filosofia moral.

A posição da CJ da OE (2006) assenta que, nos cursos de enfermagem, o ensino da ética não pode caracterizar-se exclusivamente pela abordagem deontológico-jurídica nem filosófica da ética, mas deverá ir um pouco mais além, visando o desenvolvimento de competências éticas, assentes na compreensão da dimensão ética dos cuidados. Nesse sentido, a formação ética deve assentar nos fundamentos éticos orientadores da prática de cuidados e prosseguir para a tomada de decisão e sua argumentação, reflectindo e analisando situações concretas, porque o agir ético exige respeito pela dignidade e autonomia das pessoas, prudência, reflexão crítica, consciência de cidadania e responsabilidade humana.

Mas para que ocorra o compromisso educativo na área da saúde, especialmente nas práticas institucionalizadas, a realidade não pode ser percebida como objecto acabado, estático e imutável. A acção não pode incidir apenas sobre as partes e/ou o todo de forma linear, mas sobre as partes e o todo como unidade na diversidade. Não basta refletir sobre um determinado saber, como elemento isolado da totalidade, é preciso olhar para o todo e estabelecer um espaço de interacção, neste caso, com todos os profissionais da equipa de saúde. É transformando a totalidade que se transformam as partes. Assim, se o compromisso é realmente com a pessoa que cuidamos - unidade concreta – o estudante precisa compreender a realidade em profundidade, para nela encontrar soluções e possibilidades de resolução.

O processo educativo vai muito além do espaço formal escolar. Ele está presente em todos os espaços, em todas as realidades em que a acção humana se manifesta, mesmo que na sua forma informal e/ou invisível. O espaço de formação não se esgota na sala de aula, contextualiza-se nos espaços do mundo de trabalho, os quais se apresentam como “espaços ricos em experiências” de aprendizagem e que, também, necessitam da intervenção do professor para que se constituam como tal (Reibnitz e Prado, 2006).

A aprendizagem em contexto clínico é um processo de criação de conhecimento, por isso, devem ser proporcionados aos estudantes espaços para observação, debate e pesquisa como alternativa a modelos centrados na informação, orientados por uma pedagogia transmissora. A aprendizagem, assim, surge como um acto de negociação entre o ambiente e o indivíduo, o qual estimula a dimensão emocional, a capacidade de observação e as disposições para a acção.

A qualidade e a segurança dos cuidados deve ser visível na definição dos currículos, na formação dos docentes, na avaliação pedagógica e no funcionamento das organizações de saúde, pelo que facilmente se compreende que os docentes mais experientes deverão ser responsáveis pela formação pedagógica dos estudantes, nomeadamente nos estadios iniciais. Assim, e pelo facto da aprendizagem ser um processo contínuo, ancorado na experiência, os tutores e professores devem servir de mediadores na resolução dos conflitos adaptativos dos estudantes, sugerindo oportunidades de aprendizagem e suscitando um trabalho autodirigido.



---

**PARTE II**  
**OPÇÕES METODOLÓGICAS**





## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Embora existam vários conceitos acerca do significado da palavra investigação, o ponto de partida de qualquer investigação encontra-se no problema que se deverá definir, examinar, avaliar, analisar criticamente, para *a posteriori* produzir ou ser aprofundado o conhecimento. Daí se pode concluir que a investigação científica segue um procedimento formal, baseado num método de pensamento reflexivo sobre a informação de que se dispõe e que, requerendo tratamento criterioso, se constrói em conformidade com o caminho percorrido, de modo a permitir conhecer a realidade ou a descobrir realidades parciais. É “um método de aquisição de novos conhecimentos” porque nos permite criar novos saberes quer pelo desenvolvimento quer pela verificação das teorias.

Fortin (1999) defende que “*a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados*” (p.31) e acrescenta que, uma vez que o objectivo da investigação em ciências de enfermagem diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta e ao incremento de saberes próprios da disciplina, todo o processo de investigação deve ser considerado por todos os enfermeiros como parte integrante da profissão. Segundo a reflexão da autora, podemos afirmar que a investigação é essencial para o avanço de qualquer disciplina e para o reconhecimento das profissões, verificando-se que existe consenso quanto ao objecto da investigação em ciências de enfermagem, consolidado em torno de problemas relacionados quer com as questões relacionadas com os cuidados quer com as questões relativas ao ensino ou mesmo à gestão, campos de actuação do profissional de enfermagem.

O interesse por estudar o desenvolvimento do pensamento ético em contexto da formação inicial dos enfermeiros surgiu do confronto com algumas contradições, as quais reunimos em alguns fundamentos que consideramos essenciais. No primeiro fundamento podemos salientar que, alicerçado ao progresso biotecnológico e à technicalização da própria profissão de enfermagem, verifica-se a introdução de alterações estruturantes na organização dos cuidados de enfermagem e nas competências dos enfermeiros que levam a reflexões constantes, emergentes e até difíceis nos diversos membros da profissão. Ao mesmo tempo, também se verifica na população em geral uma preocupação, também ela crescente, acerca de temáticas da área da ética clínica e da bioética apurada pelas reflexões públicas vinculadas pelos meios de comunicação social. Estes factos, geradores de acesas discussões, levaram ao aumento da consciência dos

direitos que assistem a todas as pessoas, nomeadamente ao direito de autonomia individual, que obrigou a reconsiderar a natureza das relações interpessoais com as pessoas doentes originando novos problemas de ordem ética, nem sempre de fácil resolução.

Como segundo fundamento, consideramos que a enfermagem enquanto profissão se situa, hoje, num trajecto de afirmação da sua autonomia, manifestado por um corpo de conhecimento próprio. É através da pesquisa constante em todas as áreas em que os enfermeiros estão implicados que se consegue alargar o corpo de conhecimentos, conseguindo a autonomia desejada para a enfermagem. Neste âmbito, o campo da ética em enfermagem, pela sua pertinência e ligação à profissão, não deve deixar de ser objecto de estudo.

O terceiro fundamento relaciona-se com o facto da formação inicial em enfermagem constituir um dos factores mais importantes e estruturantes na construção dos processos de aprendizagem e desenvolvimento do pensamento nos estudantes. De facto, a formação inicial é pilar de sustentação de toda a formação do enfermeiro porque se encontra na base da pirâmide de toda a sua formação ao longo da vida. O pensamento ético deve ser um dos factores estruturantes de toda a formação do “ser enfermeiro”.

O quarto, e último fundamento, prende-se com o facto de assistirmos a uma preocupação crescente por parte dos enfermeiros relativa às problemáticas que envolvem a ética, verificada através da análise de testemunhos de enfermeiros publicados em revistas ou comunicados em congressos, jornadas e seminários, e também, das preocupações a nível da participação das escolas na formação de enfermeiros. Muito embora, actualmente, a orientação central do Curso de Licenciatura em Enfermagem esteja direccionada para a doença e as intervenções face às suas alterações, valorizando a adopção e aquisição de condutas perante situações que envolvam a interacção com a pessoa doente num processo constante de desenvolvimento e mudança, durante muitos anos a formação dos enfermeiros esteve centrada na aquisição de conhecimentos (através da memorização) e de técnicas (competência de destreza). Neste momento, e face à crescente complexidade das situações actuais que surgem na prática clínica, são impostos, ao enfermeiro, padrões mais exigentes de respostas éticas que envolvem juízos morais e impõem actualizações constantes a nível do ensino da ética. Assim, as escolas apresentam responsabilidades fundamentais na formação dos futuros enfermeiros, preparando-os através de estratégias

de formação criativas e reflectidas, para actuarem na complexidade, imprevisibilidade e incerteza.

Nesse sentido, novos valores e novos desafios se colocam à profissão e, muito particularmente, aos docentes em enfermagem, pois têm grande responsabilidade na mudança orientada para uma formação completa do estudante, adequada às novas necessidades, preparando-o para actuar, não só a nível curativo, mas sobretudo como verdadeiro educador para a saúde, contribuindo assim para uma maior dignificação da pessoa humana. Formar licenciados em enfermagem é ir muito além de uma preparação exclusivamente técnica, é proporcionar uma sólida formação humana, pautada por um sistema de valores éticos, devidamente interiorizados, que o ajudarão a compreender o campo profissional de actuação e a perspectivar a forma de nele se tornar mais actuante (Decreto-Lei Nº353/99). Não podemos separar a competência profissional da formação ética e humana da profissão. Por isso, o ensino da ética não pode nem deve ser padronizado, deve sim ser assente num quadro de valores morais que permitam ao enfermeiro tomar decisões e actuar com responsabilidade, prudência e consciência na defesa e respeito pela dignidade e liberdade da pessoa humana.

A importância que consideramos ter a compreensão do fenómeno “o desenvolvimento do pensamento ético em contexto da formação inicial dos enfermeiros”, acrescida das dificuldades expressas pelos enfermeiros, fez surgir a preocupação com este tema. Neste sentido, o pensamento ético, alicerçado em valores e juízos morais pessoais, merece uma reflexão que vise explicar e compreender a perspectiva do estudante sobre o assunto. Importa, no entanto, fazer um exame atento aos processos de pensamento que orientam a investigação face aos objectivos do estudo em questão.

### **1.1. Metodologia do estudo**

Nesta investigação, tal como em muitas outras, foi a natureza do problema em estudo e as questões formuladas que nos orientaram para a selecção da abordagem investigativa a seguir, assim como dos métodos de recolha de informação.

O pensamento ético dos estudantes de enfermagem em contexto clínico constitui o objecto deste estudo. O ensino ou estágio clínico é sempre um tempo gerador de stress, mas também marcante pelo impacto que proporciona na vida do estudante. É um tempo que obedece a uma preparação prévia entre a instituição escola e a instituição de saúde, de modo a proporcionar aos estudantes processos de desenvolvimento da sua

aprendizagem (desenvolvimento de competências). Como salientamos atrás, a aprendizagem é um processo pessoal em que interfere a motivação pessoal e a complexidade dos aspectos da situação vivenciada que capacitam o estudante para o desempenho profissional futuro. Deste modo, a preparação e monitorização através da observação participante, que se processou durante quatro ensinamentos clínicos e a realização de entrevistas e aplicação de questionários no final dos mesmos, constituíram meios que o investigador utilizou para conhecer a realidade em estudo.

Salienta-se que, para estudar o pensamento ético dos estudantes de enfermagem em contexto clínico, foi necessário considerar várias dimensões em que ele ocorre: a dimensão pessoal, a dimensão contextual e a dimensão da acção. Contudo, salienta-se também que tais dimensões são de difícil controlo, pelo que nesta investigação os resultados encontrados se resumem ao contexto e ao tempo em que decorreu a aprendizagem.

As questões de investigação são premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, que derivam directamente do objectivo e especificam os aspectos a estudar. Fortin (1999) defende que a forma de colocar a questão determina o método que irá ser utilizado para obter uma resposta. A formulação da questão de investigação corresponde a um processo contínuo de pensamento reflexivo que requer conhecimentos prévios da temática em questão. Nesse sentido, este estudo é norteado pela seguinte questão de partida: “Como se desenvolve o pensamento ético no contexto da formação clínica nos estudantes de enfermagem?”.

Como é evidente, esta questão não surgiu isolada; outras foram as questões que, ao longo do referencial teórico, nos foram surgindo e que nos orientaram na sua formulação, embora todas com algum cariz de proximidade:

- i) Qual a diferença na orientação ética dos estudantes entre o início e o terminus do curso de enfermagem?
- ii) Qual a natureza das situações éticas da prática de cuidados?
- iii) Que factores influenciam a construção do pensamento ético nos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem?
- iv) Que padrões de resposta são activados pelos estudantes quando confrontados com situações éticas?
- v) Qual a influência do ensino da ética ao nível do juízo moral nos estudantes de enfermagem?

- vi) Como é que se pode auxiliar o estudante a integrar o conhecimento ético teórico, na prática clínica?

Estudar como se desenvolve o pensamento ético nos estudantes de enfermagem é algo complexo verificando-se que a melhor forma de o otimizar é na prática clínica. Neste contexto, e tendo em conta a questão de partida e as questões orientadoras, foram definidos os seguintes objectivos:

- i) Saber qual a diferença na orientação ética nos estudantes de enfermagem no início do seu percurso de formação e no *términus* do curso;
- ii) Identificar a natureza das situações éticas da prática de cuidados;
- iii) Identificar os factores que influenciam o pensamento ético nos estudantes de enfermagem;
- iv) Reconhecer os padrões de resposta que são accionados perante situações éticas;
- v) Conhecer qual a influência da disciplina da ética a nível do juízo moral dos estudantes;
- vi) Identificar os factores facilitadores da aprendizagem da ética e da sua articulação teórico-prática.

Com estes objectivos pretendemos identificar categorias que nos permitam *a posteriori* construir saberes dirigidos para a compreensão da construção do juízo moral em contexto clínico. Assim, a consecução destes objectivos dão-nos elementos fundamentais que permitem analisar criticamente as questões da aprendizagem e do pensamento, num processo de interacção dinâmico baseada nas práticas dos estudantes em ensino ou estágio clínico.

## **1.2. Modo de investigação: o estudo de caso e a etnografia**

A utilização da investigação científica tem sido alvo de enérgicos debates e apesar da importância atribuída aos diversos processos metodológicos, a realidade tem demonstrado que a pertinência de alguns tipos de estudos em determinados contextos se manifesta, claramente, insuficiente e redutora. Por esse motivo, justifica-se a utilização de diversas técnicas de colheita de informação, articuladas entre si, e utilizadas em simultâneo ou alternadamente pelo investigador, características da abordagem multimétodo (Wolcott, 1988). Na abordagem multimétodo o investigador utiliza determinadas técnicas que se complementam de forma a dar resposta à questão de

investigação sendo, ao mesmo, imposto que, para o estudo adquirir pertinência e rigor, elas, para além de diversificadas, devam ser flexíveis.

Costa (1986) refere que a utilização de diversas técnicas de recolha de dados possibilitam o acesso às múltiplas dimensões do objecto de estudo, permitindo uma confrontação recíproca da informação e uma análise integrada da mesma. O investigador transforma-se no *“instrumento de pesquisa, mas para a colheita de informação ele utiliza observações realizadas num período prolongado de tempo, oriundas de múltiplas fontes de informação e utilizando diversas técnicas para a identificar”* (Wolcott, 1988:192).

Considerando a questão de partida, realizou-se um estudo etnográfico de natureza descritiva que teve por finalidade compreender e descrever como se desenvolve o pensamento ético nos estudantes de enfermagem em contexto de estágio clínico, de forma a poderem delinear-se algumas estratégias que poderão contribuir para o sucesso do ensino. Para isso, recorreu-se a uma metodologia multimétodos utilizando quer metodologias quantitativas quer qualitativas, e privilegiando o modo de investigação estudo de caso.

A questão a partir da qual se pretende desenvolver o estudo, assim como as questões orientadoras apontam para a utilização de um modo de investigação que permita a compreensão e a interpretação dos factos no seu contexto. Trata-se, portanto, da abordagem de um sistema bem definido e particular, cujos contornos serão estudados como típicos desses sistemas. O modo de investigação estudo de caso, na medida em que permite reunir informação tão detalhada quanto possível e apreender a totalidade das situações, foi por nós considerado como sendo o indicado para este estudo, pelas razões que a seguir desenvolvemos.

Trata-se de um estudo “caso único”, de natureza descritiva, uma vez que apresenta como objecto o processo de desenvolvimento humano dos estudantes de enfermagem em contexto clínico, através da análise do desempenho das suas competências éticas (Yin, 2005). Neste estudo, o investigador está pessoalmente implicado em todo o processo, aborda o fenómeno a partir do interior do mesmo, com participação activa no processo de produção e análise da informação.

De forma geral, o estudo de caso é um modo de investigação que supõe a presença prolongada do investigador no contexto social em estudo e o contacto directo com as pessoas e situações, constituindo-se como particularmente útil para a bordagem de contextos restritos, mas com uma maior profundidade. A abordagem feita pelo investigador é multifacetada e multidimensional, justificando-se a utilização de diversas

técnicas de colheita de informação, articuladas entre si, e utilizadas em simultâneo ou alternadamente pelo investigador (Wolcott, 1988).

Uma das questões que frequentemente se coloca é acerca da possibilidade de generalização dos resultados obtidos através do estudo de caso. Habitualmente, numa perspectiva positivista, existe o propósito de generalizar os resultados obtidos de uma população para o universo de onde essa foi seleccionada e da qual é representativa. Esta generalização é fundamentalmente estatística. No estudo de caso esta generalização não é pertinente nem lícita, porque o objecto de estudo se encontra limitado ao contexto em que se enquadra.

Yin (2005) afirma que, em determinadas circunstâncias, é possível proceder a generalizações do tipo analítico, sendo possível estabelecer-se padrões de comparação entre os resultados obtidos em diversos estudos, respeitando a singularidade dos casos e, a partir daí, definir hipóteses explicativas para os fenómenos.

No decurso do estudo de caso, o investigador utiliza várias técnicas que segundo Hamel et al. (1993) podem ser encaradas como nucleares e complementares. As técnicas nucleares baseiam-se, fundamentalmente, na entrevista semi-estruturada e na observação, ao passo que as complementares incluem os questionários, as entrevistas estruturadas e a análise documental, entre outras. Algumas destas técnicas podem, se os objectivos da pesquisa assim o exigirem, ser assumidas como técnicas nucleares.

Na medida em que o investigador, no desenvolvimento do estudo de caso, pretende captar o essencial da realidade social como forma de a compreender, deve centrar a sua atenção no fenómeno em estudo tal como ele é vivido no contexto. Por tal motivo, os métodos por ele utilizados inserem-se na etnografia.

A abordagem etnográfica é o método descritivo da antropologia que serve principalmente, pelo menos na sua versão clássica, para explicitar os modos de vida e as visões do mundo dos grupos etnoculturais (Spradley, 1980). Várias são as disciplinas que se inspiram neste método adaptando-o ao seu contexto. Em ciências de enfermagem este método é utilizado para descrever unidades de tratamento ou comunidades que se encontrem interligadas a uma problemática. O que distingue o estudo etnográfico dos outros tipos de estudos, é que ele assenta no conceito de cultura procurando compreender o sistema cultural do ponto de vista daqueles que partilham essa cultura.

Nos métodos etnográficos, a noção de cultura é central; o etnógrafo centraliza a sua abordagem num “sistema de significações”, ou seja, num conjunto de expressões

constantes provenientes dos discursos dos membros de um grupo cultural (Geertz, 1973). Nesta perspectiva, os conhecimentos são apreendidos em relação com a experiência e não separados dela. Por isso, várias fontes de recolha de dados podem ser utilizadas: a observação, a fotografia, a entrevista ou outra que documente o sistema cultural estudado. As entrevistas devem ser realizadas junto de pessoas que estejam imersas na cultura estudada e que dominem perfeitamente a sua linguagem, sendo estas consideradas como peritos conhecedores da cultura. Os dados são analisados à medida que vão sendo colhidos, facto que permite revelar informações, descobrir e completar a definição e explicação do fenómeno cultural em estudo e, nesse prisma, cada informador poderá ser interrogado mais do que uma vez (Goetz e LeCompte, 1988).

Segundo Spradley (1980), o estudo etnográfico é mais do que o simples estudo de pessoas e tem como objectivo descobrir a cultura de forma a aprender a ver o mundo a partir da perspectiva dos seus membros. A cultura é concebida como um “filtro” através do qual as pessoas modelam e interpretam as suas acções. O processo visa reconstruir, do ponto de vista dos actores, qual é o sentido da conduta e das suas acções.

A cultura constitui o contexto dos comportamentos, e pô-la em evidência permite a compreensão e explicação dos comportamentos do grupo estudado. Para Streubert e Carpenter (2002), a utilização deste tipo de abordagem “*fornece aos enfermeiros a oportunidade de explorarem a natureza holística da sociedade e de questionarem assuntos relevantes para a prática de enfermagem*” (p.165). O ambiente natural em que a investigação ocorre proporciona aos investigadores participantes uma visão do mundo tal como ele é, não como eles gostariam que fosse.

A dualidade de ser tanto investigador como participante apresenta oportunidades para potenciar a compreensão dos dados. Nesse sentido, a explicação do fenómeno é construída quer pelo investigador quer pelo informante, através de relações activas e recíprocas em processos dialécticos de interacção, onde o investigador afecta e é afectado pelo fenómeno que procura compreender. Porque pretendemos descrever e explicar como se desenvolve o pensamento ético em contexto da formação inicial através da explicitação dos comportamentos adoptados pelos estudantes, este método pareceu-nos o mais adequado.

O estudo de um grupo e da sua cultura pode tomar dimensões variáveis segundo o tempo de duração da colheita de dados, dimensão do grupo ou profundidade que se pretende dar ao fenómeno em estudo. Cada vez é menos possível e menos aceite



pretender estudar a totalidade de uma cultura sendo, a maioria das vezes, eleito um fenómeno particular ou um domínio específico da vida social.

A utilização do método etnográfico implica a aplicação de várias técnicas combinadas, implicando sobretudo, uma grande proximidade entre o investigador e os participantes na investigação e períodos, geralmente bastante longos, em que o investigador vive dentro da comunidade estudada, tratando-se de uma condição essencial neste método (Spradley, 1980). De uma maneira geral, quer os estudos de caso quer os estudos etnográficos baseiam-se normalmente em metodologias qualitativas, sendo particularmente relevantes nos estudos onde, por exemplo, se levantam questões do tipo “quem”, “o quê”, “onde”, “como” e “porquê”.

Creswell (1994) diz-nos que a metodologia qualitativa se caracteriza por um: *“questionar constante que visa compreender um problema social ou humano, com base na construção de uma perspectiva complexa ou holística, constituída por palavras, relatando as perspectivas detalhadas dos informadores e conduzida num contexto natural”* (p.1).

As várias metodologias qualitativas têm em comum o estudo e a compreensão de fenómenos, partindo do ponto de vista dos participantes do estudo. Sendo assim, este tipo de metodologia possibilita-nos conhecer o mundo do outro através do seu ponto de vista, das suas experiências e do processo de vida. Como nos recorda De la Cuesta (1996) a metodologia qualitativa não coloca a ênfase na predição do comportamento humano como faz a quantitativa, mas sim na sua compreensão. Segundo Polit e Hungler (1993), a pesquisa qualitativa envolve, tipicamente, a recolha e a análise de informação pouco estruturada que diz respeito a pessoas na sua maneira de estar naturalista, constituindo a alma do estudo. Nestes casos, os estudos qualitativos são especialmente apropriados para descrever fenómenos, gerar hipóteses e desenvolver teorias.

Leininger (1995) afirma, também, que a metodologia qualitativa permite conhecer e compreender a vivência de um determinado fenómeno e, deste modo, *“identificar os traços qualitativos, as características ou atributos que fazem do fenómeno aquilo que ele é”* (p.5). Esta autora defende ser esta a melhor metodologia para compreender a totalidade das experiências de vida das pessoas, atendendo ao contexto onde ocorrem.

Tal como referimos anteriormente, optámos pelo modo de investigação estudo de caso. Trata-se de estudar o pensamento ético cujo colectivo é constituído por o conjunto de estudantes de uma instituição escolar. Uma vez que o aperfeiçoamento é um processo ocasional e estratégico, ter-se-á necessidade de estudar a unidade social como

sistema particular, constituído por uma matriz social e cultural única. A investigação que se pretende efectuar exige a penetração num universo simbólico ímpar e numa constelação social e cognitiva própria: trata-se de construir o saber a partir do discurso dos que detêm a informação que interessa estudar. Não é interesse principal e único produzir saberes sobre os autores ou sistema, mas sim explorar e trabalhar os saberes de que estes são portadores e perceber quais os factores facilitadores do desenvolvimento das suas formas de pensamento ético.

Nesse sentido a investigação decorreu em três tempos distintos. Numa primeira abordagem foi identificada a ideologia moral através da utilização de um questionário do qual se fará referência posteriormente. A segunda abordagem constou de uma observação participante no sentido de identificar as formas de pensamento e os factores que influenciam ou dificultam o seu desenvolvimento. Na terceira foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, a pessoas significativas, com o objectivo de aprofundar e clarificar determinadas informações colhidas através da observação participante.

Uma vez que era fundamental que os estudantes possuíssem uma experiência clínica, todos estes procedimentos foram planeados em consonância com o planeamento do ano lectivo em questão.

### **1.3. Técnicas de recolha da informação**

Uma das características dos estudos etnográficos é o cunho elevado e vasto segundo o qual são seleccionadas as técnicas e construídos os instrumentos de colheita de dados. O grande problema para o investigador é definir quais os dados que considera relevantes e quais os métodos e técnicas mais adequadas para os obter (Goetz e LeCompte, 1988).

A partir da questão de investigação, questões orientadoras, finalidade, objectivos e natureza do contexto, foram identificadas as seguintes técnicas de colheita de dados: questionário - EPQ (*Ethics Position Questionnaire*), observação participante e entrevista semi-estruturada.

### **Questionário**

Atendendo à temática e aos objectivos deste estudo, optamos por utilizar, como instrumento de recolha de dados, o questionário desenvolvido por Forsyth em 1980 ao qual fizemos já alguma alusão no quadro de referência deste estudo.

Em 1977, Schlenker e Forsyth sugeriram que existiam variações individuais relativas ao juízo moral que podiam ser descritas primorosamente, tendo em conta dois factores básicos: o primeiro dizia respeito ao relativismo e prendia-se com o facto de o indivíduo rejeitar regras morais universais; o segundo tinha como enfoque o idealismo e relacionava-se com as variações individuais subjacentes aos enfoques de juízos morais.

A base de pensamento destes autores assentou nas respostas acerca do juízo dos indivíduos, tendo-se verificado que alguns indivíduos rejeitam a possibilidade de formular ou confiar em regras morais universais quando tiram conclusões sobre perguntas morais, enquanto outros acreditam nelas e fazem uso absoluto da moral quando fazem juízos. Da mesma forma, alguns indivíduos possuem uma orientação idealista assumindo que se pode obter sempre uma acção correcta, ao passo que outros, com uma orientação menos idealista, admitem que existem consequências indesejáveis que deverão ser articuladas com as desejáveis.

A escala inicial do instrumento de avaliação do juízo moral conhecido por *Ethics Position Questionnaire* (EPQ) foi aplicada a uma amostra de 65 estudantes dos cursos de psicologia. Era-lhes pedido para indicarem a sua concordância ou discordância relativa a 55 itens que se dividiam em termos de juízo por duas dimensões ideológicas. Esses itens foram incluídos por Schlenker e Forsyth, em 1977, nos seus estudos, mas ao longo dos tempos foram sofrendo alterações consecutivas tendo em vista o seu aperfeiçoamento em termos de instrumento de medida. Foram alterados alguns dos itens e extraídos outros por causarem ambiguidade nas respostas e não se conseguirem medidas psicométricas que os validassem eficazmente.

Após várias correcções Forsyth, em 1980, conseguiu que o EPQ se resumisse a um questionário que pretende avaliar as ideologias éticas e as morais filosóficas individuais. É composto por 20 questões, as primeiras 10 referentes ao idealismo e as últimas 10 ao relativismo. Segundo a versão original, as 20 questões que compõem o questionário são respondidas utilizando uma escala Lickert de 1 (completamente em desacordo) a 9 (completamente de acordo), passando pelo ponto 5 (nem concorda nem discorda). O EPQ foi usado em vários estudos efectuados em estudantes de colégios

graduados e pós-graduados, inicialmente nos EUA, alargando-se posteriormente a outros países e continentes.

Uma vez que o questionário distingue as questões do idealismo e do relativismo, no tratamento dos dados obtêm-se dois EPQ *scores*. Estes *scores* podem ser usados para classificar os indivíduos segundo a sua ideologia ética. Como se pode verificar no quadro 3, as respostas que apresentam *scores* altos para ambas as escalas referem-se aos Situacionistas, e os que apresentam valores altos para o idealismo e baixos para o relativismo são classificados em Absolutistas. Os indivíduos que apresentam *scores* altos para o relativismo e baixo para o idealismo são qualificados como Subjectivistas, ao passo que os que apresentam valores baixos para o idealismo e relativismo são classificados como Excepcionistas.

O quadro 3 indica a taxonomia das ideologias éticas defendida por Forsyth (1980) e contém uma breve descrição das características dos indivíduos em cada uma das categorias. Esta conceptualização é baseada nas teorias filosóficas da deontologia, teleologia e cepticismo ético.

**Quadro 3.** Taxonomia das ideologias éticas

|           |       | RELATIVISMO  |  |
|-----------|-------|--|--|
|           |       | ALTO   | BAIXO  |
| IDEALISMO | ALTO  | <p><b>Situacionistas</b></p> <p>Rejeitam as regras morais; advogam a análise individual de cada acto em cada situação; relativistas</p>                  | <p><b>Absolutistas</b></p> <p>Assumem que o melhor resultado pode ser alcançado seguindo as regras morais universais</p>                                   |
|           | BAIXO | <p><b>Subjectivistas</b></p> <p>Baseiam os seus juízos em valores pessoais mais do que na perspectiva dos princípios morais universais; relativistas</p> | <p><b>Excepcionistas</b></p> <p>Guiam-se pelos juízos morais absolutos mas pragmaticamente estão abertos a excepções para estes padrões; utilitaristas</p> |

(Reproduzido de Forsyth, 1980:177)

A taxonomia de Forsyth (1980) refere que cada indivíduo pode adoptar uma de quatro diferentes condutas no seu juízo moral: Situacionista, Absolutista, Subjectivista e Excepcionista. A inclusão num destes grupos é determinada pela forma como a pessoa se alia a uma postura idealista ou não idealista face à universalidade ou relatividade das crenças e valores das regras morais (Forsyth, 1980, 1981, 1985; Forsyth e Nye, 1990;

Forsyth, Nye e Kelley, 2001; Forsyth e Pope, 1984). Isto sugere que tanto os relativistas como os idealistas podem apresentar baixos ou altos valores de relativismo e idealismo, cada um deles com algum grau de aproximação a uma escola de pensamento filosófico específica.

Dado que a moralidade reside mais no sentido da justiça do que no respeito por normas sociais ou mesmo morais, Forsyth (1980) defende que o juízo moral de cada pessoa depende das suas características individuais e assenta em determinadas teorias morais filosóficas. Começando pelos grupos com um alto relativismo, os situacionistas e os subjectivistas, encontramos indivíduos que pertencem a ideologias relatadas como cepticismo ético. Na filosofia moral o ponto de vista céptico reconhece que existem diferentes maneiras de olhar a moralidade, e todas as variedades do cepticismo procuram, de uma maneira ou de outra, criticar quem atenta a apresentar princípios éticos específicos.

No grupo com baixo relativismo encontramos os absolutistas e os excepcionistas. Os absolutistas tendem a concordar com as declarações que são consistentes com uma aproximação geral da filosofia moral conhecida como deontologia. Esta filosofia rejeita o uso das consequências da acção como base da avaliação moral e apela à racionalidade das leis naturais para determinar o juízo moral. Na filosofia ética deontológica, os actos são julgados como morais ou imorais comparando com as regras morais universais absolutas. Esta perspectiva vai ao encontro dos postulados do filósofo Immanuel Kant (2001) que argumenta que, nos princípios morais, não podem ser permitidas excepções, independentemente das suas consequências.

As declarações defendidas pelos excepcionistas são mais compatíveis com uma filosofia ética teleológica. O princípio da teleologia propõe que a moralidade de uma acção dependa das consequências por ela produzidas. A pessoa é apoiada para agir, produzindo consequências eticamente boas, e a adesão é representada pelo conceito utilitário do maior bem para o maior número de pessoas.

Para proceder à aplicação do questionário foi pedida autorização ao autor, que foi concedida, após o que se procedeu à sua tradução, adaptação e validação para a realidade e contexto português. Tratou-se de um importante trabalho que nos possibilitou a verificação, em termos da validade, do construto e da consistência interna do instrumento de medida.

O processo de validação envolveu duas fases: uma primeira, que constou da tradução e adaptação da escala para o contexto português e uma segunda, que envolveu a análise estatística das propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala.

Na primeira fase, os procedimentos seguidos foram os recomendados pela World Health Organization - WHO (1996) e Vallerand (1989) e consistem em seis passos: tradução e adaptação ao contexto português, revisão da tradução por um grupo bilingue, retro-tradução, avaliação da retro-tradução, estudo piloto e verificação das afirmações a partir do estudo piloto.

O EPQ, traduzido por nós como “Questionário de Posição Ética”, demonstrou apresentar as seguintes características:

- i) Duas escalas, a primeira mensura o idealismo e a segunda concerne à rejeição dos princípios morais universais a favor do relativismo;
- ii) Alta consistência em cada escala com larga representação nos construtos desejados;
- iii) Cruzamento estável no tempo;
- iv) Equilíbrio entre as duas escalas.

O estudo piloto desenvolvido numa amostra de 140 estudantes, que frequentavam o 3.º e o 4.º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes<sup>14</sup>, no Porto, decorreu em Março de 2006 e demonstrou que a escala apresenta qualidades psicométricas que nos permitem afirmar que pode ser usada no contexto português (Pinto ed lit., 2006).

A validade do construto foi efectuada por nós e por um perito. A homogeneidade da escala foi estimada pelo coeficiente alpha de Cronbach e obteve-se valores de 0,71 para o total dos itens da escala (Pinto ed lit., 2006). Analisando os dados recolhidos em dois momentos diferentes, também se verificou existir estabilidade na consistência das afirmações ao longo do tempo, traduzida por valores estatisticamente significativos

---

<sup>14</sup> Salienta-se aqui que nesta altura a Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes, tal como as restantes duas escolas da cidade do Porto (Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto e Escola Superior de Enfermagem de São João), se encontravam já em processo de fusão, originando a actual Escola Superior de Enfermagem do Porto. Facto que levou a que, por questão de conveniência do investigador, o estudo piloto fosse efectuada na Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes e a investigação principal na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

( $p < 0,01$ ) ou estatisticamente muito significativos ( $p < 0,05$ ) quando a correlação de Pearson foi efectuada (Pinto ed lit., 2006).

Com o documento elaborado e validado naquilo que seria a sua versão final (Anexo I) procedeu-se à acção no terreno. Foi então elaborado o pedido à instituição para a recolha de informação (Anexo II), que, de imediato, foi autorizado, seguindo-se a etapa de colheita de dados. Como era importante os estudantes terem uma experiência clínica, foi pedida a colaboração dos participantes (280 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem - 70 por cada ano de curso) para o preenchimento do questionário sempre no final de um ensino ou estágio clínico, facto que levou a que a colheita se estendesse de Dezembro de 2006 a Julho de 2007.

### ***Observação Participante***

Uma das primeiras considerações quando se inicia um estudo etnográfico é decidir o foco da pesquisa para posteriormente definir o seu alcance. Será uma situação social única? Serão situações múltiplas? Uma instituição social única? Situações estas que compõem uma mini-etnografia ou, pelo contrário, uma maxi-etnografia onde intervêm múltiplas instituições ou mesmo comunidades.

Após decidir o foco e o alcance do projecto que, no nosso caso particular, se trata dos estudantes de enfermagem em contexto clínico, nomeadamente no que concerne ao seu pensamento ético, coube ao investigador envolver-se na cultura em questão. Esta é uma etapa que exige esforço, pois é necessário aceder à cultura, integrar o grupo, ser aceite como membro de forma a fazer parte da cultura.

A observação participante é um dos métodos de colheita de dados com maior relevo nos estudos de caso de tipo etnográfico. Na sua técnica, a colheita de dados implica a participação do observador na vida do grupo, leva-o a compreender o tipo de interacções e dos comportamentos que se pretende estudar. No campo do desenvolvimento sócio-moral, este método pode ser utilizado para se compreender não só a sua evolução mas, acima de tudo, para se identificarem os factores facilitadores desse mesmo aperfeiçoamento.

Existem diferentes formas de efectuar uma observação. Woods e Catanzaro (1988) defendem que há, pelo menos, três questões fundamentais a colocar que determinam a diferença entre os estudos de observação:

- i) Quando se deve anotar as observações? Serão recolhidas em termos de unidades de tempo ou de unidades de comportamento?
- ii) Qual será o terreno da observação? Qual é o melhor ambiente social ou físico que permitirá obter respostas às questões de investigação?
- iii) Como será anotado? Qual é o papel do observador no registo do comportamento dos que são observados?

O trabalho de campo inicia-se quando o investigador começa a fazer perguntas sobre a cultura escolhida e a realizar observações. Sendo assim, durante a observação participante mantivemos um contacto alargado com o grupo que pretendíamos estudar, vivenciando com esses elementos momentos, situações e acontecimentos que, para eles, eram significativos. Ao investigador coube, ainda, a tarefa de registar descrições e reflexões em notas de campo que foram acompanhadas de interpretações e comentários pessoais.

Enquanto meio de conhecimento das percepções e comportamentos acerca das formas de pensamento ético, a observação permitiu-nos verificar a congruência entre o que os estudantes verbalizam e em que acreditam e o que fazem na sua prática clínica. Para que a observação fosse válida e congruente, na informação contida nas notas de campo, baseamo-nos em conversas e discussões quer com os participantes (estudantes), em que se analisaram vários aspectos das situações clínicas reais e dos juízos efectuados pelos intervenientes, recorrendo a informantes privilegiados. Assim, enquanto observadores, exercemos papéis diferentes; por um lado, exercemos o papel de detectores do comportamento humano, por outro, agimos como um informador, ou seja, uma pessoa que mostrou compreender a significação de um comportamento num contexto particular. Fomos um “instrumento humano” utilizado para recolher dados no campo (contexto clínico); por isso, tentamos ser o mais precisos possível nos registos acerca das formas de pensamento e de comportamento.

Tentamos observar os locais, as pessoas, os ritmos, as interacções, os acontecimentos e as actividades segundo uma observação directa e uma presença prolongada no contexto em análise, o que nos permitiu associar ao discurso dos participantes valores, crenças, expectativas e aspirações. Esta informação tornou-se relevante para o estudo porque nos proporcionou um melhor entendimento acerca dos comportamentos dos estudantes, assim como do seu universo simbólico (Spradley, 1980).



Quando o investigador decide fazer um estudo de investigação etnográfica é porque reconhece a existência de conhecimento cultural ao qual gostaria de aceder. O modo como acede ao conhecimento cultural é através de inferências culturais, as quais correspondem a conclusões do próprio investigador acerca do que viu ou ouviu enquanto estudava a cultura. Fazer inferências é, então, o modo como os indivíduos aprendem as normas e valores da sua cultura e os etnógrafos trabalham os dados nas suas observações. De acordo com Spradley (1980), os etnógrafos utilizam três tipos de informação para produzirem inferências culturais: comportamento cultural; artefactos culturais; e mensagens faladas.

Neste sentido, e dando cumprimento aos requisitos éticos da investigação, procedemos ao pedido do consentimento dos participantes para a realização da observação participante (Anexo III) que foi aceite por todos os estudantes.

De acordo com Spradley (1980), tentamos nas notas de campo aplicar esses três tipos de informação através de descrições acerca: do que as pessoas fazem; das coisas que as pessoas fazem e usam; e, do que as pessoas dizem (discursos). Alguns autores defendem que uma parte significativa da cultura não está facilmente disponível, o que quer dizer que os membros de uma cultura sabem mas que não falam ou não expressam directamente o que sabem - conhecimento tácito (Hammersley e Atkinson, 1983; Spradley, 1980; Streubert e Carpenter, 2002). De igual forma, para aceder ao conhecimento cultural explícito, aquele que é facilmente observado, é necessário descrever o conhecimento tácito (Hammersley e Atkinson, 1983; Spradley, 1980; Streubert e Carpenter, 2002). Porém, nem sempre é fácil aceder ao conhecimento e às formas de pensamento de um grupo cultural. Este foi um processo que requereu uma fase preparatória, de envolvimento e aceitação do investigador enquanto membro do grupo e que ocorreu em cada período de observação.

Durante cada um dos períodos de observação participante seguimos as etapas defendidas por Spradley (1980): observação descritiva, observação focalizada e observação selectiva. Nesse sentido, iniciámos a observação descritiva onde nos preocupámos em descrever o contexto clínico em acção dando uma perspectiva geral da situação, ao mesmo tempo que fazíamos algumas avaliações acerca das situações. Após completar este tipo de observação, iniciámos observações descritivas focalizadas. Estas observações surgiram fruto de questões que nos emergiram na fase descritiva inicial. Após efectuada a observação focalizada, a qual nos permitiu colher dados mais dirigidos, iniciámos a observação selectiva com o intuito de obter dados com maior profundidade.

No fim de cada dia de observação era efectuado o seu registo escrito em notas de campo. Estas eram compostas por relatos escritos detalhados, precisos e extensivos, recolhidos durante o tempo de observação, compostos por descrições de locais, excertos de conversas e de diários de aprendizagem dos estudantes, comentários a documentos recolhidos no trabalho de campo e reflexões pessoais.

### **Entrevista**

A entrevista é considerada um método de recolha de informação privilegiado no âmbito de estudos etnográficos, podendo ser utilizado como um instrumento básico de colheita de dados ou como secundário, em conjugação com a observação.

Considerando o objectivo do nosso estudo e a decisão de tomarmos em conta os testemunhos dos participantes, optámos pela realização de entrevistas semi-estruturadas como forma de completar a nossa colheita de dados. Estas, apesar de requererem muito tempo, permitem ao investigador explorar sentimentos e percepções dos participantes no que se refere a situações particulares. Um dos principais motivos pelo qual optámos por esta técnica, reside no facto de ela nos permitir aprofundar e esclarecer os dados obtidos, através da aplicação do questionário e da observação e, por esse motivo, foram efectuadas no final do trabalho de campo. A entrevista semi-estruturada foi seleccionada na medida em que *“permite recolher dados descritivos na linguagem dos próprios sujeitos, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”* (Bogdan e Bikley, 1994:134).

Apesar da entrevista poder parecer um processo simples e familiar de recolha de informação, a sua realização não foi tão simplista assim. Foi nossa preocupação optar pelo tipo de entrevista que melhor respondesse à finalidade da investigação e, ao mesmo tempo, fosse adequada à natureza das pessoas a entrevistar. Assim, optámos por realizar uma entrevista semi-estruturada para a qual utilizámos um Guião da Entrevista.

As entrevistas tiveram por base possibilitar a obtenção de dados em profundidade acerca da experiência dos estudantes de enfermagem no seu contexto clínico, no que concerne ao seu juízo moral e pensamento ético. Na construção das questões procurámos que estas visassem as vivências dos estudantes, as suas experiências, tal como recomenda Ghiglione e Matalon (1993).

O objectivo do Guião era servir de base à entrevista semi-estruturada e estabelecer um roteiro de orientação que assegurasse que todos os aspectos

relacionados eram explorados em cada participante, tendo a preocupação de moldar as perguntas de acordo com as características dos participantes e não de controlar o conteúdo de forma rígida.

Atendendo ao facto da entrevista surgir na fase final da colheita de dados (questionário e observação), sofreu influência das análises preliminares efectuadas ao longo de todo o trabalho de campo. O Guião da Entrevista, por nós elaborado, encontra-se dividido em duas partes. Na primeira encontram-se expostos os objectivos gerais e a segunda, organiza-se segundo blocos temáticos<sup>15</sup> a explorar com especificação dos seus objectivos e das questões a colocar aos entrevistados. Em cada questão é dada a liberdade do entrevistado expressar a sua opinião da forma que entender, citando os exemplos que quiser sem que identifique os intervenientes pelo seu nome próprio.

A objectividade, fidelidade e validade são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida. No nosso estudo, e uma vez que a entrevista tem por objectivo recolher a informação factual junto dos participantes, verificamos a objectividade do construto junto de um perito com o objectivo de reconhecer, nas questões colocadas, a subjectividade ou objectivação das mesmas. Foram apenas alterados ligeiros termos.

Tal como anteriormente, procedemos ao pedido do consentimento dos participantes para a realização das entrevistas (Anexo IV) que foi aceite por todos os estudantes. Foram então realizadas um total de 12 entrevistas, de forma aleatória, sendo seleccionados 3 estudantes por ano de curso.

Após a realização das entrevistas optámos por efectuar algumas pequenas alterações ao conteúdo original do Guião, testamos a nova versão da entrevista, desta vez apenas em dois entrevistados até obtermos a versão final (Anexo V). Estes procedimentos revelaram-se úteis e pertinentes uma vez que nos permitiram conduzir com sucesso as entrevistas finais, reduzindo ao tempo da entrevista e retirando duas questões onde obtínhamos resultados análogos.

No que respeita à validade da entrevista abordaremos o assunto no ponto seguinte deste capítulo.

---

<sup>15</sup> Alguns dos blocos temáticos correspondem às cinco dimensões identificadas através da análise de domínio efectuada após a observação descritiva: contexto da prática, trajectórias da aprendizagem, influência do contexto da prática, dinâmicas de tutoria e desafios de ordem ética.

Durante os meses de Janeiro a Julho de 2007 procedemos à realização das entrevistas que decorreram em local seleccionado pelo entrevistador, dentro das instalações da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sendo sempre nossa preocupação combinar com o entrevistado o horário que melhor se lhe adaptava. O tempo previsto para a realização da entrevista era de 30 minutos, o que em média se concretizou.

Antes de iniciarmos a entrevista era nossa preocupação a preparação do ambiente, após o que iniciávamos a sua realização, tendo em conta três momentos:

- i) Momento inicial – destinado à legitimação da entrevista e ao esclarecimento acerca da finalidade do estudo e dos aspectos relacionados com a confidencialidade, tendo em conta que não era o primeiro contacto.
- ii) Momento intermédio – em que eram colocadas as questões deixando ao entrevistado a liberdade de expressão.
- iii) Momento final – dirigido à revisão de todo o conteúdo da narrativa, de modo a que o entrevistado exprimisse a aprovação acerca do mesmo. Todos os sujeitos mantiveram as narrativas. No final de cada entrevista agradecemos a ajuda, amabilidade, disponibilidade dispensada e o valor do seu contributo.

Ao longo da entrevista foi nossa preocupação manter uma atitude de disponibilidade e interesse, tendo sempre presente que não se pode usufruir da mesma intensidade com todas as pessoas entrevistadas e que, mesmo uma má entrevista, pode proporcionar informação útil.

#### **1.4. Contexto da pesquisa**

O estudo foi efectuado em contexto escolar. A escola onde decorreu a colheita de dados é a Escola Superior de Enfermagem do Porto, uma das muitas escolas superiores de enfermagem públicas inserida no Ensino Superior Politécnico como escola não integrada, responsável pela formação de enfermeiros licenciados (Curso de Licenciatura em Enfermagem) e pós-graduados (Curso de Pós-Licenciatura).

A escola de enfermagem é um lugar social onde os estudantes arquitectam uma aprendizagem que lhe serve de base no contexto de trabalho futuro, construindo uma identidade própria. Esta aprendizagem não é imediata, parte da evolução de processos de pensamento, integração de conhecimentos e adaptação dos mesmos ao campo de

acção. O contexto escolar não se limita ao espaço físico da escola, ele inclui, igualmente, todos os espaços de formação por onde passam os estudantes, quer estes sejam formais ou informais. A escolha da instituição escolar deve-se ao facto desta reunir as características desejáveis para a investigação e se encontrar situada na área que era mais acessível ao investigador.

As práticas institucionais da escola condicionam a aprendizagem dos estudantes. Por isso, para se ter acesso, no decorrer de um trabalho etnográfico, tipo estudo de caso, às diversas vertentes da prática institucional e às racionalidades que lhe são subjacentes, interessa ter acesso a um conjunto vasto e diversificado de produtos da vida quotidiana dos actores em estudo, bem como construir um nível de interpretação que se baseie no princípio da descoberta e não no da confirmação de hipóteses previamente construídas. Pretende-se, assim, penetrar no “mundo do estudante” de modo a tentar compreender como é que se desenvolve o seu pensamento ético. A razão da opção em entendermos o estudante como elemento fundamental do estudo prende-se com o facto de considerarmos ser ele o único elemento capaz de nos dar respostas face à questão levantada. Sendo assim, é a própria questão que determina os participantes do estudo.

A Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) emergiu de um processo que terminou com a assinatura de um Protocolo de Cooperação entre as Escolas Superiores de Enfermagem Cidade do Porto, D. Ana Guedes e S. João com vista à fusão, que mereceu a 2 de Janeiro de 2007 a sua homologação pelo Sr. Secretário do Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Tal como outra qualquer escola superior de enfermagem tem por missão formar enfermeiros, a vários níveis de formação, desenvolvendo para isso, currículos previamente definidos para o efeito. Com base no diagnóstico efectuado, e por nos encontrarmos num processo inicial de fusão, foi concebido e desenvolvido um currículo que tivesse em conta não apenas as orientações nacionais e internacionais na área da formação de enfermeiros generalistas, mas igualmente as necessidades da comunidade, a aproximação ao mundo do trabalho, a filosofia das anteriores escolas e aquilo em que o corpo docente acredita ser a enfermagem. Contudo, nesse ano lectivo, ano da nossa colheita de dados, os Cursos que estavam a decorrer seguiram os currículos das anteriores escolas às quais pertenciam. Por esse motivo, apesar dos participantes do estudo pertencerem à ESEP, a organização curricular e filosofia institucional sofria forte influência da Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes.

A Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes (ESEnf.DAG) definiu como fundamentos psicopedagógicos da formação para o Curso de Licenciatura, a construção activa das situações de formação, a progressiva orientação do individual para o colectivo, uma socialização progressiva face aos contextos de saúde e a formação em alternância.

No que se refere à construção activa das situações de formação, a ESEnf.DAG defendia a necessidade de trabalhar activamente as situações de aprendizagem em que o estudante se enquadrava, otimizando assim a sua segurança, a auto-estima, o conhecimento pessoal e a capacidade de analisar criticamente as situações; trata-se não apenas de definir princípios estratégicos mas igualmente de promover o desenvolvimento de competências sociais básicas, imprescindíveis na preparação para a relação de ajuda, aspecto considerado central na formação dos enfermeiros.

Ainda no campo da ideologia do currículo, a ESEnf.DAG realça o propósito de fomentar a construção, pelo estudante, de um projecto pessoal de aprendizagem. Este concretizava-se ao longo do curso, na definição de um projecto profissional, que paraleliza com a crescente maturação e autonomização, traduzindo-se numa mudança de polarização da esfera individual para a colectiva. Para a definição do projecto profissional, o estudante elaborava uma monografia (a qual seria apresentada e discutida no final do curso) e que se constituía como um espaço relevante da formação, na medida em que permitia questionar contextos, desenvolver o pensamento crítico e definir trajectos.

A aproximação aos contextos de trabalho foi outra das preocupações da ESEnf.DAG. Os contextos de trabalho são realidades vivas e dinâmicas, onde se cruzam identidades e representações diferentes, ideologias e formas de estar diversas. Era assim, fundamental que o estudante compreendesse esta diversidade, se autonomizasse e construísse activamente a sua socialização profissional, que culminaria com a integração na equipa de trabalho. Esta lógica permitiu contrariar a tendência para a constituição, na escola, de identidades virtuais, afastadas das reconhecidas em contexto de trabalho.

Relativamente à formação em alternância, aspecto a que as orientações internacionais em matéria de formação de enfermeiros dão especial visibilidade, a ESEnf.DAG entendeu dever proporcionar ao estudante, desde o primeiro ano, um contacto progressivo com as situações reais de trabalho, que permitissem desenvolver competências de forma integrada, respeitando os princípios da formação, a dialéctica entre teoria e prática e a fase do seu desenvolvimento.

Para além destes aspectos básicos, a filosofia do curso e a concepção do currículo concretizou-se na definição de princípios polarizados em quatro áreas fundamentais - cuidar e prática de enfermagem, investigação, formação e gestão - creditada em ECTS (Sistema Europeu de Transferência de Créditos – *European Credit Transfer System*).

Como já referimos anteriormente, o CLE engloba uma componente teórica e outra prática; nesta última incluí-se o ensino ou estágio clínico que, em cada ano lectivo, sucede o período teórico no qual são ministrados os conteúdos programáticos previstos. Cada ano lectivo estava planeado em cerca de trinta e seis semanas de ensino teórico, teórico-prático, ensino ou estágio clínico. A carga horária semanal estava calculada para cerca de trinta horas de sessões lectivas, no período teórico e para trinta e cinco horas, no ensino ou estágio clínico. A carga horária total do Plano de Estudos era de 4.730 horas, sendo 2.030 horas de ensino teórico, 2.590 horas de ensino clínico e 110 horas de seminários (quadro 4).

**Quadro 4.** *Resumo do número total de semanas e horas do ensino teórico e do ensino clínico por ano de curso*

|                | T<br>(sem.) | EC<br>(sem.) | TOTAL<br>(sem.) | T<br>(h) | SEMINÁRIOS<br>(h) | EC<br>(h) | TOTAL<br>(h) |
|----------------|-------------|--------------|-----------------|----------|-------------------|-----------|--------------|
| <b>1.º ANO</b> | 28          | 08           | 36              | 824      | --                | 280       | 1104         |
| <b>2.º ANO</b> | 21          | 15           | 36              | 620      | --                | 525       | 1145         |
| <b>3.º ANO</b> | 12          | 24           | 36              | 406      | 20                | 840       | 1266         |
| <b>4.º ANO</b> | 09          | 27           | 36              | 180      | 90                | 945       | 1215         |
| <b>TOTAL</b>   |             |              |                 | 2030     | 110               | 2590      | 4730         |

Nesta perspectiva, o Curso de Licenciatura em Enfermagem é norteado pelos seguintes objectivos:

- i) Preparar enfermeiros generalistas para o desenvolvimento de práticas profissionais de qualidade nos diferentes contextos e situações de saúde/doença;
- ii) Utilizar o modelo holístico na abordagem das necessidades individuais, da família e da comunidade;
- iii) Considerar as dimensões éticas, deontológicas e legais no desenvolvimento de competências e definição dos projectos pessoal e profissional;

- iv) Construir, enquanto agente de saúde, espaços de colaboração inter e multiprofissionais que dêem visibilidade a competências autónomas, mas igualmente a competências transferíveis que o trabalho em equipa requer;
- v) Desenvolver práticas e formas de estar profissionais que se traduzam não apenas na preocupação em matéria de saúde/doença e bem-estar, mas igualmente na inovação e transformação dos contextos de saúde.

O ensino ou estágio clínico é um segmento de formação importante e corresponde à formação em cuidados de enfermagem pela qual o estudante, integrado numa equipa e em contacto directo com o indivíduo, são ou doente, e/ou com uma comunidade, aprende a planear, prestar e avaliar os cuidados globais de enfermagem exigidos como base nos conhecimentos e aptidões adquiridos. Pretende-se então que, no ensino ou estágio clínico, o estudante desenvolvesse competências de carácter científico, técnico e humano, num processo contínuo de crescimento da autonomia pessoal, de forma a ser capaz de planear, concretizar, gerir e avaliar actividades de enfermagem. Em conformidade com a filosofia da Escola, utilizavam-se metodologias científicas de trabalho, tendo por base modelos teóricos assentes em postulados actuais. No entanto, sempre que, nos locais de estágio, vigorassem outras metodologias de trabalho, as orientações deveriam ser, dentro do possível, ajustadas às praxeologias, não descurando os princípios científicos defendidos pela escola.

No 1.º ano do CLE, o estudante iniciava a sua aprendizagem clínica, pela realização de um ensino clínico em instituições e serviços de saúde com a duração de 8 semanas. Era um ensino clínico bastante exigente por se tratar do primeiro contacto do estudante com a realidade dos cuidados de enfermagem.

No 2.º ano do CLE, o estudante desenvolvia a sua aprendizagem clínica em três serviços diferentes: serviços de medicina, serviços de cirurgia e saúde comunitária. Cada um destes ensinamentos clínicos tinha a duração de cinco semanas, nas quais o estudante tinha de pôr à prova a sua capacidade de adaptação e integração nos contextos da prática de cuidados.

No 3.º ano do curso, o estudante continuava a desenvolver a sua aprendizagem em diversos serviços, cada serviço correspondia a um ensino clínico, com a duração de quatro semanas, passando por: um serviço de especialidade médico-cirúrgico, um de obstetrícia, um de pediatria, um de gerontologia, um de psiquiatria e um de saúde comunitária.



No 4.º ano, o ensino clínico assumia um formato diferente. Apesar de denominado Ensino Clínico IV, apresentava as características de um estágio clínico e decorria durante: 9 semanas nos serviços da comunidade, 7 semanas em serviços de medicina com 2 semanas em serviço de urgência e 7 semanas em serviços de cirurgia com 2 semanas em unidades de cuidados intensivos.



## 2. DESENVOLVIMENTO EMPÍRICO

Após delineado o caminho a seguir e definidos os instrumentos e técnicas a utilizar há que pô-las em prática e, para isso, o investigador deve ter consciência de que, a partir deste momento, o percurso a seguir é pautado de grande investimento e também de alguns constrangimentos e contradições. Esses momentos, por vezes, geram alterações no planeamento previamente efectuado; contudo, após a sua ocorrência, na sua maioria constituem-se como boas oportunidades para o desenvolvimento da investigação.

É, então, um tempo intenso, desgastante mas gratificante em conhecimentos pessoais e profissionais. É um tempo que requer dedicação, análise, sentido crítico e de responsabilidade, empenho pessoal, horas de estudo e, também, de afastamento conceptual. É um tempo importante para a investigação e da qual vai depender todo o restante desenvolvimento da mesma, por isso, toda a fase preliminar foi igualmente indispensável e essencial.

À primeira vista, estudar o pensamento ético dos enfermeiros em contexto da sua formação inicial pareceu-nos demasiado complexo e de difícil abordagem. Receosos de nos centrarmos numa “tábua rasa teórica” poderíamos, de algum modo, correr o risco de não encontrar dados no trabalho de campo, mais ou menos implícitos, que conseguíssemos interpretar ou sustentar à luz dos valores ou quadros de referência.

O trabalho de campo, nomeadamente a fase da recolha de dados, é uma fase importante, porque o investigador, na sua concepção, chega ao campo não com uma teoria sobre “o quê” mas sobre “o como” da investigação, dando lugar ao contexto da descoberta antes e durante a recolha de dados (Lessard-Hébert, Goyete e Boutin, 2005). No sentido de aceder às formas de pensamento e expectativas dos estudantes de enfermagem a nível ético, inserimo-nos no mundo dos estudantes (nas actividades que desenvolvem nos seus ensinamentos clínicos). Durante essa fase, como investigadores, fomos já descobrindo alguns resultados da investigação que nos permitiram compreender o mundo social do estudante a partir do seu interior. Fomos, também, efectuando induções e análises que nos facilitaram as fases seguintes.

O tratamento e a análise da informação é, sem dúvida, uma fase complicada nos estudos qualitativos. Para nós, revelou-se difícil, por um lado pelo montante de texto produzido e que tínhamos de analisar, por outro, pelas dúvidas que nos afloravam como

investigadores. Foi um tempo que se alongou mais do que o que inicialmente tínhamos planeado, o qual se deveu por um lado ao montante de dados e, por outro, a um período de afastamento dos mesmos que consideramos ser necessário existir para posteriormente rever o seu tratamento. Assim, no final conseguimos obter não um “conjunto de dados”, mas uma “fonte de dados” que nos permitiram fazer a sua interpretação em conjugação com os resultados dos questionários (quantitativos), de forma a tirar conclusões segundo o sentido das dimensões estudadas.

### **2.1. Trabalho de campo**

O estudo desenvolvido centrou-se no domínio do pensamento ético dos estudantes de enfermagem, domínio determinante para o processo investigativo. Concomitantemente, mantivemos sempre presente um conjunto de referenciais de natureza teórica que sustentaram a investigação, os quais foram sendo aprofundados e actualizados no decorrer da mesma e que nos permitiram definir, reconstruir e (re)conceptualizar o quadro de referência inicialmente adoptado.

Durante o desenvolvimento da investigação tivemos em mente alguns objectivos de carácter meramente operacional:

- i) Definir equipas de participantes e tempos de acção através de processos de consentimento informado, livre e esclarecido;
- ii) Definir critérios de inclusão das equipas.

A realização destes objectivos operacionais obedeceu a duas fases distintas: a uma fase preparatória e a uma fase de implementação.

A fase preparatória da investigação constitui a etapa preliminar do trabalho, em que foram construídos consensos que nos permitiram, posteriormente, passar à fase de intervenção propriamente dita. Nesta fase, realizámos um conjunto de actividades relacionadas sobretudo com pedidos de autorização junto dos órgãos e sujeitos implicados no estudo, de modo a assegurar as condições para a realização do mesmo.

Foram então, realizados pedidos formais: i) ao Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes, como já mencionado (Anexo II), instituição onde iria decorrer o estudo; ii) aos participantes do estudo, que livremente e de modo esclarecido aderiram colaborar na investigação (Anexo III e IV).

Também foram realizadas algumas reuniões, onde foi informado o âmbito do estudo, exposta a finalidade, questão de investigação, questões orientadoras e objectivos. Foi também esclarecida a colaboração e a importância da participação para a concretização do mesmo e assegurada a confidencialidade de toda a informação, assim como, a dos participantes. Estas reuniões foram realizadas: i) com os participantes do estudo (estudantes); ii) com os responsáveis dos locais onde iria decorrer a recolha de informação; iii) com os tutores que iriam acompanhar os participantes do estudo.

A fase de implementação foi a etapa que se seguiu. Como já referimos anteriormente, esta construiu de três fases: uma primeira, em que foi aplicado um questionário, uma segunda que constou de uma observação participante e uma terceira, em que foram realizadas entrevistas.

Uma vez que, para a efectivação de cada uma destas fases, era necessário existir, pelo menos, uma experiência clínica (critério de inclusão), teve de ser delineado um planeamento em conformidade com o plano de estudos do ano lectivo em questão e, também, para que não coincidissem dois períodos de recolha de informação em simultâneo (quadro 5).

**Quadro 5.** *Perspectiva temporal da colheita de dados*

|                       | 2006 |      |      | 2007 |      |      |      |      |      |      |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                       | Out. | Nov. | Dez. | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Mai. | Jun. | Jul. |
| Questionário (1.ºano) |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Questionário (2.ºano) |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Questionário (3.ºano) |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Questionário (4.ºano) |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Observação (1.ºano)   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Observação (2.ºano)   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Observação (3.ºano)   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Observação (4.ºano)   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Entrevista (1.ºano)   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Entrevista (2.ºano)   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Entrevista (3.ºano)   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Entrevista (4.ºano)   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

Todas estas fases se desenvolveram com esforço entre a objectividade e a subjectividade, a proximidade e o distanciamento da relação entre investigador e participantes na investigação. Esta relação exigiu-nos uma constante conciliação entre rigor e flexibilidade, bem como consciência da complexidade e da responsabilidade do

papel assumido, nem sempre fácil, devido ao seu grau de imprevisibilidade, mas que em muito contribuiu para o desenvolvimento deste percurso investigativo.

## 2.2. Recolha de dados

Atendendo a que a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, é importante que se tomem todas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades de quem participa na mesma. Sendo assim, em todas as etapas do nosso estudo tivemos em atenção os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, determinados pelo código de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.

O **direito à autodeterminação** baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas e defende que cada pessoa é livre de decidir por ela própria e definir o seu próprio destino, ou seja, cada pessoa tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação.

Para este estudo este direito foi respeitado. Enquanto ser autónomo, cada pessoa foi convidada a participar no estudo possuindo a liberdade para decidir, voluntariamente, a sua livre participação, ou não. Na primeira fase do estudo, na fase de colheita de dados através de questionários, a finalidade do estudo foi explicada após o que foram entregues os questionários aos participantes, em envelope aberto, sendo-lhes pedido para os devolverem em envelope fechado e para serem colocados na caixa do correio do professor. Desta forma, pensamos ter assegurado o princípio da autodeterminação, uma vez que só respondia quem quisesse participar no estudo, tendo também a oportunidade de devolver os questionários não preenchidos (não respondentes), facto que não se verificou.

Antes de efectuarmos a observação participante, reunimos com o grupo de estudantes a quem foi apresentado, de forma sumária, o estudo, finalidade, objectivos, questão de partida, opção metodológica e estratégias de colheita de dados e entregue o pedido de consentimento para a recolha dos mesmos. Nenhum meio coercivo, técnico ou psicológico foi utilizado de modo a influenciar a decisão dos estudantes na participação no estudo. Nessa reunião esteve sempre presente o(a) tutor(a) que os iria acompanhar no contexto clínico. Também foi garantido, aos participantes, que seria respeitada a

vontade de quem não quisesse participar ou de decidir retirar-se de participar, mesmo tendo dado o seu consentimento. Os participantes foram informados que retirar-se do estudo constituía um direito seu, que não necessitava de justificação e que, quando exercido, não lhe causaria nenhum prejuízo, nem constituiria penalização. Durante todos os períodos de observação, o procedimento foi sendo sempre semelhante, todos colaboraram, sempre responderam aos questionamentos e participaram nas conversas, nunca se mostraram demasiado perturbados com a presença do investigador e sempre que necessitávamos de consultar os diários de aprendizagem era-nos concedida autorização. Em muitos dos momentos, sentimos que fazíamos parte do grupo e era o próprio grupo a contactar o investigador para contar algum acontecimento que considerava um contributo importante para o estudo.

Na fase de colheita de dados, através de entrevistas, foram contactados os participantes e combinado o dia, o local e o horário. No dia combinado foi novamente questionada a voluntariedade na participação e informado o direito de querer parar quando entendesse. Todos os participantes colaboraram.

Qualquer investigação constitui uma forma de intrusão na vida pessoal das pessoas; por isso, o investigador deve assegurar-se de que o seu estudo é o menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos está protegida. O **direito à intimidade** refere-se à liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar, ao participar numa investigação, e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas. No contexto da investigação, o participante consente em participar no estudo e em revelar a informação íntima ao investigador, em certas condições conhecidas. Neste estudo, a intimidade foi respeitada na medida em que os participantes eram conhecedores da finalidade e objectivos do estudo e nas respostas eram livres de partilhar a extensão e profundidade da informação que entendiam.

O **direito ao anonimato e à confidencialidade** é respeitado se a identidade do participante não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação. Neste estudo, o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados foram sempre salvaguardados em todas as fases. Para isso, foram atribuídos nomes fictícios a todos os intervenientes que se encontram relatados nas notas de campo.

O **direito à protecção e ao prejuízo** corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. Este direito, baseado no princípio do benefício, defende que se deve promover o bem-estar social e prevenir o desconforto e o prejuízo. Neste estudo não foi detectado nenhum risco previsto para os participantes.

O **direito a um tratamento justo e leal** refere-se ao direito a ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitada a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo. O direito a um tratamento justo refere-se à selecção e ao tratamento equitativo dos participantes e apela a que a escolha dos participantes esteja directamente ligada ao problema de investigação. Este princípio também recomenda a ausência de prejuízo para os participantes que desistam no decurso do estudo, assim como o acesso, em qualquer momento, à informação relativa à sua participação no projecto de investigação. Em todas as fases de colheita de dados foi sempre mostrada abertura para o caso de os participantes quererem optar pela “não participação” no estudo ou de “desistirem” do mesmo; foi igualmente garantido o acesso aos dados obtidos no final do estudo e também a dados relativos à sua participação, sempre que solicitado.

### **2.3. Tratamento e análise da informação**

O tratamento e análise dos dados é uma fase do processo de investigação que está intimamente ligada às fases anteriores do trabalho empírico. Desta forma, e nos estudos de natureza etnográfica, os dados vão sendo analisados à medida que vão sendo colhidos. Uma vez que o tratamento da informação depende do método adoptado para a recolha da informação, este será determinado pela fase do estudo e pelo instrumento em uso: questionário, observação participante e entrevista semi-estruturada.

#### ***Questionário***

Após a aplicação dos questionários, foi verificado o seu preenchimento de modo a detectar incorrecções ou quebras de confidencialidade. Uma vez que todos estavam devidamente preenchidos efectuámos de seguida, a codificação dos mesmos e ordenámo-los de forma a organizá-los segundo a ordem numérica.



---

---

No programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)<sup>16</sup> versão 16.0, criámos uma base de dados onde estes foram introduzidos e, posteriormente, tratados. Utilizando a estatística descritiva como ferramenta para o tratamento da informação recorreremos à distribuição dos resultados por frequências e à utilização de quadros para descrever os dados em análise (Pestana e Gageiro, 2000; Maroco, 2003).

### **Observação participante**

Para a observação participante seguimos as etapas defendidas por Spradley (1980); nesse sentido, inicialmente efectuámos a observação descritiva, depois a focalizada e posteriormente a selectiva. Também foi referido que, ao longo da observação, foram sendo efectuadas algumas análises; este é um dos trabalhos que é exigido ao investigador etnógrafo porque o ajuda a estruturar a informação e a dirigir o seu foco de atenção face ao fenómeno em estudo.

A primeira etapa da análise efectuada aquando da observação descritiva é a análise de domínio (Spradley, 1980). Como investigadores revimos as notas de campo e identificámos as dimensões e domínios sobre os quais iria incidir a próxima observação. Para alguns autores, como Hammersley e Atkinson (1983), esta análise pode ser efectuada de modo um pouco diferente, através da criação de categorias conceptuais que podem ser trabalhadas de forma a se obterem subcategorias. Independentemente do método utilizado, o essencial é que o investigador trabalhe no sentido de descobrir o significado cultural das pessoas, lugares, artefactos e actividades. Criar uma lista extensa de categorias auxilia a descoberta, conduz a mais perguntas e a posterior observação para nova exploração.

A análise de domínio permitiu-nos identificar cinco dimensões em análise que guiaram todo o restante trabalho de campo e, ao mesmo tempo, serviram de base para a construção da entrevista. As dimensões encontradas foram: i) contexto da prática; ii) trajectórias da aprendizagem; iii) influência do contexto da prática; iv) dinâmicas de tutoria; e v) desafios de ordem ética. Para cada uma das dimensões ainda nos foi

---

<sup>16</sup> O SPSS é um pacote estatístico que teve a sua primeira versão em 1968 e é um dos programas de análise estatística mais usados nas ciências sociais; é também usado por investigadores de mercado, em estudos relacionados com a saúde, administração, educação e outros sectores. Cf. PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N. - *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

possível determinar vários domínios a explorar que se encontram resumidos no quadro que se segue (quadro 6).

**Quadro 6.** *Dimensões e domínios em estudo*

| <b>DIMENSÃO</b>                   | <b>DOMÍNIO</b>  |
|-----------------------------------|---|
| Contexto da prática profissional  | Natureza socioclínica<br>Características da prática profissional<br>Processo de integração<br>Processo de socialização  |
| Trajectória da aprendizagem       | Expectativas dos estudantes<br>Saberes adquiridos<br>Experiências significativas<br>Aprendizagens efectuadas<br>Resposta emocional dos estudantes                           |
| Influência dos modelos da prática | Influências positivas<br>Influências negativas  |
| Dinâmicas de tutoria              | Expectativas dos estudantes<br>Quem apoiou<br>Escolha do tutor<br>Relação supervisiva<br>Relação tutor/escola<br>Preparação do tutor<br>Modelo de tutoria<br>Papel do tutor |
| Desafios de ordem ética           | Situações complexas<br>Atitudes dos estudantes<br>Valores envolvidos  |

Concluída a análise de domínio, foi necessário efectuar nova observação de forma a colher mais material. Desta vez, baseando-nos nos domínios em estudo, efectuámos uma observação focalizada que nos permitiu identificar algumas das suas características específicas. Esta informação proporcionou-nos um conhecimento mais alargado sobre a cultura, nomeadamente sobre o seu papel e a sua actividade.

De seguida, procedemos à análise taxonómica que, segundo Spradley (1980), é uma análise mais intensiva dos domínios que o investigador escolheu previamente. Nesta análise, procuramos encontrar um sistema de categorias organizadas segundo uma relação semântica. A taxonomia difere do domínio apenas num aspecto: demonstra as relações existentes entre todos os termos incluídos num domínio.

Spradley (1980) defende que a análise taxonómica deve obedecer a sete etapas: i) seleccionar o domínio para análise; ii) fazer um inventário de comparações; iii) preparar

folha de trabalho; iv) classificar dimensões de comparação que possuem valores binários; v) iniciar construção da taxonomia; vi) conduzir observações e entrevistas; vii) completar taxonomia.

De forma geral, neste estudo, todas estas etapas foram cumpridas. Este período revelou-se importante e, ao mesmo tempo, trabalhoso, pois obrigou-nos a repensar nas dimensões e domínios identificados nas fases anteriores. Nesse sentido, iniciámos a análise seleccionando cada uma das dimensões e procedendo à sua classificação num sistema de categorias. Tivemos sempre em mente que a categoria é uma qualidade definidora, o que nos obrigou a efectuar várias experiências acerca do que seria a categoria final. O quadro 7 esquematiza a síntese final da análise taxonómica por nós efectuada para este estudo.

**Quadro 7.** *Análise taxonómica das dimensões em estudo*

| DIMENSÃO                                     | DOMÍNIO                                 | CATEGORIAS                                |
|--|---|---|
| Contexto da prática profissional             | Natureza socioclínica                   | Cuidados de Saúde Primários               |
|  |   | Cuidados de Saúde Diferenciados           |
|  | Características da prática profissional | Características da prática profissional   |
|  | Processo de integração                  | Dificuldades sentidas                     |
|  |   | Aspectos facilitadores                    |
|  | Processo de socialização                | Contexto de cuidados                      |
|  |   | Grupo profissional                        |
|  | Trajectórias da aprendizagem            | Expectativas dos estudantes               |
| Tomar decisões acerca do futuro profissional |   |   |
| Superar medos                                |   |   |
| Ter muitas oportunidades para praticar       |   |   |
| Desenvolver competências                     |   |   |
| Saberes adquiridos                           |   | Nenhum                                    |
|  |   | Competências                              |
| Experiências significativas                  |   | Prática profissional, ética e legal       |
|  |   | Prestação e gestão de cuidados            |
|  |   | Desenvolvimento profissional              |
| Aprendizagens efectuadas                     |   | Erro                                      |
|  |   | Aprendizagens efectuadas                  |
|  |   | Não respondem                             |
|  |   | Medo                                      |
| Resposta emocional dos estudantes            | Usam processos de reflexão              |   |
|  | Relação com o utente                    |   |
| Influência dos modelos da prática            | Influências positivas                   | Relação com o estudante                   |
|  |   | Concepção, prestação e gestão de cuidados |
|  |   | Atitude dos enfermeiros                   |
|  | Influências negativas                   |   |
|  |   |   |

|                         |   | Concepção, prestação e gestão de cuidados |
|-------------------------|---|---|
| Dinâmicas de tutoria    | Expectativas dos estudantes                   | Expectativas dos estudantes               |
|                         | Quem Apoiou                                   | Tutor                                     |
|                         |   | Colegas                                   |
|                         |   | Enfermeiros                               |
|                         |   | Outros                                    |
|                         | Escolha do tutor                              | Instituição escola                        |
|                         |   | Instituição saúde                         |
|                         | Relação supervisiva                           | Atitude do tutor                          |
|                         |   | Supervisão individualizada                |
|                         |   | <i>Feedback</i> contínuo                  |
|                         |   | Satisfação do estudante                   |
|                         |   | Equidade na relação                       |
|                         |   | Reciprocidade na relação                  |
|                         |   | Respeito na relação                       |
|                         |   | Sentido da verdade                        |
|                         | Relação tutor/escola                          | Relação directa                           |
|                         |   | Relação indirecta                         |
|                         | Preparação do tutor                           | Preparação específica                     |
|                         | Sem preparação                                |   |
| Modelo de tutoria       | <i>Mentorship</i>                             |   |
| Papel do tutor          | Prestar atenção                               |   |
|                         | Clarificar                                    |   |
|                         | Encorajar                                     |   |
|                         | Servir de espelho                             |   |
|                         | Dar opinião                                   |   |
|                         | Ajudar a encontrar soluções para os problemas |   |
|                         | Negociar                                      |   |
|                         | Orientar                                      |   |
|                         | Estabelecer critérios                         |   |
|                         | Condicionar                                   |   |
| Desafios de ordem ética | Situações complexas                           | Atitude face ao cuidado no domicílio      |
|                         |   | Vontade de viver                          |
|                         |   | Confidencialidade                         |
|                         |   | Privacidade                               |
|                         |   | Direitos humanos                          |
|                         |   | Interrupção da gravidez                   |
|                         |   | Informação/ Consentimento                 |
|                         |   | Gestão do regime terapêutico              |
|                         |   | Gestão de sinais e sintomas               |
|                         |   | Capacidade para o autocuidado             |
|                         |   | Não adesão ao regime medicamentoso        |
|                         |   | Confusão e coma                           |
|                         |   | Angústia da separação                     |
|                         |   | Não-aceitação do estado de saúde          |

|  |                         |                             |
|--|-------------------------|-----------------------------|
|  |                         | Dor oncológica              |
|  |                         | Morte e morrer              |
|  | Atitudes dos estudantes | Não tomaram nenhuma atitude |
|  |                         | Atitude incorrecta          |
|  |                         | Atitude correcta            |
|  | Valores envolvidos      | Terminais                   |
|  |                         | Instrumentais               |

Finda a análise taxonómica iniciámos a observação selectiva. Através da observação selectiva refinámos os dados que colhemos. Estes ajudaram-nos a identificar as “*dimensões de contraste*” (Spradley, 1980:128) e representam pequenos *foci* sobre os quais vamos dirigir a atenção de modo a identificar as diferenças específicas existentes no grupo de categorias que caracteriza o fenómeno. Trata-se de uma observação ainda mais refinada, onde se pode incluir a realização de entrevistas formais e informais com o intuito de obter dados em profundidade. Nesta etapa aproveitámos a oportunidade e efectuámos conversas informais com o grupo de estudantes, tutores e também com os enfermeiros da prática de cuidados; foram igualmente consultados os diários de aprendizagem dos estudantes.

Seguidamente à observação selectiva, efectuámos a análise componencial. Tal como Spradley (1980) defende, a análise componencial “*é a procura sistemática de atributos associados a categorias culturais*” (p.131). Boyle (1994) acrescentou que a análise componencial possui dois objectivos: especificar as condições em que os participantes nomeiam algo e compreender as condições em que os participantes dão a algo um nome específico. Durante esta fase, procurámos encontrar unidades de significado, de modo a descobrir dados que faltavam. Foi nesta fase que analisámos cada domínio de acordo com as suas componentes e fizemos uma observação seleccionada. A finalidade deste processo foi procurar contrastes, seleccioná-los e agrupá-los de acordo com as suas semelhanças e diferenças. Esta etapa permitiu-nos aprovar a construção da taxonomia elaborada na análise anterior. No final de cada período de observação elaborámos uma matriz de redução da observação participante que compilamos no Anexo VI.

Apesar da análise de dados ocorrer ao longo da colheita de dados, descobrir como se processa o pensamento ético e relacioná-lo com o processo de aprendizagem global, são duas etapas de análise que se executam após consumada a recolha total de informação. A descoberta do tipo de juízo é uma etapa em que se examinam cuidadosamente os dados, de modo a identificar padrões recorrentes, tácitos ou

explícitos, que constituem a cultura. A competência ética é apreendida da análise da lista de domínios culturais, de actividades, de conceitos, do inventário de exemplos que permitem identificar domínios organizacionais, pessoais, profissionais e culturais que nos exigiram tempo e concentração, mas que se revelaram importantes porque nos permitiram compreender as formas de pensamento ético e tentar dar sentido aos padrões culturais em que estes se apresentam.

### ***Entrevista semi-estruturada***

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas para o papel, optando por fazer o registo integral das narrativas. A transcrição integral do *verbatim* permitiu-nos recuperar parte do ambiente, das hesitações perante os factos citados, da força expressiva com que os entrevistados abordaram as questões, do modo como foram capazes de se fazerem entender e do sentido das suas respostas.

Para a análise do conteúdo seguimos os pressupostos de Vala (1989) e Bardin (1995). Segundo Vala (1989), a técnica de análise de conteúdo é utilizada, frequentemente, em estudos sobre atitudes, constituindo um instrumento indirecto de recolha de informação que vise desviar os enviesamentos enunciados. A análise de conteúdo tem a enorme vantagem de permitir trabalhar sobre informações preciosas resultantes de entrevistas e que, de outra forma, não poderiam ser utilizadas de maneira consistente.

Vala (1989) postula que a análise de conteúdo, independentemente da direcção que lhe é dada, pressupõe um conjunto de operações mínimas:

- i) Delimitação dos objectivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa;
- ii) Constituição de um *corpus*;
- iii) Definição de categorias;
- iv) Definição de unidades de análise.

Como qualquer outra técnica de investigação, a análise de conteúdo pressupõe objectivos e referenciais teóricos. Esta fase foi já referida anteriormente.

Se o material a analisar foi produzido com vista ao estudo que o investigador se propõe realizar, então o *corpus* da análise é constituído por todo esse material. No nosso

caso, o *corpus* da análise é constituído pela totalidade das entrevistas efectuadas (conteúdo das 12 entrevistas).

A categorização é uma tarefa que realizamos quotidianamente com vista a reduzir a complexidade do meio ambiente, estabilizá-lo, identificá-lo, ordená-lo ou atribuir-lhe sentido. A prática da análise de conteúdo baseia-se nesta elementar operação do nosso quotidiano e, tal como ela, visa simplificar para potenciar a apreensão e, se possível, a explicação. Neste sentido, uma categoria é habitualmente composta por um termo chave que indica a significação central do conceito que se quer compreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito (Vala, 1989).

A inclusão dum segmento de texto numa categoria pressupõe a detecção de indicadores relativos à mesma. O que interessa ao investigador são conceitos, é a passagem dos indicadores aos conceitos é, portanto, uma operação de atribuição de sentido, cuja validade é importante controlar.

Para a construção do nosso sistema de categorias efectuámos uma análise *a posteriori*. A elaboração de categorias *a posteriori* pareceu-nos ser a mais adequada ao nosso estudo, uma vez que o pressuposto teórico efectuado não orienta para a elaboração de categorias. Sendo assim, as categorias resultaram de um trabalho exploratório sobre o *corpus* conjugado com a taxonomia determinada na análise taxonómica, efectuada durante a observação participante, o que permitiu, através de ensaios sucessivos, um plano de categorias que revela simultaneamente a problemática teórica e as características concretas do material em análise.

Para a categorização, tal como nos indica Bogdan e Biklen (1994), à medida que a leitura foi feita, começámos a desenvolver uma lista preliminar de categorias de codificação, através da escrita num bloco de possíveis códigos que nos iam surgindo.

Após a criação das categorias preliminares, atribuímos um código constituído por uma abreviatura de cinco letras contidas na categoria de codificação. Bogdan e Biklen (1994) são da opinião que esta primeira tentativa de atribuir as categorias de codificação aos dados é, na realidade, um teste da viabilidade das categorias criadas, podendo durante o teste ser modificadas, abandonadas ou desenvolverem-se novas categorias.

Tentámos que os códigos englobassem tópicos para os quais houvesse muito material, bem como tópicos que pretendíamos explorar. Ensaámos diferentes possibilidades de codificação e depois de elaborada nova lista, voltamos a testá-la.

Fizemos reformulações, encurtando a lista, até que esta se tornou definitiva como se pode verificar no quadro 8.

**Quadro 8. Matriz da categorização das entrevistas**

| DIMENSÃO                          | DOMÍNIO                                   | CATEGORIAS                                   |
|-----------------------------------|---|--|
| Contexto da prática profissional  | Natureza socioclínica                     | Cuidados de Saúde Primários                  |
|                                   |   | Cuidados de Saúde Diferenciados              |
|                                   | Características da prática profissional   | Características da prática profissional      |
|                                   |   | Processo de integração                       |
|                                   | Aspectos facilitadores                    |  |
| Trajectórias da aprendizagem      | Expectativas dos estudantes               | Sem expectativas definidas                   |
|                                   |   | Tomar decisões acerca do futuro profissional |
|                                   |   | Superar medos                                |
|                                   |   | Ter muitas oportunidades para praticar       |
|                                   |   | Desenvolver competências                     |
|                                   | Factores intervenientes na aprendizagem   | Limitadores                                  |
|                                   |   | Facilitadores                                |
|                                   | Experiências significativas               | Prática profissional, ética e legal          |
|                                   |   | Prestação e gestão de cuidados               |
|                                   |   | Desenvolvimento profissional                 |
|                                   |   | Erro   |
|                                   | Aprendizagens efectuadas                  | Desenvolvimento de competências              |
|                                   |   | Resposta emocional                           |
|                                   | Influência da escola                      | Competências instrumentais                   |
| Competências interpessoais        |   |  |
| Competências sistémicas           |   |  |
| Reflexão sobre a prática          | Reuniões em grupo                         |  |
|                                   | Diários de aprendizagem                   |  |
| Influência dos modelos da prática | Influências positivas                     | Relação com o utente                         |
|                                   |   | Relação com o estudante                      |
|                                   | Influências negativas                     | Concepção, prestação e gestão de cuidados    |
|                                   |   | Atitude dos enfermeiros                      |
|                                   |   | Relação com o estudante                      |
|                                   | Concepção, prestação e gestão de cuidados |  |
| Dinâmicas de tutoria              | Expectativas dos estudantes               | Expectativas dos estudantes                  |
|                                   | Quem apoiou                               | Tutor  |
|                                   |   | Colegas                                      |
|                                   |   | Enfermeiros                                  |
|                                   |   | Outros                                       |
|                                   | Relação supervisiva                       | Atitude do tutor                             |
|                                   |   | Supervisão individualizada                   |
|                                   |   | Feedback contínuo                            |
|                                   |   | Satisfação do estudante                      |
|                                   |   | Equidade na relação                          |



|                         |                               |   |
|-------------------------|-------------------------------|---|
|                         | Papel do tutor                | Reciprocidade na relação                      |
|                         |                               | Respeito na relação                           |
|                         |                               | Sentido da verdade                            |
|                         |                               | Prestar atenção                               |
|                         |                               | Clarificar                                    |
|                         |                               | Incentivar                                    |
|                         |                               | Servir de Espelho                             |
|                         |                               | Dar opinião                                   |
|                         |                               | Ajudar a encontrar soluções para os problemas |
|                         |                               | Negociar                                      |
|                         |                               | Orientar                                      |
|                         |                               | Estabelecer critérios                         |
|                         |                               | Condicionar                                   |
| Desafios de ordem ética | Situações complexas           | Força de vontade                              |
|                         |                               | Confidencialidade                             |
|                         |                               | Privacidade                                   |
|                         |                               | Informação/ Consentimento                     |
|                         |                               | Capacidade para o autocuidado                 |
|                         |                               | Gestão de sinais e sintomas                   |
|                         |                               | Não adesão ao regime dietético                |
|                         |                               | Eutanásia                                     |
|                         | Morte                         |   |
|                         | Atitudes dos estudantes       | Não tomaram nenhuma atitude                   |
|                         |                               | Atitude incorrecta                            |
|                         |                               | Atitude correcta                              |
|                         | Valores envolvidos            | Terminais                                     |
|                         |                               | Instrumentais                                 |
|                         | Influência do ensino da ética | Temáticas abordadas                           |
|                         |                               | Metodologia de ensino                         |

Assim, após o desenvolvimento definitivo das categorias, percorremos todos os dados e marcámos cada unidade de registo com a categoria de codificação apropriada, o que envolveu escrutinar cuidadosamente as frases e decidir a que código pertencia o material. Este processo envolveu tomar decisões respeitantes ao final de cada unidade e início de outra. Etapa que se revelou exaustiva e demorada.

De acordo com Ghiglione e Matalon (1993), em geral, não nos podemos contentar com a simples justaposição das análises das entrevistas individuais sendo, por isso, necessário fazer delas uma síntese, ou seja, obter do seu conjunto um discurso único. Assim, procurámos construir grupos de dados, através dum processo de separação, comparação, contrastação e encaixe das unidades de registo que constituíam o material de campo das diversas entrevistas, nas diferentes categorias estabelecidas.

Relativamente à definição das unidades de análise, tivemos em consideração quer o *corpus* em análise quer os objectivos do estudo, quer ainda as unidades de registo e de contexto. A colocação numa determinada categoria depende dos objectivos do estudo e do enquadramento teórico que lhe serve de base. No nosso estudo, de entre as diversas unidades de registo, optámos pelas semânticas, ou seja, aquelas em que a unidade mais comum é o tema “*uma afirmação acerca de um assunto*” (Bardin, 1995:44), um segmento do conteúdo e, como unidade de contexto cada um dos relatos da entrevista relativo a um domínio, uma vez que, ao assumirem um carácter semi-directivo e ao solicitarem o relato de situações reais, as afirmações só ganham sentido se tivermos em consideração a totalidade da entrevista.

Para que as categorias por nós elaboradas, na análise de conteúdo, pudessem ser mensuráveis tiveram de ser sujeitas a operacionalização, tivemos de proceder a uma definição teórica da mesma, enumerando as suas dimensões, e uma definição empírica fazendo referência aos seus indicadores, ou seja, aos elementos que indicam o seu valor de forma prática. De acordo com os critérios de inclusão definidos para este estudo, tivemos em consideração, no decurso da análise, o Guião por nós elaborado, onde foram considerados os diversos parâmetros que constituíram variáveis a identificar e a partir das quais construímos uma matriz de análise.

No que respeita à validade da análise efectuada, examinámos o mesmo material em dois momentos diferentes, sendo a categorização coincidente; também recorremos a um perito a quem pedimos que analisasse as unidades de contexto de duas das entrevistas efectuadas, tendo havido concordância na maioria das categorias por nós definidas.

Uma melhor percepção dos dados qualitativos pode ser efectuada consultando os documentos em suporte informático incluídos em anexo ao trabalho.

#### **2.4. Processos de triangulação**

Estamos cientes de que, no final da pesquisa, nos encontramos perante um contexto com verdades distintas que interferem no desenvolvimento do pensamento ético, muito embora em alguns momentos se desconheça o seu sentido. Supostamente, tínhamos reunido um conjunto de informações parcelares, referentes a um contexto onde interferem diversos factores. Para atingir as metas definidas neste estudo tivemos, no

entanto, de promover uma análise integrada da informação, processo que se designa de triangulação da informação.

O processo de triangulação da informação consiste na utilização de diferentes métodos combinados, no interior do mesmo estudo. Campbell e Fiske (1959) foram os primeiros autores a aplicar a técnica da triangulação, servindo-se de uma abordagem “multi-traços-multimétodos” com a finalidade de fornecer um índice de validade convergente. A triangulação é, essencialmente, o ponto de articulação dos componentes que fornecem novos conhecimentos relativamente a um mesmo fenómeno e baseia-se na combinação de métodos e técnicas que permitem tirar conclusões válidas a propósito de um mesmo fenómeno.

A triangulação é, então, uma abordagem exploratória que nos permite comparar dados obtidos com a ajuda de vários processos distintos de observação, seguidos de forma independente no seio de um mesmo estudo. Normalmente, incluem-se métodos qualitativos e quantitativos, *“sendo as regras processuais próprias de cada um, escrupulosamente respeitadas”* (LeFrançois, 1995:62).

Em 1994, Carr refere que, para desenvolver os conhecimentos, não existe um método que seja melhor do que outro e, por consequência, a adopção de um só método restringe a sua evolução para lá das fronteiras. De facto, nos processos investigativos, a triangulação da informação provoca um discurso científico que permite ao investigador estabelecer uma finalidade susceptível de satisfazer a diversidade e complexidade do fenómeno estudado.

A combinação de métodos e teorias deve ser efectuada de maneira reflectida, com o propósito de aumentar a amplitude ou profundidade da análise, sem necessariamente procurar a verdade objectivamente (Fielding e Fielding, 1968). A triangulação pode basear-se no confronto entre informação recolhida através de técnicas normativas ou interpretativas, como é o caso deste estudo, no âmbito do qual utilizámos o questionário (EPQ), a observação participante e a entrevista semi-estruturada, como instrumentos de recolha de informação.

Denzin (1970), Yin (2005) e Streubert e Carpenter (2002) descrevem a existência de quatro tipos de triangulação: triangulação de dados, triangulação de investigadores, triangulação de teorias e triangulação de métodos.

A triangulação de dados inclui mais do que uma fonte de dados para estudar um mesmo fenómeno. Denzin (1970) descreve três tipos de triangulação de dados: tempo,

espaço e pessoas. Ao usar a triangulação de tempo, os investigadores colhem dados acerca do fenómeno em pontos diferentes de tempo (hora do dia, dia da semana, mês ou ano). A triangulação de espaço consiste na colheita de dados em mais do que um lugar. O investigador deve identificar o espaço e argumentar a necessidade do uso de diferentes locais para a colheita de dados. A triangulação de pessoas consiste na colheita de dados a pessoas em mais do que um nível do seu desenvolvimento.

A triangulação de investigadores ocorre quando dois ou mais investigadores com diferentes experiências e perícias trabalham juntos no mesmo estudo. Para alcançar a triangulação de investigadores cada um deve assumir papéis proeminentes no estudo e as suas áreas de actuação devem ser complementares. A escolha dos investigadores para participar no estudo depende da natureza do fenómeno que se pretende investigar. Este tipo de triangulação acontece quando cada investigador desenvolve apropriadamente o método de investigação, a técnica de colheita de dados ou a teoria para formular o resultado final, após o que são discutidos os resultados individuais até se alcançar uma conclusão que inclui todos os resultados (Yin, 2005; Streubert e Carpenter, 2002).

A triangulação de teorias incorpora a utilização de mais do que uma perspectiva ou teoria na análise do mesmo conjunto de dados. Este tipo de triangulação caracteriza-se pela avaliação da pertinência da perspectiva de duas hipóteses ou teorias concorrentes, permitindo eliminar hipóteses rivais (Streubert e Carpenter, 2002).

A triangulação de métodos consiste em utilizar vários métodos de investigação num mesmo estudo, reconhecendo-se dois tipos: a triangulação a nível do desenho e a triangulação a nível da colheita de dados (Kimchi, Polivka e Stevenson, 1991). A triangulação de métodos a nível do desenho, também designada triangulação inter-métodos, consiste na combinação de duas ou várias estratégias diferentes de investigação aplicadas a uma mesma unidade empírica. A triangulação de métodos a nível do desenho utiliza, frequentemente, no estudo métodos quantitativos combinados com qualitativos, embora por vezes se possam utilizar apenas métodos de investigação qualitativos.

A triangulação de métodos a nível da colheita de dados, também designada de triangulação intra-métodos, comporta a utilização de múltiplas estratégias no interior de um método, a fim de examinar os dados. Na triangulação de métodos a nível da colheita de dados os investigadores usam duas técnicas diferentes de colheita de dados, mas

cada técnica está dentro da mesma tradição de investigação. No estudo, os investigadores podem combinar, por exemplo, a entrevista com a observação.

A finalidade de misturar métodos de colheita de dados é fornecer uma compreensão mais abrangente do fenómeno em estudo. Uma vez que os investigadores nunca poderão estar seguros de que as acções praticadas pelos participantes reflectem o que eles dizem acerca do que fazem, combinar técnicas pode facilitar o processo de compreensão do fenómeno na medida em que permite ao investigador ver o comportamento na acção e também descobrir as razões que conduzem ao comportamento (a entrevista é um excelente método para a compreensão do fenómeno).

Mitchell (1986) sugeriu um quinto tipo de triangulação que intitulou de multitriangulação e que consiste na combinação de duas ou mais técnicas de triangulação num mesmo estudo. A multitriangulação é particularmente eficaz em estudos de fenómenos complexos, onde é necessário obter dados com a ajuda de numerosos métodos e fontes para fornecer uma melhor compreensão do objecto estudado.

A utilização das diversas técnicas de triangulação traz benefícios evidentes no âmbito dos estudos etnográficos e de estudos de caso. Dado que o estudo de caso implica a abordagem de unidades sociais distintas, delimitadas e complexas, a triangulação pode conferir a possibilidade dos dados, oriundos de diversas fontes ou obtidos através de diferentes métodos, se validarem entre si, proporcionando uma informação mais profunda e coerente e um conhecimento mais detalhado sobre os objectivos de estudo.

No âmbito deste estudo, como se pode verificar através da descrição metodológica, utilizámos a multitriangulação, com recurso à triangulação de dados e à triangulação de métodos. Na triangulação de dados recorreremos à estratégia de triangulação de pessoas, uma vez que era nossa intenção investigar os estudantes de enfermagem no 1.º, 2.º, 3.º e 4.º ano do CLE, constituindo-se assim mais do que um nível de desenvolvimento de pessoas. Na triangulação de métodos recorreremos à triangulação a nível do desenho, triangulação inter-métodos, uma vez que combinámos várias estratégias diferentes de investigação aplicadas a uma mesma unidade empírica (quantitativas e qualitativas).

Pourtois e Desmet (1988) descrevem a valiação de significância como sendo um método válido e ao qual o investigador pode recorrer no âmbito das metodologias qualitativas. A valiação de significância é entendida como o processo que se destina a verificar se os dados obtidos através da aplicação de uma técnica são o resultado de uma

compreensão real do objecto de estudo por parte do investigador e de uma concordância entre o sentido objectivo dos focos de informação e a percepção que deles tem o investigador.

Em termos objectivos, o processo de validação de significância implica a restituição ao contexto das interpretações e da análise que o investigador realizou a partir da observação do objecto de estudo em que se enquadram os participantes. Esta restituição poderá ajudar o investigador a reorganizar todo o processo interpretativo, em contacto com o grupo de participantes ou parte deles. A validação de significância de informação, que assim se concretiza, assume uma dupla dimensão, uma vez que considera as características do contexto social e cultural onde se inserem os participantes e também a perspectiva que estes possuem sobre o objecto de estudo.

---

**PARTE III**

**PENSAMENTO ÉTICO EM ENFERMAGEM: ESTUDO EMPÍRICO**





## 1. O CONTEXTO CLÍNICO NA CONSTRUÇÃO DO PENSAMENTO ÉTICO

Durante a sua aprendizagem em contexto clínico os estudantes desenvolvem o seu pensamento vivenciando diversas situações que envolvem tomadas de decisão e juízos sobre as situações reais de cuidados de saúde. De entre as várias situações vivenciadas, umas são, para os estudantes, mais significativas do que outras, porque compreendem situações extremas da vida e da sua dignidade que, nas suas decisões, envolvem a vida, a morte ou mesmo a dignidade humana, e que segundo Dewey (1991) constituem condições de natureza emocional, social ou estético face, a um determinado acontecimento.

No sentido de entendermos o teor das situações vividas pelos estudantes como promotoras do pensamento ético na sua prática clínica foram analisados os conteúdos dos questionários, das entrevistas e dos registos de observação que continham as notas de campo da observação participante. A apresentação dos resultados decorre da interpretação das narrativas por nós produzidas e pelos discursos dos estudantes em ensino e estágio clínico.

De modo a facilitar a compreensão do leitor, nesta parte do trabalho fizemos a apresentação dos resultados tendo sempre como preocupação situá-los na perspectiva teórica que os sustenta e, também, sempre que consideramos necessário, recorremos a quadros para melhorar a sua visibilidade. A análise e a discussão dos resultados foram realizadas face a cada um dos contextos em estudo sendo ilustradas por unidades de registo consideradas por nós, como as mais relevantes no processo de codificação global realizado.

Cada unidade de registo é identificada pela fonte de informação, que foi previamente codificada do seguinte modo: OP - Informal / diário, traduz dados relativos à observação participante e sua particularização, conversa informal ou diário de aprendizagem; E, diz respeito à entrevista; 1,2,3,,12, refere-se ao estudante que produziu a narrativa da entrevista. Neste sentido, as entrevistas E1, E2 e E3 correspondem a estudantes do primeiro ano do CLE; as entrevistas E4, E5 e E6 a estudantes do segundo ano do CLE; as entrevistas E7, E8 e E9 a estudantes do terceiro ano do CLE e as entrevistas E10, E11 e E12 a estudantes do quarto ano do CLE.

De modo a compreendermos o modo como as situações vividas na prática clínica promovem o pensamento ético dos estudantes, analisamos: i) a natureza dos contextos e

os processos de socialização; ii) a influência dos modelos da prática de cuidados no desenvolvimento moral do estudante; e iii) o contributo das competências prévias na pessoa do estudante como ser moral.

### **1.1. Natureza dos contextos e processos de socialização**

Como referimos no capítulo dois da primeira parte deste trabalho, o funcionamento dos serviços de saúde tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Por variadas razões, as quais já referimos anteriormente, estes serviços têm sofrido múltiplas e progressivas transformações quer a nível da sua organização quer a nível da sua redistribuição. Contudo, apesar dos esforços efectuados, não se tem verificado a presença de resultados evidentes na resolução das disfunções existentes, continuando a existir serviços de saúde sobrelotados com a presença de listas de espera para marcação de consultas, exames e cirurgias e ainda unidades de cuidados sobrelotadas com utentes acomodados em camas ou macas nos corredores.

*“De entre a conversa ela salientou a falta de condições e o esgotamento que os elementos do serviço estavam a sentir devido à taxa de ocupação do serviço” (OP)*

*“Este é um serviço de medicina homens que, para além de tudo, tem camas no corredor. Foi-me explicado que não era costume existir doentes no corredor, mas com o facto de ter fechado o serviço de urgência em ... , este hospital passou a ser também a unidade de referência para os utentes dessa área, traduzindo-se numa sobrecarga, não habitual até há cerca de um mês atrás, e isso, repercute-se no nosso processo de integração.” (OP - Informal)*

Vaz (2000) afirma que as unidades de saúde são organizações extraordinariamente complexas por natureza, por serem empresas produtoras de serviços altamente diferenciados, exigindo mão-de-obra intensiva e distinta. Pode dizer-se que as instituições de saúde são organizações de matriz profissional em que os processos de domínio de saberes asseguram a compartimentação não só entre os sistemas técnico e de gestão como dentro do sistema técnico, entre os sectores de produção e diferenciação de cuidados e mesmo entre os diversos profissionais. Este facto determina que nas instituições de saúde, especialmente de forma mais evidente nos hospitais, se instale uma permanente luta pelo poder, com a criação de territórios estranhos à organização lógica e racional do trabalho e dos processos de produção dos serviços.

Proença et al. (2000) refere que os cuidados de saúde diferenciados estão no centro de uma grande transformação que visa acrescentar à pertinência dos cuidados a produtividade e efectividade das intervenções havendo, contudo, queixas de gestores, médicos, enfermeiros, técnicos e cidadãos que se prendem com insatisfações óbvias neste campo. Acrescenta ainda, que, de uma maneira geral, todos se sentem angustiados: os enfermeiros, devido à inadequação da carreira e da sua lenta progressão, aos salários instituídos, à responsabilidade que têm a seu cargo e à sobrecarga de trabalho repercutindo-se na ausência de tempo para a assistência devida; os cidadãos, devido à carente informação em termos de quantidade e qualidade e à qualidade dos serviços que lhes são prestados.

Dos dados recolhidos através da observação e das entrevistas efectuadas emergiu como dimensão *Contexto da prática* a partir do qual foi possível construir a taxonomia que se apresenta no quadro 9.

**Quadro 9.** Taxonomia da dimensão “Contexto da prática profissional”

| DIMENSÃO                         | DOMÍNIO                                 | CATEGORIAS                              |
|----------------------------------|---|---|
| Contexto da prática profissional | Natureza socioclínica                   | Cuidados de Saúde Primários             |
|                                  |   | Cuidados de Saúde Diferenciados         |
|                                  | Características da prática profissional | Características da prática profissional |
|                                  | Processo de integração                  | Dificuldades sentidas                   |
|                                  |   | Aspectos facilitadores                  |
|                                  | Processo de socialização                | Contexto de cuidados                    |
|                                  |   | Grupo profissional                      |

No processo de codificação efectuada no campo *Contexto da prática*, consideramos como áreas ou domínios, nos quais ocorreram as experiências clínicas: natureza socioclínica, características da prática profissional, processo de integração e processo de socialização.

### **Natureza socioclínica**

Apesar das alterações verificadas a nível dos contextos e dos esforços efectuados no sentido de uma maior proximidade entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, verifica-se a existência de características específicas em cada uma destas naturezas, claramente percebidos pelo grupo dos estudantes:

*“... o Centro de Saúde é um local onde se prestam essencialmente cuidados preventivos e também alguns curativos como por exemplo alguns pensos. Estão virados para a promoção da saúde, fazem-se as Educações para a Saúde.” (E1)*

*“Aqui os cuidados prestados são essencialmente de vigilância e de manutenção da saúde” (OP - Informal)*

*“No hospital prestam-se cuidados mais especializados, num momento particular da vida de um doente. Existem muitos procedimentos técnicos com o objectivo de salvar a vida e restabelecer a saúde ao indivíduo doente” (OP - Informal)*

*“O estágio decorreu no serviço de cirurgia. ... É um serviço de internamento homens em que predominam as patologias do foro biliar e digestivo essencialmente [...] Prestamos cuidados curativos basicamente” (E12)*

*“Este não foi o meu primeiro estágio hospitalar, apenas o primeiro nesta instituição. Este estágio decorreu no serviço de medicina, é um serviço misto composto por enfermarias de homens e de mulheres. É um serviço muito bom, com boas instalações físicas e recursos materiais adequados. Dentro da área médica verificava-se uma grande diversidade de patologias desde as respiratórias, às cardíacas e hepatobiliares. Os doentes permanecem 24 horas por dia, em regime de internamento, por isso, os enfermeiros trabalham por turnos, fazendo parte de equipas rotativas. Prestam cuidados essencialmente curativos. [...] O que distingue os hospitais é, essencialmente a tecnologia, toda a parte técnica, é o tratar e o curar.” (E11)*

Tal como aprenderam, os estudantes apercebem-se claramente das diferenças evidentes no contexto de Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados; um assume uma vertente mais curativa e outra mais preventiva.

*“No Centro de Saúde os cuidados são contínuos e muito mais próximos das pessoas. São adaptados às suas realidades” (OP - Informal)*

Também verificamos que os estudantes reconhecem outras características associadas aos contextos, nomeadamente na proximidade e continuidade dos cuidados prestados. Com isto, os estudantes não querem dizer que, a nível hospitalar, os cuidados são descontínuos ou distantes; nos seus discursos apenas querem dizer que, nos CSP,

os profissionais de saúde conhecem bem os utentes que têm a seu cargo, por isso estabelecem com eles uma relação mais duradoura, contígua, próxima.

*“Este é um centro com muitos atendimentos diários, onde existem sempre pessoas nas salas de espera. Está dividido e identificado em módulos que se distinguem por cores” (OP - Diário)*

*“Pelo que pude aperceber-me, esta unidade funciona com uma equipa multiprofissional composta por médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros, administrativos, psicóloga e assistente social.” (E5)*

*“Este serviço situa-se no piso nove do hospital e apresenta: 6 enfermarias com 4 camas cada; 2 quartos de isolamento devidamente equipados; sala de material limpo; sala de material sujo e contaminado; casa de banho para banho assistido; sala de pensos; gabinete da enfermeira chefe; para registos de enfermagem; para preparação de medicação; sala dos médicos/ para se proceder à passagem de turno e armazém para materiais diversos. Quanto aos recursos materiais, os materiais de uso corrente são pedidos de acordo com as necessidades do serviço e tendo em atenção o funcionamento dos vários armazéns (dias de reposição de materiais). A farmácia tem um papel diário na medida em que este serviço funciona com método individual no que diz respeito à medicação. Quando se verifica alguma falha de medicação, é só necessário ligar para a farmácia que a resposta é rápida e eficaz. A equipa de Enfermagem é constituída por 18 elementos. É uma equipa bastante jovem, com vários elementos recém-licenciados.” (OP - Diário)*

Os estudantes conseguem identificar, para além da finalidade do contexto, algumas particularidades, como o número de atendimentos, características da população atendida, patologias mais frequentes, metodologia de trabalho adoptada e mesmo organização interna do serviço de atendimento à saúde. Também se verifica que conseguem identificar algumas diferenças dentro de contextos idênticos que, tendencialmente, deveriam apresentar características semelhantes:

*“...eu estava habituada a ver um Centro de Saúde onde os enfermeiros passavam o dia a correr para fazer as coisas porque tinham sempre a sala de espera cheia de gente. Aqui não é nada assim.” (OP - Informal)*

*“Em termos de prevenção primária, as visitas domiciliárias já não se fazem tanto e, se calhar, são características que outros Centros de Saúde têm, ou tentam fazer ao máximo, mas aqui não é prioridade.” (E2)*

*“A característica principal desde Centro de saúde, e que o diferencia do outro, foi o facto de termos feito coisas, de termos tido mais alguma autonomia para falar com as pessoas, de poder fazer ensinamentos acerca de coisas que não podíamos fazer antes*

*porque tínhamos de estar ali simplesmente à beira da enfermeira a ver o trabalho dela” (E5)*

Nestas narrativas constatamos que os estudantes se apercebem claramente das diferenças existentes entre os contextos, nomeadamente quanto à sua grande finalidade, uns mais vocacionados para uma vertente mais curativa e outros para uma mais preventiva. Dentro de cada contexto, os estudantes são ainda capazes de identificar as características específicas de cada um, que lhe permitem reconhecer semelhanças e diferenças quando confrontados com outros campos da prática.

### **Características da prática profissional**

Na prática clínica, os estudantes também estão alerta para identificar as diferenças existentes a nível da especificidade dos cuidados de enfermagem prestados em cada um dos contextos, nomeadamente em dois aspectos fundamentais na prestação de cuidados centrada na doença e na pessoa. Contudo, verifica-se que ainda apresentam uma visão muito voltada para o individual, orientada por uma conduta normativa e tecnicista que se alicerça na primazia do bom e do justo. Esta visão, embora não totalmente errónea, poderá ser de algum modo atentatória à dignidade humana, contribuindo para a prestação de cuidados desumanizados.

*“Os serviços de saúde onde efectuamos os ensinamentos clínicos são muito diferentes, nomeadamente os centros de saúde e os hospitais e isso vê-se também no trabalho do enfermeiro.” (E6)*

*“Aqui no Centro de Saúde uma das características foi o trabalhar mais próximo com o utente, uma situação mais chegada, mais atenta, mais perto das necessidades do utente.” (E3)*

*“...se calhar num primeiro ano como era a primeira vez, nós estávamos muito mais centrados em conhecer as pessoas, em aprender a desenvolver a nossa linguagem com elas” (E4)*

*“Aos poucos, comecei a entrar na rotina do serviço e a planear e prestar cuidados individualizados aos utentes que me eram atribuídos.” (OP - Informal)*

*“Posso dizer que adquiri novos conhecimentos sobre o tratamento de algumas patologias e também debati com a minha tutora quais as melhores respostas ao tratamento, o tipo de materiais e evolução das feridas. Acho que neste sentido, a minha visão e os meus conhecimentos foram alargados nesta área.” (OP - Informal)*

---

---

*“Desconhecia alguns tratamentos para determinadas patologias assim como alguma terapêutica. Foi bom poder contactar com ela e aprender como é que ela pode ajudar a melhorar a qualidade de vida do doente.” (E10)*

Enquanto unidades funcionais, os cuidados de saúde primários e diferenciados não podem funcionar de maneira distinta mas, pelo contrário, devem assentar numa filosofia de base vocacionada numa missão de complementaridade. Nesse sentido, a comunicação e orientação entre os profissionais de saúde são aspectos fundamentais, aspectos que são também realçados por diversos autores nos seus estudos (Abma et al., 2008; Austgard, 2008; De Bal et al., 2005; Fontanals Ribas, Moriconi e Stabler-Haas, 1994; Kemp et al., 2009; Lewis-Hunstiger, 2006; Melo, 2008; Rejeh et al., 2009; Wilson, 2009; Yen e Li-Hua, 2004).

Segundo Maramba (2004), a planificação da alta é definida como o processo de preparação da pessoa doente no hospital, com o intuito de prever as necessidades que esta poderá sentir após a alta. Na maioria das unidades de cuidados o planeamento da alta deve, por princípio, iniciar-se no momento da admissão hospitalar<sup>17</sup>; contudo, o que ocorre na pluralidade das situações é que as instruções aos utentes e seus familiares ou cuidadores são apenas fornecidas no dia da alta clínica (Hendrix, 2006). Outro aspecto importante, referente à preparação para a alta, é o actual encurtamento do tempo de internamento, que traz como consequência a redução do tempo que os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, dispõem para identificar as necessidades e proceder à instrução da pessoa, assim como da família cuidadora. Esta curta hospitalização vai também ter os seus efeitos sobre a pessoa e a sua família, que vão demonstrar menor prontidão para a aquisição de conhecimentos (Maramba, 2004). Quando o planeamento da alta é realizado devidamente, o doente sai beneficiado, reduzindo o número de readmissões e aumentando a sua satisfação acerca dos serviços e cuidados de saúde prestados.

*“Um aspecto que queria salientar é que, muitas vezes, a preparação para a alta do doente resume-se ao ensino sobre alguns aspectos apenas no momento da alta clínica”. (OP - Informal)*

*“Penso que não é por mal, talvez pela falta de tempo. Mas uma vez assisti a um doente que quando o enfermeiro lhe disse que tinha alta clínica ele lhe perguntou «E*

---

<sup>17</sup> Convém também referir que quando é dito que este processo deve ser iniciado imediatamente após o internamento do doente não significa que os profissionais de saúde iniciem instantaneamente a instrução dos cuidadores acerca dos cuidados que irão prestar após a alta. Significa sim, que seja planeado e delineado com prontidão o processo através do qual serão realizadas todas as intervenções necessárias para a preparação daquele cuidador.

*agora como é que eu vou fazer em casa?» Penso que numa tentativa de quem não tem mais nada a fazer, porque as altas não são devidamente programadas e talvez para ficar de consciência tranquila ele fez rapidamente um ensino sobre o que na altura considerou essencial e, claro, encaminhou para os colegas dos Cuidados de Saúde Primários”. (OP - Informal)*

*“Durante os dias em que estive nas visitas domiciliárias, pude aperceber-me que as enfermeiras apostam no ensino, nomeadamente acerca dos posicionamentos adequados a cada caso (tendo em conta o risco de úlcera de pressão numa determinada região, a localização de edema...); nos cuidados que devem ser executados para evitar a progressão das úlceras de pressão, nomeadamente no que respeita à protecção das proeminências ósseas e posicionamentos terapêuticos; dos produtos que devem ser utilizados para o tratamento das feridas, no caso do penso se sujar ou descolar (fornecendo o material necessário à execução de um novo penso); nas formas de evitar infecções urinárias no caso de haver algaliação ou após a desalgaliação, como por exemplo uma higiene adequada e o aumento da ingestão hídrica”. (OP - Diário)*

A importância da interligação dos contextos de cuidados foi um dos factores claramente identificado pelo grupo de estudantes, não tão visível no primeiro ano de curso, uma vez que apenas apresentam uma experiência clínica num contexto de cuidados de saúde primários, mas mais visível nos anos seguintes, aquando das experiências repetidas nesses contextos com experiência acumulada em cuidados de saúde diferenciados:

*“De facto, esta situação levou-me a pensar na continuidade de cuidados e nas altas clínicas hospitalares. É importante que os familiares saibam bem os cuidados que têm de ter, senão acontece como este senhor... [...] Esta situação foi importante para mim pois no ano passado quando estive no serviço de medicina e um doente como este tinha alta, eu nunca pensei que fosse uma situação difícil para os familiares tratarem dele; sempre pensei que se explicasse bem as coisas eles eram capazes de as interiorizar. Na verdade, agora penso de maneira diferente, porque contactei com este doente e percebi as dificuldades dos familiares, nunca pensei que em tão pouco tempo fosse possível ficar com úlceras de pressão”. (OP - Informal)*

*“Aqui, a actividade de enfermagem é dirigida aos doentes e seus familiares, a partir de tomadas de decisão baseadas na observação cuidadosa, na comunicação activa e em conhecimentos técnico-científicos, para além da reflexão crítica da prática diária de cada caso. Os enfermeiros privilegiam o envolvimento do doente e sua família na elaboração e execução do respectivo plano de cuidados, durante o internamento preparando a continuação dos mesmos no domicílio, o que quer dizer, que uma das*



*suas grandes preocupações é a preparação para a alta. A alta é preparada desde a admissão do doente e todos os profissionais de enfermagem estão em constante alerta para os problemas dos utentes tentando solucioná-los.” (OP - Informal)*

Destes relatos, apercebemo-nos que os estudantes identificam a preparação para a alta como uma das características importantes da prática profissional.

A dignidade humana, entendida em sentido moral e jurídico, não é uma propriedade que se pode possuir por natureza, encontra-se ligada à simetria das relações no sentido da obtenção de uma resposta construtiva às dependências e carências decorrentes da imperfeição e fragilidade que a estrutura orgânica possui. Somos dignos quando somos reconhecidos “pelo que somos” e “como somos”, com toda a nossa cultura, família, amigos, etc. Não somos seres isolados no mundo, possuímos uma família de quem por vezes gostamos que participe activamente no nosso processo de doença e reabilitação.

A relação terapêutica é uma relação de confiança, partilha, cumplicidade e parceria; é um processo que envolve a pessoa doente num conjunto de significados e interpretações realizadas num contexto estranho e num tempo nem sempre planeado, por isso, ela constitui uma dimensão absoluta do pacto de cuidados. Cuidar da pessoa é envolver os familiares, os cuidadores, a família prestadora de cuidados no processo de cuidados, e o seu não envolvimento é um dos factores promotores de desumanização desses cuidados.

*“...muitas vezes os doentes deparam-se pela primeira vez com uma ostomia, pelo que apresentam dificuldades a aprender a tratar dela, até porque muitos destes doentes têm uma idade já bastante avançada e o tempo de internamento hospitalar é muito curto. Embora nestes casos sejam efectuados ensinamentos ao doente e, por vezes, a um dos familiares, penso que não são suficientes, a família participa pouco nos cuidados.” (E10)*

*“Se o doente apresenta capacidades para cuidar da ostomia o ensino é efectuado ao próprio, caso não apresente a capacidade para se cuidar é chamado marido ou esposa ou algum filho ao qual é explicado todo o processo. Uma vez assisti a um caso onde ninguém estava preparado na altura da alta hospitalar para tratar da ostomia, a enfermeira que se viu confrontada com a situação penso que mais numa atitude de «consciência tranquila» do que de outra coisa efectuou no momento da alta os respectivos ensinamentos que haviam de fazer parte de toda a preparação anterior até este momento e obviamente encaminhou para o Centro de Saúde da área...os*

*familiares participam pouco nos cuidados e um dos factores é que os enfermeiros não têm muito tempo para promover essa interacção” (E12)*

*“Aparecem muitos doentes com neoplasias e especialmente idosos, por isso os cuidados que aqui se prestam são muito dirigidos quer a este tipo de patologias em si quer à faixa etária dos doentes em questão. Prestamos cuidados curativos basicamente e efectuamos apenas alguns ensinamentos aos ostomizados que, posteriormente, encaminhamos para os Cuidados de Saúde Primários.” (E12)*

Do testemunho dos estudantes verifica-se que existe uma preocupação quanto ao envolvimento dos cuidadores informais no processo de cuidados, o que demonstra que no seu processo de formação eles estão motivados para o envolvimento da participação da família. Alguns autores, nos seus trabalhos, salientam a importância da participação da família no processo de cuidados (Abma et al., 2008; Austgard, 2008; Fontanals Ribas, Colell Brunet e Rius Torm, 1994; Kemp et al., 2009; Lewis-Hunstiger, 2006; Melo, 2008; Moriconi e Stabler-Haas, 2010; Rejeh et al., 2009; Wilson, 2009; Yen, M. e Li-Hua, 2004).

Esta capacidade de hierarquização de saberes reflecte-se a nível do processo de produção de cuidados e constitui a estratégia central da medicina, para assegurar a concretização e visibilidade social do seu domínio profissional. Contudo, a subordinação da profissão de enfermagem à profissão médica deixou de ter o peso que outrora se verificava. A enfermagem cresceu em autonomia e independência, evidenciando-se num saber especializado que permite, actualmente, ao profissional prestar cuidados ao ser humano ao longo do ciclo vital ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Por isso, apesar de os enfermeiros executarem intervenções interdependentes, também possuem uma área de intervenção autónoma.

Peneff (1992), na sua investigação sobre os processos informais que organizam o quotidiano hospitalar, demonstrou que, na execução do trabalho que lhes é delegado e, dada a continuidade de cuidados inerente ao trabalho, os enfermeiros não se limitam a aguardar as ordens médicas, necessitando de recorrer à iniciativa. A actividade do enfermeiro é uma actividade complexa que se articula com a capacidade de decisão e execução.

Tal como Peneff (1992), os estudantes reconhecem o papel do enfermeiro no contexto de cuidados identificando na profissão de enfermagem um lugar na concepção de cuidados, enquanto actividade de decisão autónoma.

*“O médico é uma pessoa que vai vendo o doente mas com uma periodicidade muito menor, isto é, muito menos vezes do que a enfermeira. Esta, é a que está sempre*

*com a pessoa, e é a que vai fazendo a ponte entre o doente e o médico porque, por exemplo, há doentes que estão cá a fazer avaliações de Tensão Arterial, monitorizações de glicemia capilar, etc., e o médico só sabe como o doente anda porque a enfermeira lhe vai comunicando. Se há algum pico, se há algo, é sempre a enfermeira que faz a ponte; sem enfermeiras acho que o centro de saúde não funcionava, a todos os níveis.” (E1)*

*“Às vezes são os enfermeiros que detectam os problemas dos doentes e os encaminham correctamente.” (E3)*

*“Aqui não, o Centro funciona e sem o pessoal de enfermagem não funcionaria, porque a equipa de enfermagem lida directamente com a população que vai de encontro aos problemas dessa população e... de maneira nenhuma o médico.” (E5)*

Independentemente do contexto em acção, os cuidados de enfermagem ostentam uma certa diversidade quer a nível das suas características quer a nível da sua organização de base. Entre os anos 1970 e 2000, em Portugal, o SNS enfrentou um período de mudanças significativas, essencialmente devido ao facto da sociedade passar a exigir cuidados de saúde de melhor qualidade. Os cuidados de enfermagem, fazem parte integrante de um conjunto articulado de medidas estratégicas dos Planos Nacionais de Saúde, cujo objectivo é orientado para a obtenção de “ganhos em saúde”. Em forma de resposta às necessidades e solicitações dos utentes e dos contextos em acção, os enfermeiros dirigem a sua actividade no sentido da obtenção do equilíbrio entre o saber e a acção. Os cuidados de enfermagem surgem de uma combinação complexa que se estabelece entre os objectivos oficiais (institucionais) e os operatórios, próprios de cada grupo profissional, onde é indispensável a análise pormenorizada das práticas para que se possa compreender de forma clara as acomodações e transformações existentes a nível dos cuidados (Carapinheiro, 1993).

A par destas transformações acresce o facto de, apesar do realce colocado na abordagem centrada nos processos de saúde/doença e nas políticas de saúde, observamos que ainda existe uma influência hospitalar significativa na construção profissional dos enfermeiros, em prejuízo dos CSP. A filiação do enfermeiro à instituição impõe um compromisso, cria um equilíbrio entre a “orientação para o doente”, que ideologicamente constitui o seu referencial e a “orientação para a instituição” que lhe é requerida pelas suas funções de controlo e manutenção da ordem social dos serviços. A orientação para o doente tem como elemento central a pessoa humana que experiencia e pode influenciar a evolução clínica da doença em vez de se centrar na doença ou nas

intervenções fragmentadas que possam ser efectuadas em vários pontos do sistema de saúde (Stewart et al., 1995).

*“Aqui no Centro de Saúde uma das características foi o trabalhar mais próximo com o utente, uma situação mais chegada, mais atenta, mais perto das necessidades do utente e que nos permite efectuar o correcto levantamento de diagnósticos e necessidades.” (E3)*

*“A nível da execução de pensos é uma área em que o enfermeiro tem muita autonomia, mas por vezes também é limitada ao material existente no Centro de Saúde.” (E9)*

Os modelos tradicionais de organização de cuidados foram-se enriquecendo com novas concepções dirigidas para a pessoa. Para prestar bons cuidados não basta ser tecnicamente competente; é preciso também associar o cuidado humano (Jorge e Simões, 1995). A conquista da autonomia e a procura de níveis cada vez mais elevados da qualidade nos cuidados de enfermagem prestados aos utentes geraram alterações nas concepções e nos modelos da organização do trabalho dos enfermeiros. Estas preocupações têm-se manifestado ao longo dos anos, dando origem a uma evolução contínua. Contudo, os parâmetros quantitativos atribuídos pela instituição de saúde, cujos objectivos bem determinados e definidos defende a gestão do custo-eficácia, determinam alguns contornos do modelo de prestação de cuidados de enfermagem, impondo-lhes alguns limites de actuação. Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de gerir de forma autónoma os cuidados dentro do que lhe é exigido na profissão e imposto pela instituição (Pinto e Abreu ed. lit., 2009).

*“O método de trabalho é o individual, o enfermeiro fica responsável por determinado número de utentes os quais conhece as suas necessidades e características. Para efectuar o planeamento de cuidados é muito bom, porque se conhecem muito bem as necessidades e características das pessoas.” (E3)*

*“Como princípio geral, pude aperceber-me que os enfermeiros desenvolvem as suas actividades baseando-se na prática de cuidados personalizados. Desenvolvem actividades compatíveis com a figura de enfermeiro de família. Para cada utente fazem sempre consulta de enfermagem onde avaliam o estado do mesmo dando especial realce às actividades de educação para a saúde. Em cada sala de enfermagem, possuem computadores com bases de dados que lhes permitem efectuar registos informáticos, utilizando o Sistema Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Nos seus registos apontam tudo o que foi avaliado, observado e efectuado, assinalando também os erros cometidos pelo utente. Nesta unidade os utentes não dispensam de muito tempo para serem atendidos, as consultas são efectuadas sob*

*marcação e a consulta de enfermagem é efectuada antes da médica e, em alguns casos, após a mesma.” (E5)*

*“No turno da manhã o método de trabalho é o individual, em que cada enfermeiro cumpre as acções planeadas segundo a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), isto é, de acordo com os fenómenos de enfermagem identificados para cada utente, a acção do enfermeiro será em função dos fenómenos identificados. Na tarde e na noite, o que se verifica é que a equipa colabora entre si na prestação de cuidados.” (OP - Informal)*

Os cuidados de enfermagem têm por base a interacção entre enfermeiro e utente, família, grupos e comunidade englobando, de acordo com o seu grau de dependência, diferentes formas de actuação utilizando a relação de ajuda e a metodologia científica como recursos. Vários estudos, no âmbito da enfermagem, têm salientado a importância da utilização de metodologia científica (Bellman, Bywood e Dale, 2003; Dearnley, Haigh e Fairhall, 2008; Gregory e Haigh, 2008; Koivunen, Välimäki e Hätönen, 2010; Lim e Honey, 2006); alguns salientam que as tecnologias de informação constituem uma ferramenta fundamental para ampliar o conhecimento (Dearnley, Haigh e Fairhall, 2008; Koivunen, Välimäki e Hätönen, 2010). Nesse sentido, é necessário que o enfermeiro estabeleça uma relação com o utente, relação que também se reveste de contornos diferentes face às características do contexto em acção.

*“No hospital não, no hospital uma pessoa vai para lá, vai estabelecer uma relação próxima uns dias mas depois passa. Aqui é uma relação mais continuada. Nós aqui participamos nas consultas, mas principalmente como assistentes, não fazemos técnicas nenhuma, apenas as observamos e...vamos perguntando coisas. Nas consultas avaliamos parâmetros vitais e efectuamos registos sempre com a enfermeira...Também fazemos Educações para a Saúde.” (E3)*

Os cuidados de enfermagem são constituídos por um processo específico de cuidados, composto por habilidades e saberes cognitivos (pensamento, raciocínio), técnicos (destreza manual) e relacionais (emoções, sentimentos e valores), além de aptidões e experiência na utilização de técnicas de resolução de problemas e gestão. Essas habilidades e saberes – competências – ajudam a determinar o que deve ser feito, porque deve ser feito, por quem deve ser feito, como deve ser feito e que resultados são esperados com a execução da acção/intervenção de enfermagem (para que deve ser feito).

A utilização de sistemas de classificação na prática de enfermagem tem mobilizado enfermeiros de todo o mundo, numa tentativa de universalizar a sua

linguagem. A CIPE<sup>®</sup> torna a prática de enfermagem visível nos sistemas de informação da saúde. Nesse sentido, investigadores, supervisores e gestores podem, a partir desses dados, identificar o contributo da enfermagem no cuidado à saúde da pessoa doente assegurando, ao mesmo tempo, a qualidade das práticas. De igual modo, podem também detectar-se lacunas e promover-se mudanças na prática, através da formação, gestão e investigação.

*“Um aspecto importante dos cuidados e que particularmente me suscitou muitas dúvidas, aliás um em que tive muita dificuldade foi o ter de efectuar o processo de enfermagem segundo a linguagem CIPE. Sei que é importante fazê-lo, mas inicialmente foi-me extremamente difícil. Difícil porque tinha de arranjar uma primeira utente para efectuar a colheita de dados com quem tinha de conversar aspectos íntimos para registar no papel. Eu tinha que estar com o papel à minha frente porque não conseguia fazer as perguntas de cabeça, foi complicado.” (E2)*

*“Um aspecto importante deste centro é a sua organização e também o contacto com os registos informáticos. Temos a oportunidade de utilizar o Sistema Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).” (E2)*

*“Como em todos os ensinamentos clínicos anteriores, neste também tivemos de efectuar o processo de enfermagem. É sempre uma das actividades mais complexas, nós efectuamos as intervenções mas o processo de enfermagem obriga-nos a fundamentar a pensar no porquê das acções. É sempre uma das actividades mais complexas para o estudante.” (E11)*

*“Neste serviço a CIPE já está implementada há algum tempo e, sem dúvida, o trabalho é mais organizado e mais assertivo. Apesar da minha limitada experiência com os registos informatizados CIPE/SAPE, fui relembrando e interiorizando esta metodologia de trabalho.” (OP – Informal)*

Dos relatos dos estudantes ressalva-se que o contacto com a linguagem CIPE<sup>®</sup> e a informatização de registos (SAPE<sup>®</sup>) é um aspecto que se tornou relevante no seu processo de formação mas, também, um dos mais exigentes pela complexidade. Para os estudantes, em qualquer fase do seu desenvolvimento, este é um dos aspectos complexos porque exige fundamentação (mobilização de processos de pensamento complexos), mas, especialmente nos primeiros anos de formação, a sua dificuldade é mais evidente.

## Processo de integração

No âmbito do processo de integração no contexto da prática emergiram aspectos relativos às dificuldades sentidas e aos aspectos facilitadores.

### *Dificuldades sentidas*

A prática clínica é caracterizada por ser uma acção dominada pela incerteza, pelos cenários reais em permanente mutação e por uma abordagem minuciosa das situações, com uma correspondência, nem sempre pacífica, entre os aspectos teóricos e os práticos. Do ponto de vista dos estudantes, o contacto com o contexto da prática constitui um factor gerador de sentimentos, de ansiedade e de impotência aquando das suas experiências clínicas iniciais.

*“Eu acho que nós, no início, chegamos aqui como “caídos do céu”, nós nunca tínhamos tido nenhuma experiência clínica, como a professora já disse. E como não tínhamos essa experiência não sabíamos minimamente o que é que vínhamos para cá fazer, sabíamos o que é que havíamos de fazer na teoria, mas aonde íamos ficar e o receio de não saber fazer o que aprendemos na teoria, pois a prática é um bocado diferente. Tínhamos o receio de ser um estorvo para as enfermeiras...” (E1)*

*“Acho que foi um bocado estranho, porque não sabia muito bem o que havia de esperar de cada pessoa que encontrava em termos profissionais, e os profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros. E não sabia muito bem até que ponto é que podia ir, que podia comunicar, sei lá... E, se calhar levei muito mais tempo do que era suposto o que, se calhar, só a partir do segundo mês é que comecei a sentir-me completamente à-vontade para... não digo para tirar dúvidas, porque sempre tirei, mas aquela à-vontade em termos de pessoa, só comecei a revelar-me um bocadinho mais a partir do segundo mês.” (E2)*

*“No primeiro dia fiquei um bocado assustada porque não sabia para o que é que vinha [...] eu senti-me cair de pára-quadras, em termos de acção estava muito limitada, não queria tomar logo a decisão...” (E3)*

De facto, os estudantes apresentam receios no seu primeiro contacto com a prática clínica que se prende, essencialmente, com a sua inexperiência a nível da prática de cuidados, o que demonstra a existência de um carácter dicotómico no ensino da enfermagem, ou seja, entre a teoria e a prática real de cuidados, situação defendida por vários autores (Allmark, 1995; Bail et al., 2009; Boris e Coyne, 2007; Boyd et al., 2008; Cheng et al., Corlett, 2000; Costa, 1998; 2010; Eklund-Myrskog, 2000; Kejriwal, Wilde e

Becher, 2008; Lionis et al., 2009; Melby e Hellesø, 2010; Serra, 2008; Tornabeni e Miller, 2008).

Sem dúvida, as instituições de saúde são espaços privilegiados para a percepção que o estudante desenvolve acerca da concepção de cuidados. São espaços de socialização, onde profissionais e docentes, utentes e estudantes estabelecem os seus papéis sociais numa junção de saberes, forma de “ser”, “estar” e de “ver” o mundo.

O conhecimento construído a partir da reflexão sobre as experiências da prática constitui cenários de aprendizagem, nos estudantes. Desse modo, a prática clínica é um espaço privilegiado para a transformação e consolidação dos modelos de prestação de cuidados. Mas é, também, neles que surgem os conflitos e as dificuldades e são desenvolvidas as estratégias necessárias para as ultrapassar.

*“Se calhar a minha dificuldade foi devida a ter ido logo para as visitas domiciliárias na primeira semana” (E4)*

*“Foi um bocado complicado porque eu comecei logo com visitas domiciliárias na primeira semana. Comecei assim... portanto, não tive tempo de conhecer o Centro de Saúde, não tive tempo de conhecer os enfermeiros nem os utentes que poderia encontrar.” (E5)*

*“...foi complicado na primeira semana entrar no Centro de Saúde que eu não conhecia e estava organizado de um modo que eu não sabia muito bem como é que funcionava” (E8)*

A estratégia utilizada na integração da unidade de cuidados é um dos aspectos realçado, pelos estudantes, como sendo uma das dificuldades sentidas a nível da sua inclusão na prática clínica. Deste factor podem advir outros como a dificuldade, a metodologia de trabalho e as condições físicas do serviço.

*“No entanto, nos turnos da tarde e da noite, o método de trabalho é o de tarefa, que a meu ver não é tão adequado uma vez que se perde um pouco a noção do doente como um ser individual. Tive dificuldades em me adaptar a este método, pois perdia informações importantes sobre os doentes que me eram atribuídos enquanto estava a prestar cuidados a outros doentes.” (OP - Diário)*

*“No que diz respeito a este serviço, as suas condições físicas são pouco modernas, o que dificulta a manutenção e planeamento das actividades de enfermagem, entre as quais o controlo da infecção hospitalar. O facto de dificultar não significa que estas condições não sejam cumpridas, de certa forma acaba por exigir mais dos profissionais.” (OP - Informal)*



Os estudantes consideram que o método de trabalho adoptado pela unidade de cuidados pode ser um factor que interfere negativamente no seu processo integrativo assim como as condições físicas do serviço. Mas, apesar destes aspectos, existe ainda outro que os estudantes salientam como factor que dificultou a sua integração no contexto da prática:

*“...primeiro, as enfermeiras acho que não foram... acho que não nos acolheram assim muito bem, acho que fomos os primeiros e elas não estavam assim muito bem preparadas para nos acolher, exigiam que nós tivéssemos conhecimentos teóricos que se calhar não tínhamos, exigiam uma base teórica muito grande, faziam-nos perguntas para as quais não estávamos preparados.” (E5)*

*“No meu caso não, até achei que a minha enfermeira orientadora em termos de integração não ajudou muito. Não teve assim uma relação muito próxima comigo.” (E11)*

*“Sei que o seu processo de integração no serviço não foi fácil um pouco por minha culpa pois de início era um pouco ríspida e não reagi da melhor forma.” (OP - Informal)*

Pela análise dos testemunhos inferimos que o acolhimento por parte dos enfermeiros da prática pode, também, ser um factor que dificulta a integração dos estudantes no contexto da prática. Os enfermeiros da prática são co-responsáveis pela formação dos futuros profissionais e para isso devem estabelecer, com eles, relações que promovam processos de inclusão social (Bail et al., 2009; Boris e Coyne, 2007; Boyd et al., 2008; Cheng et al., 2010; Kejriwal, Wilde e Becher, 2008; Lionis et al., 2009; Melby e Hellesø, 2010; Tornabeni e Miller, 2008).

#### *Aspectos facilitadores*

Independentemente da natureza dos contextos e da diversidade dos sistemas de gestão da instituição, as unidades de saúde articulam-se e estruturam a sua composição e dinâmica de trabalho tendo em vista o cumprimento dos objectivos que a qualidade dos serviços obriga. Nos seus contextos da prática, os estudantes reconhecem e salientam as unidades de cuidados de saúde que consideram estar “bem organizadas”, realçando-as como um aspecto facilitador do seu processo de integração.

*“Esta unidade de cuidados era muito mais organizada, como centro de saúde este era quase um sonho comparado com muitos outros. Neste, a organização é completamente diferente, existe mesmo aquele aspecto de enfermeira de família. Nós tínhamos as consultas todas programadas: saúde infantil nuns dias, saúde materna*

*noutros, é um centro muito mais organizado e, para nós, era muito mais fácil até em termos de integração e aprendizagem.” (E4)*

*“Aqui a integração foi mais facilitada, não por nada de especial mas pela organização da própria Unidade em si” (E3)*

No entanto, para que o estudante funcione como elemento produtor de cuidados deve, primariamente, integrar-se nesse contexto. Quando a integração é bem sucedida, unindo docentes, estudantes e profissionais de saúde tendo como foco central dos cuidados o utente, as dificuldades são amenizadas (Pinto ed. lit., 2009).

*“Acho que se calhar, esforcei-me e acho que também ajudou porque já conhecia aquele campo de estágio e já conhecia alguns enfermeiros por isso já estava muito mais à-vontade. Conversava mais... acho que esse aspecto ajudou muito, porque se fosse num ensino clínico num local diferente, com pessoas diferentes, se calhar ia sentir mais alguma dificuldade.” (E7)*

*“...um aspecto muito positivo e que facilitou a minha integração foi conhecer o local onde vou estagiar” (OP- Diário)*

O conhecimento do contexto é destacado como um aspecto facilitador da integração dos estudantes de enfermagem na prática clínica, acontecimento também defendido por Purdie, Sheward e Gifford (2008). Mas também salientam outros aspectos:

*“...a unidade de saúde possuiu muito boas condições físicas o que facilita a prestação de cuidados. Também possui todo o material necessário para se prestar cuidados de qualidade” (OP - Informal)*

*“...referiram que a unidade de saúde possuía as condições necessárias para lhes proporcionar as experiências que necessitavam” (OP)*

Destes relatos sobressai a referência às condições físicas da unidade de cuidados como um dos aspectos que os estudantes enumeram como facilitador da sua integração no serviço. As condições físicas das unidades não são aspectos essencialmente necessários para se prestarem bons cuidados mas, de facto, temos de admitir que estas facilitam a prestação de cuidados, proporcionando experiências enriquecedoras e facilitadoras no processo integrativo na prática clínica.

Para além dos aspectos facilitadores centrados na unidade de cuidados existem ainda outros factores de cariz humano.

*“Acho que fomos privilegiados, pois tivemos uma ajuda boa. A equipa estava muito disponível para nos acolher, a orientadora também esteve sempre muito presente, e muito connosco a “ver” os nossos problemas, a nos incentivar. E os utentes também*

*não são aquele tipo de pessoas que ficam admirados, sabem que nós estamos a aprender e ficam admirados mas quando nós vacilávamos um bocado eles eram compreensivos e viam que nós estávamos a aprender e a melhor maneira de aprender era assim. Portanto facilitou ter de facto muita gente a ajudar-nos.” (E1)*

*“Eu acho que a integração foi fácil no serviço, que os enfermeiros de imediato nos colocaram à-vontade, explicaram-nos portanto a disposição do material [...] mas os enfermeiros tiveram sempre a preocupação de nos integrar, explicar onde é que se colocava os materiais, como é que se fazia os registos e assim foi fácil a integração. Explicavam-nos primeiro, por exemplo se fosse um procedimento diferente que não tivesse experimentado anteriormente fariam e numa segunda oportunidade éramos nós a fazer.” (E8)*

*“Assim como ela, outras estudantes, referiram que lhes acontecera o mesmo, referindo-se às enfermeiras da unidade como pessoas muito simpáticas que contribuía para a diminuição do stress e ansiedade que apresentavam. (OP)*

*“As enfermeiras também nos receberam muito bem.” (OP - Diário)*

Nestes discursos é notório que os estudantes consideram como factor facilitador da sua integração o acolhimento quer por parte dos profissionais da prática quer por parte do tutor e mesmo dos utentes. A recepção efectuada, a simpatia, a presença, o acompanhamento, as explicações acerca da organização e produção de cuidados, assim como a compreensão acerca da sua fase de desenvolvimento são enumerados como os aspectos essenciais, dados que vão ao encontro dos divulgados por vários investigadores (Bail et al., 2009; Boris e Coyne, 2007; Boyd et al., 2008; Cheng et al., 2010; Kejriwal, Wilde e Becher, 2008; Lionis et al., 2009; Melby e Hellesø, 2010; Tornabeni e Miller, 2008).

Sem dúvida que o momento de imersão do estudante no quotidiano dos serviços pode trazer recursos riquíssimos para a sua aprendizagem e processo de produção de cuidados, mas, para isso, é essencial a sua integração. Os testemunhos dos estudantes colocam em evidência que os sentimentos de impotência, as estratégias adoptadas na integração na prática clínica, a metodologia de trabalho adoptada, as condições físicas da unidade de cuidados e o apoio dos enfermeiros da prática de cuidados são aspectos que dificultam a sua integração. Ao passo que a organização da unidade de cuidados, o conhecimento prévio da unidade de saúde, as condições físicas do contexto da prática, o apoio sentido pelos enfermeiros e pelos tutores e a compreensão dos usuários dos cuidados, são apontados como os aspectos facilitadores da sua integração na unidade de cuidados.

### **Processo de socialização**

Sem dúvida, os estudantes devem aproveitar todas as experiências vivenciadas e observadas nos serviços de saúde durante os seus ensinamentos clínicos e estágios, como momentos pedagógicos, para reflectir sobre as práticas de cuidados. Essas reflexões devem incluir a concepção de cuidados e a sua aproximação ou afastamento com a realidade da unidade, numa tentativa de entendimento acerca da forma como estes se organizam e desenvolvem no plano assistencial.

Durante o desenvolvimento de competências em ensino clínico, os estudantes constroem a sua identidade profissional, processo complexo e inacabado constituído por diferentes fases. Na construção da identidade as relações interpessoais e as formas de poder assumem particular importância. É nas relações com os outros que os estudantes, ao agirem enquanto profissionais, evidenciam a sua especificidade, o seu poder, a sua identidade. Nesta relação, o “outro” nunca é um parceiro vivido como “neutro” ou indiferente. A forma como é vivida a relação interpessoal, como é aceite e respeitado o “poder” ou “saber” de cada um, tem potencialmente possibilidade de influenciar a construção da identidade.

Após a análise dos dados e considerando o processo de socialização dos estudantes no contexto da prática de cuidados, emergiram aspectos relativos ao contexto de cuidados e ao grupo profissional.

#### *Contexto de Cuidados*

É através do processo de socialização que os estudantes são preparados para participar nos contextos (sistemas sociais) a partir da compreensão dos símbolos, dos sistemas de ideias, da linguagem e das relações que os constituem. A socialização é um processo contínuo que se verifica tanto no momento da aquisição de um novo papel quanto no seu ajustamento.

*“A médica elogiou a estudante dizendo: «Se continuar assim de certeza que vai ser uma boa profissional»”. (OP - Informal)*

*“Na conversa com os utentes a estudante era cordial e, por momentos, imaginei-a já profissional não me importando, como utente, de ser tratada por ela. Regressei à central de enfermagem onde ainda tive oportunidade de apreciar no contacto com os utentes que permaneciam no corredor, verifiquei que se preocupou em substituir uma nebulização que entretanto tinha terminado”. (OP)*

*“... ela é responsável, competente, discreta, estabelece uma boa relação com os utentes e familiares até porque tem facilidade em comunicar e também tem bons conhecimentos teóricos”. (OP - Informal)*

*“Gosto muito dela é muito responsável e ponderada”. (OP - Informal)*

*“Nunca tivemos alunas da vossa escola, penso que aqui no serviço é a primeira vez mas estou a gostar dela é muito discreta e parece responsável”. (OP - Informal)*

*“A estudante vai ser uma boa profissional. Neste momento confio plenamente nela e, se estivesse doente, não me importava de ser tratada por ela. É uma jovem discreta que acima de tudo apresenta uma postura muito profissional e cordial. Conversa muito com os doentes e todos eles gostam muito dela”. (OP - Informal)*

Sem dúvida, é através de estratégias de integração da pessoa ao contexto que os valores e comportamentos são transmitidos e incorporados pelos novos elementos. Como processo, a socialização é entendida como a fase de adaptação durante a qual os novos membros aprendem os valores, interiorizam as normas, expectativas e procedimentos estabelecidos, para assumirem um papel específico de modo a tornar-se membro de um grupo ou organização (Schein, 1988). Dos testemunhos dos estudantes verificamos que estes, no seu processo de socialização, se encontram integrados porque os outros (enfermeiros da prática e restantes elementos da equipa de saúde) lhes reconhecem essas qualidades - interiorização de valores, normas e procedimentos segundo o contexto em acção e adopção de papel específico, compatível com o de futuro profissional de enfermagem.

*“...identifico-me muito mais com este tipo de trabalho activo e dinâmico que me faz sentir mais útil. Não obstante a minha colaboração ter sido meramente de apoio à enfermeira...” (OP - Informal)*

*“...este ano a minha responsabilidade é maior, porque as vacinas já estão a meu cargo. Também sinto que este ano as enfermeiras confiam em mim e, por isso, me dão espaço para trabalhar.” (OP - Diário)*

Do ponto de vista dos novos elementos, o processo de socialização, enquanto processo de integração profissional, reduz a ambiguidade de papéis e aumenta a sensação de segurança, o que leva à redução do estado de ansiedade à medida que interiorizam normas e valores da profissão.

De facto, os estudantes referiram como um dos aspectos da socialização relacionado com o contexto de cuidados o facto de não só serem reconhecidos pelas suas qualidades mas também pelo próprio reconhecimento de que as possuem

(reconhecimento de si) e identificação com o trabalho desenvolvido. Esse “conhecimento de si” e de que “os outros confiam em si” porque são capazes e se reconhecem no que fazem, gera sentimentos de segurança.

#### *Grupo Profissional*

O entendimento do processo de socialização assume particular relevância e compreende mecanismos do contexto de cuidados mas também do próprio grupo profissional de forma a assegurar o sentido cultural, social e simbólico da profissão. Dessa forma, cada elemento tem de trabalhar no sentido de se integrar no grupo cultural de modo a adquirir a identidade de base através de estratégias de socialização.

*“Algumas enfermeiras confiam no nosso trabalho.” (OP - Informal)*

*“Adorei o dia e senti confiança por parte da enfermeira, coisa que ainda não tinha sentido. Normalmente as enfermeiras costumam dizer que não têm ninguém a ajudar e que estão sozinhas, falando na nossa presença, como se nós não existíssemos. A uma certa altura a enfermeira disse que se encontrava sozinha no módulo, mas acrescentou que se não fossem as alunas do primeiro ano, não se conseguia safar. Foi bom ouvir que fomos úteis. Este dia trouxe-me mais confiança.” (OP - Informal)*

*“...mais uma vez verifico que, a segurança e confiança em nós são imprescindíveis para uma boa prática de enfermagem, uma vez que, ao sentir-nos à-vontade, indubitavelmente que, transparecemos para o exterior essa sensação, o que permite que o doente se sinta melhor e assim juntos «remando para o mesmo lado» tudo se torna mais simples e nos proporciona a vivência de momentos mais enriquecedores”. (OP - Informal)*

*“O facto das enfermeiras do Centro confiarem em mim na execução de cuidados fez com que por vezes me sentisse uma verdadeira enfermeira, era como se fizesse parte da equipa” (OP - Informal)*

Deste modo o processo de socialização, enquanto processo de integração no grupo profissional, é entendido, tal como o processo de socialização ao contexto de cuidados, como a fase de adaptação durante a qual os novos elementos se tornam membro integrante de um grupo. Dos depoimentos efectuados pelos estudantes verifica-se que estes consideram a sua integração no grupo profissional quando sentem que os elementos da equipa confiam neles.

*“Às vezes até me esqueço que ela ainda é aluna...também é por pouco tempo. É uma jovem simpática, preocupada, com conhecimentos teóricos suficientes que lhe*

*permitem prestar bons cuidados, estabelece boa relação com profissionais, doentes e familiares. Para mim é uma profissional". (OP - Informal)*

As ideias de transformação no sentido de aquisição da autonomia pressupõem a inclusão no grupo social. Neste sentido, é importante para o estudante estar verdadeiramente integrado no grupo social, ser reconhecido como um elemento do mesmo.

Do discurso dos estudantes verificamos que estes, no seu processo de socialização, se consideram integrados porque são reconhecidos como parte integrante do grupo profissional, da equipa de cuidados. Esse reconhecimento pode chegar, quer através do próprio, pela confiança que os outros lhes inspiram e o fazem sentir seguro quer através de outros profissionais, pelo reconhecimento das competências e desempenho prestado pelo estudante.

### 1.2. Os modelos da prática: influência no desenvolvimento moral

A aprendizagem do estudante transforma-se, muitas vezes fruto do esforço realizado pelos enfermeiros das unidades de cuidados que, para atenderem às preferências dos estudantes face ao cumprimento dos seus objectivos no decorrer dos ensinamentos ou estágios clínicos, seleccionam os doentes que lhes devem distribuir, atribuem responsabilidades de forma progressiva e fazem um acolhimento no seio da equipa onde lhes atribuem pequenas tarefas; assim, efectuam uma integração de modo a que se sintam membros da equipa, esclarecendo as dúvidas que vão surgindo no decorrer do tempo.

Dos dados recolhidos surgiu como dimensão *Influência dos modelos da prática*, a partir da qual construímos a taxonomia que se apresenta no quadro 10.

**Quadro 10.** Taxonomia da dimensão “Influência dos modelos da prática”

| DIMENSÃO                          | DOMÍNIO               | CATEGORIAS                                |
|-----------------------------------|-----------------------|---|
| Influência dos modelos da prática | Influências positivas | Relação com o utente                      |
|                                   |                       | Relação com o estudante                   |
|                                   |                       | Concepção, prestação e gestão de cuidados |
|                                   | Influências negativas | Atitude dos enfermeiros                   |
|                                   |                       | Concepção, prestação e gestão de cuidados |

No processo de codificação efectuada para a dimensão *Influência dos modelos da prática*, encaramos como áreas ou domínios os tipos de influências produzidas no estudante. Nesse sentido, delineamos como áreas de domínios: i) as influências positivas, e; ii) as influências negativas.

### **Influências positivas**

Cada experiência nova constitui um meio e uma forma de aprender. Muitas vezes, sem intenção directa, são os enfermeiros da prática os grandes referenciais para os estudantes de enfermagem, exercendo forte influência sobre a construção da sua identidade enquanto futuro profissional, ainda que, de forma inconsciente e puramente informal.

*“...não posso deixar de apontar as diferenças existentes entre aquilo que aprendemos na teoria e o que depois acontece e verificamos na prática.” (OP- Informal)*

De facto, os estudantes consideram os enfermeiros da prática de cuidados como os “modelos” que têm de seguir. Na sua lógica de pensamento, são efectivamente eles e não os docentes, que conservam os saberes práticos, aqueles que eles tanto almejam conseguir adquirir. Por isso, os enfermeiros nas suas actuações, por mais elementares que sejam, influenciam sempre o estudante (Granero-Molina, Fernández-Sola e Aguilera-Manrique, 2009).

*“O que mais gostei foi a maneira como algumas enfermeiras tratam as pessoas, e enquanto as estão a tratar estão preocupadas com o que a pessoa está a sentir com o que a pessoa pensa, com o problema, com todo esse tipo de coisas.” (E1)*

*“...mas o que eu gostei mais e que adoptaria para mim é o aspecto de ser uma verdadeira enfermeira de família, uma pessoa amiga em quem os doentes possam confiar. Os doentes vão lá, sabem quem é e têm a sua própria enfermeira de família e contam os seus problemas e a enfermeira aconselha, se calhar aquela proximidade. Gostei de ver isso em algumas enfermeiras” (E4)*

*“Existem enfermeiros muito bons que eu imitava em quase tudo, primeiro no à-vontade com que deixam os utentes, brincam com eles mas sem faltar ao respeito e criam a sua relação com eles e... as pessoas saem de lá a rir-se, por exemplo se forem por uma úlcera numa perna que é uma coisa que não é muito agradável, brincam com o assunto e saem de lá a rir-se e falar.” (E5)*



Uma das influências identificada pelos estudantes é a relação que os enfermeiros mantêm com os utentes e a sua preocupação com eles, o respeito com que os tratam, a segurança que lhes confiam. O saber relacional é uma das competências profissionais de enfermagem muito valorizada pelos utentes e, por isso, muito interligada com a qualidade da assistência na perspectiva do utilizador.

É importantíssimo considerar cada pessoa na sua totalidade e, portanto, cada utente na sua unidade insubstituível e na sua situação singular, atribuindo-lhe sobre esse aspecto todo o respeito que lhe é merecido. Mas os estudantes não reconhecem só como influências na sua aprendizagem os enfermeiros que manifestam saberes éticos e relacionais baseados no reconhecimento pelo respeito da pessoa enquanto ser único, mas também nos enfermeiros que demonstram esses saberes no domínio do respeito da pessoa enquanto ser autónomo.

*“...e mesmo na relação com o utente falava de uma maneira assertiva sem impôr a sua vontade.” (E6)*

Respeitar a pessoa autónoma significa aceitar e estimar as suas opiniões, escolhas e acções baseadas tanto nos seus valores como nas suas crenças pessoais, este respeito de que falamos não deve passar por uma simples atitude casual mas uma atitude activa, presente em todo o relacionamento com o outro (Pinto, 2003). A ideia de autonomia remonta a Kant (2001) que no seu imperativo moral defende respeitar as pessoas como fins em si mesmas e não simplesmente como meios. O autor vai mais longe ao propor, no seu imperativo categórico, o critério de universalidade:

*“A autonomia da vontade é a constituição da vontade, pela qual ela é para si mesma uma lei – independentemente de como forem constituídos os objectos do querer. O princípio da autonomia é, pois, não escolher de outro modo, mas sim deste: que as máximas da escolha, no próprio querer, sejam ao mesmo tempo incluídas como lei universal” (p.85).*

Este filósofo considera que o respeito pela autonomia deriva do reconhecimento de que toda a pessoa possui um valor incondicional e a capacidade de decidir o seu próprio destino. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro respeitar as decisões dos utentes que tem a seu cuidado. Respeitar a autonomia é valorizar as opiniões e escolhas dos utentes, evitando, da mesma forma, o impedimento das suas acções, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para o outro.

Demonstrar falta de respeito para com um agente autónomo é desconsiderar os seus juízos, ou omitir informações necessárias para que possa ser feito um juízo, quando não existem razões convincentes para tal acto. O conceito de autonomia está

intimamente ligado ao conceito de liberdade de acção, mas também aos direitos que toda a pessoa doente tem.

A preocupação pelo bem-estar do utente é também uma manifestação revelada por alguns enfermeiros, facto que também afecta os estudantes:

*“...nos domicílios notava-se que tinha uma preocupação em querer saber a progressão da ferida, alternativas que poderia apresentar à família, estar com a família e preocupar-se com os problemas sociais. Sim, esta enfermeira, acho que estava mesmo indicada para o trabalho que fazia e, sinceramente, acho que tinha uma postura com o doente muito boa.” (E8)*

*“Há enfermeiras que são realmente muito boas nos aspectos humanos” (OP - Informal)*

*“Uma vez assisti a uma enfermeira que conseguia manter uma relação com os doentes muito boa. Eu gostava de um dia poder ser assim. Conseguia tranquilizá-los, brincava com eles mas sempre com muito respeito” (OP- Informal)*

*“Existem enfermeiras que são muito boas nas relações humanas” (OP- Informal)*

*“Existem enfermeiras que têm uma óptima relação com os doentes, são verdadeiras comunicadoras. Um dia eu gostava de conseguir ser assim.” (OP - Informal)*

Na saúde, a preocupação pelo bem-estar da pessoa tem sido desenvolvida tendo em conta o conceito de *stress*, que se refere às experiências psicológicas de desconforto e dificuldade e que envolve estados emocionais negativos, como a ansiedade, frustração, raiva e desconforto, entre outros (Lazarus, 1999), de que resulta o desequilíbrio ou discrepância entre níveis percebidos ou desejados de um determinado aspecto ou nível percebido da situação de saúde/doença. Nesse sentido, os enfermeiros devem preocupar-se com o estado dos doentes que têm a seu cargo, nomeadamente nos aspectos que lhes estão inerentes: cuidados físicos, baseado em indicadores como a sintomatologia física, sintomas adicionais e, ainda, em estilos de vida e comportamentos de risco.

Do relato exposto, podemos verificar que os estudantes revelam ser uma influência positiva na construção da sua forma de pensar, os enfermeiros que demonstram preocupação pelo bem-estar das pessoas que têm a seu cargo. Efectivamente, o desenvolvimento do estudante enquanto ser moral restringe-se a um movimento sem projecção futura, uma vez que é uma construção de si que só é possível pela intervenção do outro; logo, pressupõe uma relação.

Como é óbvio, a prática de enfermagem não reflecte apenas acções isoladas ou abstractas. Nas intervenções diárias, os enfermeiros não só têm de se relacionar com os utentes de quem cuidam, como também com outros profissionais. E a forma mais básica de sermos humanos e de manifestarmos essa humanidade é através das relações que estabelecemos com os outros. Nesse sentido, é também uma preocupação do enfermeiro o relacionamento que estabelece com o estudante:

*“O mesmo acontece não só com os utentes mas também com os alunos, põem os alunos à-vontade, tentam ver quais são os problemas deles, por exemplo eu não conseguia tirar as cápsulas das agulhas, então estive lá uma manhã inteira, tipo tira pão, tira pão e a enfermeira estava lá sempre a rir-se e a brincar comigo sem nunca deitar abaixo, foi uma coisa fenomenal, eu fiquei assim espantada.” (E5)*

*“Outra atitude é quando as enfermeiras tentam perceber quais são os problemas em termos de confiança e foi muito importante, houve uma enfermeira que falou comigo e chorei, estive lá a falar com ela, mas fez-me super bem, acho que cresci com isso.” (E5)*

*“A enfermeira dos domicílios era excepcional na forma como se relacionava com os alunos” (OP - Informal)*

*“Esta enfermeira foi um bom exemplo para mim não só pelos conhecimentos que demonstrava mas pelas competências de relação que conseguiu estabelecer com o grupo” (OP - Informal)*

De facto, a necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos serviços que prestam à comunidade tem motivado os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais para sua profissão (Kérouac et al., 1996). Esses modelos conceptuais orientam a prática dos enfermeiros proporcionando uma descrição da meta que perseguem e das actividades em termos de cuidados humanos. São esses modelos conceptuais, de orientação das práticas, que inspiram os estudantes nas suas experiências clínicas e as quais eles ressaltam:

*“Gostei porque se notava que eram bastante responsáveis e profissionais e estavam sempre a ... por exemplo era uma enfermeira em que ia lá o utente e fazia tudo direitinho como nós tínhamos aprendido na escola, todas as regras de assepsia, tudo direito...” (E6)*

*“Por vezes vemos profissionais muito competentes nos cuidados” (OP - Informal)*

*“Eu penso que essa enfermeira era um verdadeiro exemplo porque também se preocupava muito em prestar bons cuidados” (OP - Informal)*

*“Como aspecto positivo, tenho a referir, que uma enfermeira do Centro, dos poucos utentes que ela alertou para as reacções pós-vacinais, aconselhou a aplicação de um pano com água fria, tal como nós fazemos desde o primeiro ensino clínico em vez da obsoleta massagem com uma pedra de gelo, facto que constantemente vi aconselhar durante este ensino clínico.” (OP - Informal)*

*“Das vezes que estive na sala de tratamentos verifiquei que existe a preocupação de perguntar aos utentes se têm o seu boletim individual de saúde actualizado para verificar se estes tomaram a vacina Td (vacina contra o tétano e a difteria) ou há quanto tempo a tomaram. Quando os utentes não tinham o Boletim Individual de Saúde actualizado, eram alertados para a importância de tomar essa vacina e encaminhados para o gabinete de Vacinação. Para mim, acções como estas são muito importantes porque permitem prevenir esta doença infecciosa e as complicações que dela podem advir. Este foi um aspecto que considerei muito positivo”. (OP - Informal)*

*“A nível de cuidados era muito competente, executava as técnicas com muito rigor e assepsia, era cuidadosa nos cuidados que prestava e nas explicações que dava aos utentes, preocupava-se muito com o bem-estar das pessoas que recorriam ao Módulo e verificava sempre se tinham a vacinação em dia. Era muito cuidadosa” (OP - Informal)*

*“...é um verdadeiro exemplo, é mesmo muito competente, executa as técnicas com muito rigor e assepsia, é meiga para os doentes e explica-lhes tudo o que lhes faz.” (OP - Informal)*

Os estudantes salientam como influências positivas as enfermeiras que se apresentavam aos seus olhos como bons exemplos. Para eles o ser “bom enfermeiro” passava por possuir competências sistémicas. Era então preocupação dos enfermeiros compreender e combinar entendimento, sensibilidade e conhecimento, de forma a ver a situação na totalidade e as suas partes relacionadas entre si e com o conjunto. Esta forma de pensamento requer, como base, a aquisição de competências interpessoais e instrumentais e manifesta-se no processo de organização de trabalho:

*“A nível de organização de trabalho era excelente, ... era organizada nos registos e nos cuidados que prestava” (OP - Informal)*

*“...preocupada com os utentes e organizada nos registos e nos cuidados que prestava” (OP - Informal)*

*“E depois há enfermeiras que são muito organizadinhas têm tudo na agenda direitinho e acho que isso é muito bom, que sabem os utentes que vão ter por horas” (E5)*

*“...tinha sempre tudo muito arrumadinho e o balcão onde preparava os injectáveis, estava sempre devidamente limpo” (OP - Informal)*

*“Essa enfermeira é também muito organizada nos registos” (OP - Informal)*

Dos relatos dos estudantes salienta-se que existem alguns aspectos que eles consideram importantes e que influenciam as suas formas de ser enfermeiro moral das quais se destacam: o respeito pela autonomia da pessoa doente, a preocupação pelo seu bem-estar, a relação com o utente, a relação com os estudantes e a organização do trabalho.

A formação clínica do estudante é um aspecto de relevo, aspecto nem sempre facilitado pela disposição escolar interna, uma vez que a formação escolar e as questões organizacionais, por vezes, centralizam os recursos em termos de docentes. Não é impunemente que o deficit de recursos humanos se verifica ao nível do acompanhamento das práticas e mais raramente a nível da componente teórica do curso. Como é óbvio, na enfermagem, a carreira académica acarreta o afastamento da área clínica, mas é também evidente que os enfermeiros que acompanham os estudantes devem possuir qualificações dirigidas quer para a prestação de cuidados quer disponibilidade para o acompanhamento das suas práticas assistenciais.

A comunicação torna-se, portanto, a base do processo da construção do ser e sofre influências do quotidiano de cada um de seus protagonistas. É importante que se valorize o diálogo, a troca, a relação interpessoal e acreditar que é possível construir aquilo que somos conversando, discutindo e trocando ideias com os nossos aprendizes. Já, da parte dos estudantes, é esperada uma atitude mais activa na procura do saber, através da extracção da informação do contexto, integrando-a com outra já armazenada na memória, fundamentando assim, o seu questionamento. Desta forma, o conhecimento é construído, criado e dado como fruto de uma assimilação activa, inerente ao próprio sujeito.

Os enfermeiros não devem apenas instruir, mas estimular o estudante a tomar as suas decisões, fazer observações, perceber relações e trabalhar com base nas evidências científicas. Dessa forma, o enfermeiro facilita ao estudante o crescimento do seu poder (*empowerment*), ou seja, facilita o desenvolvimento de habilidades e atitudes conducentes à aquisição de competências, que lhe permitem desenvolver uma actuação na defesa da saúde humana (Pinto ed. lit., 2010).

*“Senti sempre que a equipa de enfermagem estava disposta para me auxiliar no que precisasse” (OP- Informal)*

*“As enfermeiras sempre estiveram disponíveis para nos ajudar no que fosse necessário” (OP - Informal)*

*“Acho que apoiaram bastante, talvez pelo facto de estar sempre connosco e não nos deixarem desamparados e estarem sempre acompanhados, mesmo quando avaliamos TA por exemplo e estivermos com uma dúvida quando está muito alta e está a sentir-se mal e preciso fazer alguma coisa e não pode ir embora. Então eles estão sempre na nossa retaguarda e sempre na sala connosco é porque nos estão a dar espaço, para nós termos a nossa autonomia; mas estão sempre ali na porta ao lado, e se formos lá bater não vão ficar aborrecidos para lhes pedir para confirmarem.” (E1)*

*“De forma geral, os enfermeiros do serviço estavam disponíveis e diziam «olha sempre que precisares estou aqui». Eu acho que só em saber que eles estavam disponíveis me tranquilizava.” (E11)*

*“Sim, estavam sempre disponíveis para ... ajudar-nos” (E7)*

*“Acho que sem dúvida me apoiaram [...] e mesmo a nível de todos os enfermeiros, eles eram muito disponíveis.” (E12)*

Os relatos dos estudantes fizeram sobressair que, na prática de cuidados, os enfermeiros sempre mostraram vontade para os ajudar e que essa ajuda passou pela disponibilidade demonstrada em termos de prontidão, presença efectiva. Mas o apoio não se restringiu unicamente a este aspecto, também foi referido como ajuda nas dificuldades a nível da concepção, prestação e gestão de cuidados:

*“Quando sentia dificuldades na execução dos cuidados ou mesmo na organização dos mesmos, os enfermeiros do serviço sempre me ajudaram no que precisei” (OP - Informal)*

*“Antes de entrar na casa das pessoas explicava o que íamos encontrar e como estava a ser efectuado o tratamento para não termos surpresas” (OP - Informal)*

*“...explicavam como se faziam as consultas de enfermagem, ....” (OP - Informal)*

*“...perguntavam se queríamos ser nós a avaliar as tensões arteriais e primeiro avaliávamos nós e seguidamente elas para confirmarem os valores, só posteriormente é que o fazíamos sozinhas.” (OP - Informal)*

*“Diziam-nos sempre se estávamos a fazer as coisas bem ou como as deveríamos fazer” (OP - Informal)*

*“Por exemplo, se eu dissesse «Sr. Enfermeiro X desculpe eu não consigo fazer muito bem aquilo por favor não me poderia vir ajudar» eu acho que ninguém está a*

*condenar ninguém estou a pedir uma ajuda, o que é normal, até porque ninguém sabe tudo. Acho que nisso os enfermeiros ajudavam e apoiavam bastante.” (E11)*

Destes testemunhos percebemos que os estudantes referem que os enfermeiros os apoiaram na execução e organização de cuidados, nas explicações que lhes facultavam e no *feedback* que lhes forneciam. Mas o apoio referido pelos estudantes ainda não termina aqui:

*“Sempre que tínhamos alguma dúvida podíamos perguntar às enfermeiras que elas explicavam tudo muito direitinho” (OP - Informal)*

*“Sempre que nós tínhamos uma Educação para a Saúde (EPS) iam-nos buscar panfletos, viam se tinham alguma documentação ou algum suporte teórico que nos pudessem emprestar, que nos pudesse ajudar, mesmo sem ser as EPS. Mesmo alguma dúvida que nos surgia, iam buscar as capas para ajudar a mostrar mais informação, para uma melhor compreensão. Foram excelentes.” (E3)*

*“Outra coisa que eu admiro é que há profissionais que não nos sabem esclarecer todas as dúvidas de imediato, o que eu acho louvável é quando diziam olha por acaso colocas-te uma questão pertinente, não sei hoje mas amanhã... vamos ver, eu vou ver e tu também vais ver e vamos ver a que conclusão chegamos, também me surgiu algumas situações destas. Mas tive apoio dos profissionais, de todos os profissionais.” (E9)*

Destes relatos percebemos que os estudantes referem que os enfermeiros os esclareceram sempre que lhes surgia alguma dúvida.

### **Influências negativas**

Mas, se por um lado se identificam influências positivas, por outro, também se identificam alguns entraves que influenciam o estudante de forma menos positiva:

*“...algumas enfermeiras chegam ao lado da pessoa fazem o tratamento a correr, saem a correr, a pessoa está a falar elas interrompem a conversa e vão-se embora.” (E1)*

*“Alguns tipos de tratamentos que algumas enfermeiras davam às pessoas; uma maneira mais fria de tratar as pessoas” (E4)*

*“...num dos domicílios a uma Sr.<sup>a</sup> de idade que tinha uma úlcera varicosa apercebemo-nos que esta estava para além de alguma falta de higiene pessoal tinha pulgas, penso que isto poderia ter sido abordado de outra maneira, por exemplo explicando o que ela poderia fazer para solucionar o problema, o que aconteceu é*

*que no dia seguinte durante o café da manhã e o almoço a enfermeira não falou de outra coisa, toda a gente no Centro ficou a saber que a referida senhora tinha pulgas, até as auxiliares que lá estavam a tomar café. Não penso ser a atitude correcta, nós devemos ajudar e não comentar nem divulgar a vida dos outros em público”. (OP - Diário)*

*“...fiquei um bocado impressionada com certos comentários acerca dos utentes que recorriam às consultas. Não achei a atitude da enfermeira minimamente correcta”. (OP - Informal)*

*“...eu também presenciei situações que acho que são de lamentar, embora muitas das vezes provocadas pelo stress que se verificava entre os profissionais, porque nós apesar de estarmos lá de passagem apercebemo-nos minimamente, mas acho que as pessoas têm de separar as coisas e também vi lá situações em que os profissionais eram extremamente agressivos, se calhar estavam a descarregar em pessoas que não eram as mais correctas, porque estavam cansados, enervados, com muito trabalho.” (E9)*

*“Por exemplo, dar um injectável e o doente dizer que lhe está a doer e ouvir «Oh, deixe lá», não é uma atitude correcta. Acho que muitas vezes não é o que se diz, é mais como se fala e os gestos que se fazem”. (E11)*

De facto, tal como os estudantes referem que os enfermeiros se preocupam com o bem-estar da pessoa doente, também realçam algumas situações que, pela atitude tomada, lhes pareceu ser atentatória da dignidade humana. Este facto fez com que os estudantes se sentissem desconfortáveis perante os utentes, situação agravada quando direccionada ao próprio:

*“Alguns enfermeiros não eram muito simpáticos e faziam-nos sentir um estorvo”. (OP - Informal)*

Como vimos anteriormente, um dos aspectos importantes é a integração no serviço. O acolhimento dos estudantes no contexto da prática é, de facto, um dos factores de sucesso dos ensinamentos ou estágios clínicos. Para os estudantes é importante a simpatia dos profissionais, porque é através dela que surgem os sentimentos de tranquilidade, mas é também importante o tipo de relação que os enfermeiros estabelecem com eles, nomeadamente algumas atitudes que estes adoptam:

*“Outra coisa dos enfermeiros era a relação connosco, por exemplo aquela experiência em que eu estava super pressionada estava a fazer o penso eu ouvi «Então despacha-te, então não fazes isso?. Temos mais casas para visitar, então» Acho que era incapaz de fazer isso a um aluno especialmente num do segundo ano,*



*se calhar se fosse do quarto tinha mais obrigação de ser mais despachado, mas... não sei... acho que não fazia isso a um aluno e mesmo porque acho que é desvalorizar a pessoa em frente dos utentes.” (E5)*

*“Contudo, nesse dia, fui abordada por uma das enfermeiras do serviço dizendo que «não era suposto» monitorizar os sinais vitais durante o turno da manhã. É claro que fiquei um pouco confusa, porque ninguém me tinha dito tal facto. Senti-me injustiçada porque ouvi comentários desnecessários, que teriam sido evitados se me tivessem orientado para tal, logo no primeiro dia.” (OP - Informal)*

Não muito raramente, os enfermeiros são chamados a realizar uma dimensão de cuidados em que privilegiam o eixo das intervenções, da racionalidade científica, deixando transparecer toda a instrumentalidade própria dos cuidados à saúde que confere à pessoa cuidada uma existência despersonalizada, reduzida a tarefas e procedimentos. O cuidar do outro torna-se uma produção tecnocientífica próxima do intervencionismo e da automatização, numa relação sujeito – objecto, onde o “ser doente” e o “cuidar” deixam de se realizar enquanto arte.

*“Continuo a ficar admirada com a quantidade de procedimentos que alguns profissionais executam sem luvas e sem lavar as mãos, como pensos e injectáveis”. (OP- Informal)*

*“Delegam muitas coisas nas auxiliares, às vezes querem descartar-se um bocado daqueles trabalhos que eles consideram eventualmente mais chatos em termos de alimentação e de banhos. Por vezes haviam auxiliares a dar banhos na cama, um dia deram banho a um senhor que eu acho que deveriam ser os enfermeiros. Por exemplo, uma vez havia um senhor e... portanto eram os auxiliares que o alimentavam, queixaram-se que ele não conseguia comer e entubaram-no. Ficou a ser alimentado por sonda imenso tempo até que eu comecei a insistir com ele para se alimentar. As auxiliares não o alimentavam porque tinha de ser tudo muito rapidinho e tive de ser eu a fazer isso e depois, no dia a seguir também fiquei com ele e disseram-me «dá-lhe por sonda que é mais fácil» e eu disse que não, que mais valia ficar lá com ele para tentar fazer com que fosse ele a comer e visse a colher e... eu penso que para ele era bom ele ver que estava a conseguir comer e ... claro demora tudo muito mais tempo. E a partir daí, quer dizer, ele a partir desse dia depois já se alimentou, começou a comer.” (E12)*

*“...no que respeita ao tratamento não me parece correcto a protecção com méfix num coto amputado. Deveria ser colocada uma ligadura para dar forma cónica e também para favorecer a circulação.” (OP - Informal)*

*“A triagem dos lixos nesta é feita de forma que nem os próprios enfermeiros são capazes de a explicar correctamente, havendo até discordâncias. Existe um saco colado na parede da sala da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil que funciona como saco branco, pois parece que noutra local as crianças facilmente manipulavam esse lixo. O facto de se tratar de um saco pequeno é vantajoso porque evita que seja mantido na sala de um dia para o outro. No entanto, não é trocado o número de vezes necessário. Existe um contentor amarelo para cortantes, perfurantes e frascos hermeticamente fechados onde são colocadas, erradamente, as fitas de Combur. Existe ainda, um saco para lixo doméstico onde uma enfermeira disse que devia ser colocado o algodão utilizado após as pesquisas de glicemia. Isto constitui um certo número de atitudes das quais eu não concordo, mas quando referi isso à enfermeira ela reagiu fugindo ao assunto e senti que não gostou que o tivesse feito”. (OP - Informal)*

De facto, os estudantes são efectivamente muito críticos. Fazem apreciações, por vezes menos fundamentadas, baseadas essencialmente em ideias aparentes (percepção), mas também são bastante perspicazes. Nos seus juízos eles percebem que existem profissionais de enfermagem em unidades de cuidados que nem sempre consideram ser seu dever contribuir para a formação clínica dos estudantes. Contudo, muitas das apreciações dos estudantes são consistentes e devidamente fundamentadas quanto ao seu quadro conceptual.

Como vimos, os estudantes valorizam os enfermeiros pela sua experiência prática. Dos relatos efectuados salientaram aspectos que os influenciaram quer pela positiva quer pela negativa. No entanto, apesar dos exemplos aqui expostos não retratarem de forma clara a sua proporção, salientamos que os aspectos positivos eram, de longe, mais referenciados que os negativos.

Por vezes, o nosso quotidiano e o próprio contexto da prática, pela sua estrutura organizacional, leva à padronização das práticas de saúde originando rigidez e impessoalidade da relação. Como enfermeiros, detentores de conhecimentos e habilidades, não nos podemos esquecer que possuímos um campo de actuação autónomo, no qual assumimos a responsabilidade pelas decisões que tomamos. Nesse sentido, deixar o “ser doente” assumir-se como um objecto do cuidado ficando dependente do poder científico, corresponde a dizer que a doença se sobrepõe à dignidade da pessoa doente.

Falar da influência dos modelos da prática é falar na construção da pessoa do enfermeiro como ser moral, com sensibilidade e virtudes morais, porque ajuizar acções,

nomeadamente as que envolvem relações entre pessoas e assistência à saúde, é falar de humanização de cuidados. E humanização de cuidados envolve reflexão e discussão acerca das relações entre os diversos intervenientes, relações que se estabelecem desde a porta da instituição (momento da admissão), passando pelo internamento ou gabinete do enfermeiro até à porta de saída (alta clínica).

### **1.3. Competências prévias: contributo para a formação moral**

A enfermagem é uma das profissões, na área da saúde, cuja essência e especificidade se centra no cuidado ao ser humano individualmente ou nos cuidados à família e comunidade a nível global. Na concepção actual, o enfermeiro faz parte de uma equipa de saúde alargada que procura, no exercício autónomo da sua profissão, produzir e aplicar conhecimentos empíricos e pressupostos teórico-metodológicos em saúde, para melhorar a assistência e fundamentar a sua actuação. A eficácia desse trabalho, ou seja, a melhoria na qualidade de cuidados, vislumbra horizontes e oportunidades prolongados para que o enfermeiro possa implementar, executar e avaliar as suas intervenções a nível assistencial. Actualmente, os profissionais de enfermagem têm-se esforçado para efectuar uma prática de cuidados baseada na visão holística, objectivando a valorização da pessoa humana como ser total num processo de transição ao longo do ciclo vital.

Hoje em dia, o que se espera das pessoas é a aquisição de competências a longo prazo, tanto teóricas quanto sócio-comunicativas, que compreendem conhecimentos e atitudes, capacidade de analisar, pensar, planear, formular alternativas criativas, agir com independência, comunicar, cooperar e conjugar diferentes formas de competências: saber-fazer e saber-ser. Dessa forma, para enfrentar qualquer situação, o estudante tem de colocar em acção vários recursos cognitivos complementares, entre os quais o conhecimento e as representações da realidade que constrói e armazena ao longo de toda a sua formação (Paiva, 1989).

Os ensinamentos ou estágios clínicos são locais privilegiados na formação dos estudantes, porque lhes proporcionam momentos de aprendizagem activa e de desenvolvimento de competências assentes em experiências reais do contexto. Os estudantes efectuem o planeamento das actividades que vão desenvolver face aos objectivos que pretendem atingir, seguindo uma lógica de pensamento que lhes permite ampliar saberes.

Dos dados recolhidos através da observação emergiu como dimensão *Trajectórias da aprendizagem* a partir do qual foi possível construir a taxonomia da qual extraímos o domínio que a seguir se apresenta (quadro 11).

**Quadro 11.** Taxonomia da dimensão “*Trajectórias da aprendizagem*”, domínio “*Saberes adquiridos*”

| DIMENSÃO                     | DOMÍNIO            | CATEGORIAS   |
|------------------------------|--------------------|--------------|
| Trajectórias da aprendizagem | Saberes adquiridos | Nenhum       |
|                              |                    | Competências |

No processo de codificação efectuada na dimensão *trajectórias da aprendizagem*, que neste contexto nos interessam, consideramos como área ou domínio no qual ocorreram as experiências clínicas: os saberes adquiridos.

Sem dúvida, ao longo do seu processo de formação os estudantes vão adquirindo um conjunto de experiências que lhes garantem o desenvolvimento de competências. Esses saberes prévios ou saberes adquiridos, são agora entendidos como funções transformadoras da pessoa do estudante, uma vez que foram transmitidos, absorvidos, memorizados, mas também desintegrados, reintegrados e transferidos.

Uma das grandes preocupações dos estudantes é que somente vêm a relevância da teoria retrospectivamente:

*“Na verdade é muito importante termos presentes os aspectos teóricos para entendermos e sabermos os práticos”. (OP - Informal)*

Nos discursos dos estudantes, torna-se evidente a função transformadora dos saberes adquiridos nas experiências anteriores. Nesse sentido, os estudantes, no seu primeiro ano de curso, afirmam:

*“Como não tive a oportunidade de ter nenhuma experiência da prática de cuidados...” (OP - Informal)*

*“Vimos para a prática sem experiência nenhuma nos cuidados, pelo menos em pessoas reais” (OP - Informal)*

*“...tínhamos praticado estas técnicas na escola mas no contexto real é sempre muito diferente, até porque por se tratar de uma situação nova estamos sempre um pouco nervosas e, às vezes, torna-se um pouco visível para os utentes porque começamos a tremer com as mãos ou então, deixamos cair o material” (OP - Informal)*

Já nos anos seguintes da sua formação, declaram:

*“No ano anterior estive num Centro de Saúde onde a afluência era muita grande e já tinha experiência na avaliação de tensões arteriais, na avaliação antropométrica, na avaliação da glicemia capilar, na colheita de dados nas consultas de risco a diabéticos e hipertensos, etc” (OP - Informal)*

*“A nível dos conceitos éticos é sempre mais complexo, mas quando surgem situações semelhantes às dos ensinamentos clínicos anteriores é mais fácil, porque já conhecemos o modo de actuação que é semelhante” (OP - Informal)*

Os estudantes são capazes de identificar que possuem competências que adquiriram em experiências clínicas anteriores referindo que, sempre que as possuem, se apresentam mais tranquilos, ao passo que quando estão perante uma situação nova, para a qual sentem que ainda não possuem as competências devidamente desenvolvidas, sentem dificuldades.

*“Não senti grande dificuldade na execução das tarefas curativas uma vez que já não eram novidade para mim” (OP - Informal)*

*“...quando efectuo um cuidado para o qual não tenho ainda experiência, sinto alguma dificuldade” (OP - Informal)*

Dos testemunhos expostos os estudantes admitem que, aquando das suas primeiras experiências sentem dificuldades. O processo de formação não se pode resumir ao somatório ou acumulação de conhecimentos, ele constrói-se através da reflexão crítica, numa construção permanente da identidade pessoal. Esse processo é paralelo ao desenvolvimento enquanto ser moral, que acontece de forma progressiva, harmoniosa, num clima de parceria entre a pessoa do estudante e a pessoa do formador (tutor ou enfermeiro).

*“Apercebi-me que as estudantes têm experiências anteriores a vários níveis e que, por isso, apresentam já algumas competências desenvolvidas. Conseguem agilizar com mais facilidade os conhecimentos adquiridos anteriormente e as competências técnicas e relacionais estão mais fortalecidas. Identificam mais facilmente as suas dúvidas; procuram relacionar os conhecimentos cognitivos com os aspectos da prática, mas por vezes ainda sentem dificuldade na sua articulação. Este é um processo progressivo de construção de si enquanto ser em desenvolvimento moral e identitário.” (OP)*

De facto, os estudantes ao longo do seu processo de formação constroem a sua identidade num curso crescente de maturação pessoal. Para eles as competências instrumentais são de mais fácil mobilização que as interpessoais porque o “agir correcto” é o resultado de uma aprendizagem.

Em suma, nas suas primeiras experiências clínicas os estudantes não possuem um grande leque de conhecimentos que lhes permite ter um conjunto de saberes bem sedimentado para o desempenho, sem dificuldade, das suas actividades. Os seus saberes e a sua prática de cuidados advêm exclusivamente das salas de aula e dos laboratórios. A sua visão da enfermagem está ainda muito direccionada para a área técnica, verificando-se a procura constante de experiências nesta área (instrumentais). Nesse sentido, anseiam praticar uma enfermagem mais interventiva tecnicamente, mas devido à falta de experiência sentem-se inseguros. Nos anos posteriores, verifica-se uma evolução. Uma vez que, em anos anteriores e durante a componente lectiva do curso, os estudantes adquiriram conhecimentos teóricos e práticos que lhes permitiram ter um conjunto de saberes necessários para o desempenho das suas actividades, a sua visão da enfermagem é, neste momento, mais alargada. Sendo assim, esperam ter oportunidades para executar algumas experiências técnicas, as quais ainda não tiveram oportunidade de praticar, sentem-se atraídos pelos aspectos mais técnicos da profissão; contudo, valorizam também outras áreas de actuação. Especialmente no último ano de curso a conquista da “segurança” e da “autonomia” nas suas práticas é, sem dúvida, um dos seus objectivos.

De facto, a nível dos referenciais éticos a “acção correcta” não pré-existe sob a forma de uma prescrição que se pode seguir; portanto, não se pode fornecer aos estudantes um conjunto acabado de disposições (virtudes) voltadas para a justiça, respeito ou solidariedade. Não é pela formação académica que alguém se torna justo. O que a educação faz é abrir ao estudante o mundo do agir moral através de um processo formativo, reflexivo e comunicativo, que atenda aos princípios morais da profissão. Contudo, a submissão do estudante ao mundo moral e sua familiarização com as normas culturalmente estabelecidas não significa que ele, de facto, se irá comportar como tal.

*“Não posso dizer que a disciplina de ética me ensinou a ser mais justo ou leal porque, no fundo, eram valores que eu já possuía, nem tão pouco me ensinou receitas para resolver os problemas morais. O que verdadeiramente me ensinou foi a ser um «agente moral», alguém que pensa sob uma orientação cujo fim último será sempre o bem do doente.” (OP)*

A formação moral não serve para interiorizar normas correctas, mas para aprender que as normas são necessárias como parâmetros de salvaguarda de princípios mínimos de convivência humana, como o respeito pela vida, pela dignidade humana, pelo meio ambiente e para aprender a lidar com estes princípios em circunstâncias concretas. Não existe um equilíbrio ideal entre normas e a sua aplicação concreta que possa tornar-se

fixo, aplicável em qualquer experiência. A moral preserva, assim, um carácter de ambivalência, fragilidade e risco sendo, portanto, algo que deve ser sempre cultivado. Por isso, assenta numa comunicação difícil e implica a legitimação de normas que se oferecem como propostas ou modelos de comportamento. É a partir dessa fundamentação ou legitimação das normas que se justifica o processo de aprendizagem, e para o qual temos de aprender a lidar com as incertezas, precariedades e contextualidades das situações concretas, à luz dos princípios universais.





## **2. PROCESSO SUPERVISIVO E MEDIAÇÃO DE APRENDIZAGENS**

A natureza da formação dos enfermeiros implica a permanência de longos períodos de aprendizagem em complexas situações clínicas. Segundo Benner (2006), a prática clínica só traz benefício quando se proporciona aos estudantes uma formação num ambiente seguro, acompanhado de suporte emocional satisfatório e com acesso a estratégias formativas adequadas ao estadio de desenvolvimento do estudante.

Num estudo realizado no Canadá, Campbell (1994) refere que, dos factores mais citados pelos estudantes como sendo os grandes contributos para o desenvolvimento das competências assistenciais, encontram-se os tutores.

Para Abreu (2003) os tutores e docentes que acompanham as práticas clínicas dos estudantes de enfermagem são confrontados com determinadas responsabilidades. Uma das responsabilidades é o estabelecimento de uma ligação entre o ensino teórico e o prático que facilite a aprendizagem do estudante; outra relaciona-se com o apoio que é necessário disponibilizar ao estudante para que este possa construir saberes que dependem essencialmente das suas vivências pessoais. Outro ainda, é a intervenção do tutor na mediação da conduta do futuro profissional. Este último aspecto envolve várias dimensões como o carácter, a auto-estima, a segurança e o controle emocional.

De acordo com as experiências da prática clínica e de forma a compreendermos o modo como o processo supervisivo impulsiona a aprendizagem dos estudantes, analisamos: i) a relação supervisiva e as suas expectativas relativamente à pessoa do tutor; ii) o tutor como promotor de aprendizagens, e; iii) a mediação na construção do pensamento ético.

### **2.1. A relação supervisiva: das expectativas à intervenção**

No campo da educação, o processo supervisivo é dirigido para a orientação do estudante, no sentido de salvaguardar e fomentar o acompanhamento individual na sua passagem pela instituição formativa. Pode-se assim dizer que, a estratégia supervisiva passa pelo acompanhamento e orientação dada ao estudante de modo a responder às suas necessidades em termos formativos, considerando a heterogenidade, a equitatividade e a diversidade educativa.

Ao passarem pelo contexto clínico, os estudantes sofrem um processo de transição, deparando-se com algumas dificuldades que, por vezes, são visíveis. Uma vez que o processo supervisivo tem como função encaminhar o estudante de modo a promover o seu desenvolvimento, a relação que se estabelece com o tutor emerge como uma dimensão central, sendo apontada por alguns autores como um factor determinante da qualidade dessa experiência (Alarcão e Tavares, 2003; Doyle et al., 2008; Fernandes, 2003; Hawkey, 1997; Myrick, Yonge e Billay, 2010; Ryan, Toohey e Hughes, 1996; Tee et al., 2010).

Abreu (2007) refere que o processo supervisivo que se inicia na prática clínica permite: i) desenvolver uma aprendizagem contextualizada; ii) analisar as formas de aprendizagem do estudante; iii) utilizar os resultados da investigação científica no contexto da prática; iv) aprimorar concepções de cuidados; v) desenvolver as diversas formas de pensamento (pensamento crítico, pensamento ético, pensamento complexo); vi) motivar os estudantes. O mesmo autor, acrescenta ainda que “*a relação supervisiva é deste modo fundamental para o desenvolvimento do processo de aprendizagem*” (p.168).

Da observação e das entrevistas efectuadas emergiu como dimensão *Dinâmicas de tutoria* a partir da qual foi possível construir a taxonomia de que extraímos alguns domínios, que apresentamos no quadro seguinte.

**Quadro 12.** Taxonomia da dimensão “Dinâmicas de tutoria”, domínios “Expectativas dos estudantes”, “Quem apoiou” e “Relação supervisiva”

| DIMENSÃO             | DOMÍNIO                     | CATEGORIAS                  |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Dinâmicas de tutoria | Expectativas dos estudantes | Expectativas dos estudantes |
|                      | Quem apoiou                 | Tutor                       |
|                      |                             | Colegas                     |
|                      |                             | Enfermeiros                 |
|                      |                             | Outros                      |
|                      | Relação supervisiva         | Atitude do tutor            |
|                      |                             | Supervisão individualizada  |
|                      |                             | <i>Feedback</i> contínuo    |
|                      |                             | Satisfação do estudante     |
|                      |                             | Equidade na relação         |
|                      |                             | Reciprocidade na relação    |
|                      |                             | Respeito na relação         |
|                      |                             | Sentido da verdade          |

No processo de codificação efectuada para a dimensão *dinâmicas de tutoria* relativamente à relação supervisa expressa pelos estudantes através dos seus testemunhos, encarámos como áreas ou domínios as expectativas dos estudantes, quem os apoiou durante a sua permanência no contexto de cuidados e a relação supervisa que se estabeleceu. Para a análise do domínio relação supervisa foram considerados os pressupostos conceptuais de Saarikoski e Leino-Kilpi (2002).

### **Expectativas dos estudantes**

Seria desejável que o tutor se assumisse como uma figura central no processo superviso, por isso a sua atitude deve ser pautada de autenticidade, encorajamento, solidariedade, colaboração e interajuda. O tutor é, acima de tudo, alguém mais experiente, com saberes mais consolidados, com visibilidade clínica através da sua experiência na prática de cuidados, líder, com conhecimento prático, que acolhe o enfermeiro neófito como figura central do processo de aprendizagem, procurando promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional através da transferência de habilidades e que, ao mesmo tempo, também ele próprio se desenvolve no seu papel de tutor (Alarcão e Sá-Chaves, 1994; Alarcão e Tavares, 2003; Beck e Kosnik, 2002; Fisher, 2005; Griffiths et al., 2010; Levin e Rock, 2008; Sá-Chaves, 2000; Serrazina e Oliveira, 2002; Wallace, 1991). Nessa linha de pensamento, o tutor deve surgir como o “porto seguro” para o estudante aquando das diferentes transições que ocorrem no contexto da prática de cuidados.

Durante o processo superviso, o tutor e o estudante devem formar uma díade, no âmbito da qual o tutor investe na transformação dos saberes do estudante em formação através do diálogo, num processo reflexivo de compreensão dos fenómenos do contexto de cuidados, num relacionamento recíproco (Abreu, 2007). Bronfenbrenner (2002) defende o desenvolvimento humano numa perspectiva biocultural, referindo que a aprendizagem e o desenvolvimento são auxiliados pela participação da pessoa em padrões progressivamente mais complexos de actividade recíproca com o tutor, pessoa com quem desenvolveu uma relação emocional sólida e duradoura.

Mas, antes de ir para a prática clínica o estudante tem algumas expectativas acerca do que será o contexto da prática, o processo de supervisão em si e também as características do tutor:

*“Tinha a ideia que fosse uma pessoa experiente, ponderada nas decisões e com muita calma” (OP - Informal)*

*“Esperava que fosse alguém experiente, perspicaz, detentor de conhecimentos práticos, seguro, simpático e bom orientador” (OP - Informal)*

*“Esperava que a tutora estivesse aqui para nos apoiar e ensinar” (OP - Informal)*

*“Esperava que acima de tudo o tutor fosse alguém que nos apoiasse nesta fase de aprendizagem” (OP - Informal)*

Como vimos nos testemunhos dos estudantes realçam-se algumas das características pessoais que eles esperam da pessoa do tutor: experiente, calmo, ponderado nas decisões, perspicaz, detentor de conhecimentos práticos, seguro, simpático, bom orientador, que apoie e ensine de acordo com a fase de aprendizagem em que se encontram.

De facto, os estudantes reconhecem que, consoante vão progredindo no curso vão adquirindo patamares de aprendizagem diferentes com necessidades distintas e que, por isso, necessitam de acompanhamento adequado. Saliendam também que o tutor deve ser detentor de saberes práticos que são efectivamente aqueles que consideram ser fundamentais ao contexto clínico. Ao mesmo tempo, os estudantes esperam também mais dos tutores:

*“Esperava que a tutora fosse alguém que compreendesse o meu papel de aluna e futura profissional, que me visse não como alguém que sabe tudo mas alguém que tem algumas dificuldades e que me apoiasse neste percurso final do curso” (OP - Informal)*

*“Esperava que fosse alguém capaz de me orientar nos cuidados para que eu consiga obter a autonomia profissional desejada” (OP - Informal)*

Destes relatos percebemos que os estudantes, nomeadamente na sua fase final do curso, possuem outro tipo de expectativas dos tutores. Eles esperam que os tutores os compreendam e os vejam ainda no papel de alunos e não de profissionais. É, de facto, uma fase complicada, porque por um lado esperam alcançar a autonomia de futuro profissional mas, por outro, possuem os receios inerentes a qualquer processo de aprendizagem, nomeadamente insegurança devido ao medo de errar. Por isso, nesta fase, o tutor tem de ser alguém que os oriente no sentido da conquista da autonomia mas que os apoie porque ainda possuem dificuldades.

Quando o acompanhamento do estudante é assumido por um professor da escola, as expectativas assumem contornos ligeiramente diferentes:

*“Esperava ser bem orientada até porque se trata de uma docente da escola e que, acima de tudo, me sentisse apoiada” (OP - Informal)*

*“Como vamos ser acompanhadas por uma professora da escola esperava que, acima de tudo, ela nos compreendesse face ao nosso timing de aprendizagem, compreendesse as nossas dúvidas e nos apoiasse” (OP - Informal)*

Do exposto vemos que os estudantes apresentam expectativas diferentes se o acompanhamento é assumido por um professor da escola. Nesse caso, esperam que a orientação seja ainda mais dirigida às suas necessidades de formação. Os estudantes compreendem claramente que alguém que faça parte da instituição escolar conheça o currículo e, por isso, entenda melhor as suas dúvidas, dificuldades e necessidades.

As expectativas que possuem também são diferentes quando têm conhecimento prévio do tutor:

*“Sim, sem dúvida. Ela já tinha estado comigo no primeiro ano e eu já sabia com o que podia contar. Foi uma coisa boa, eu sabia que iria ter dificuldades mas também sabia que ia com esta orientadora e que podia contar com a sua ajuda. Eu sabia que me podia acontecer uma coisa muito má que ela estaria sempre lá para me ajudar e que podia contar sempre com todo o apoio dela.” (E5)*

*“Eu já estava à espera dessa ajuda por parte da tutora porque já tinha estado com ela no primeiro ensino clínico e já a conhecia, já sabia mais ou menos como é que ela era e o apoio que nos daria, por isso correspondeu às expectativas.” (E6)*

*“Eu já a conhecia de ensinamentos clínicos anteriores, mas eu nunca pensei que ela estivesse presente tantas horas porque ela deu muitas mais horas do que as que tinha para dar.” (E4)*

*“Eu já conhecia a professora e sabia que nos iria dar todo o apoio que necessitássemos” (OP - Informal)*

Quando ocorrem situações destas os estudantes sentem-se mais seguros, porque já possuem um conhecimento prévio acerca da pessoa do tutor e sabem o tipo de ajuda que ele lhe pode dar no acompanhamento do ensino clínico. Contudo, existiram situações que surpreenderam os estudantes:

*“Agora em relação ao orientador surpreendeu-me porque, claro que já o conhecia na faculdade, mas não tinha assim uma relação próxima. Surpreendeu-me o apoio e acho que em termos de orientação está excelente, acho que não podia esperar mais, nem querer mais porque acho que deu o máximo. Sempre que precisávamos de apoio estava lá, sempre que tínhamos qualquer dúvida estava lá. Por vezes, nós não o questionamos porque não surgia oportunidade mas ele estava sempre a lembrar ... alguma dúvida, alguém quer esclarecer alguma situação, têm algum problema ... sempre... por acaso foi excelente.” (E3)*

*“Bem no fundo não correspondeu bem às minhas expectativas. Esperava mais. Uma das coisas que me incomodava era: «faz o que eu te digo não o que eu faço». E para quem está no papel de enfermeira tutora, devia discernir o que é bom e o que não é bom, o que está correcto ou não está correcto.” (E10)*

*“Eu esperava que esse apoio viesse da minha enfermeira, não dos outros enfermeiros. Como já disse, neste caso as coisas aconteceram de outra forma. Não achei que me apoiaram como deveriam ter apoiado um aluno de quarto ano em que eles dão-nos a liberdade para fazer as coisas e dizem «se tiveres dúvidas perguntas», e era assim que as coisas se passavam.” (E11)*

Relativamente à relação supervisiva, alguns estudantes, embora que poucos, referiram terem tido algumas surpresas nos processos que vivenciaram: uns positivos e outros negativos. Os positivos ocorreram com tutores que não conheciam, cooperante contratado pela instituição para o acompanhamento dos ensinamentos clínicos, e que os surpreenderam pelo apoio, relação e acompanhamento que lhes proporcionaram durante o ensino ou estágio clínico. De igual forma, os negativos ocorreram com tutores que não conheciam, tutores seleccionados pelas instituições hospitalares, e com os quais não se conseguiram identificar na figura de enfermeiro, sentiram que não existiu uma boa relação e que não foram devidamente apoiados.

### **Quem apoiou**

No âmbito do processo da relação supervisiva emergiram aspectos relativos a quem apoiou os estudantes de enfermagem, nomeadamente: tutor, colegas, enfermeiros e outros.

Não é novidade para ninguém que o tutor é uma figura importante no processo de acompanhamento dos estudantes de enfermagem no contexto clínico. Ele deve perceber os processos psicológicos que condicionam e facilitam a aprendizagem do estudante e que ocorrem a nível da prática de cuidados mas também no contexto sociocultural. Nesse sentido, ele assume-se como um elemento facilitador em todo o processo de aprendizagem e no desenvolvimento de competências no contexto de cuidados:

*“O (tutor) foi, para nós, uma grande ajuda, ele estava sempre a perguntar-nos se tínhamos dúvidas e percorria os locais do Centro de Saúde para ver se alguém precisava de um apoio extra. Ele foi uma grande ajuda para nós na aprendizagem.” (OP - Informal)*

A sua presença, saberes, confiança, suporte e apoio, mas também a crítica e a observação se revelaram aspectos importantes no processo supervisivo:

*“A tutora esteve sempre presente” (OP - Informal)*

*“Sem dúvida a tutora foi o nosso grande suporte” (OP - Informal)*

*“Sem dúvida a tutora apoiou-nos muito” (OP - Informal)*

*“A tutora foi excelente em termos de esclarecimentos de alguns conhecimentos...”  
(E7)*

*“A aquisição desta autonomia mostrou-se fruto da conquista de confiança por parte dela (tutora), assim como de outros enfermeiros com os quais trabalhei.” (OP - Informal)*

*“A orientadora (tutora) foi outra pessoa que nos deu grande apoio, ela passou connosco imensas horas.” (E9)*

*“Ela (tutora) tem-me apoiado muito, como sabe que estou no 4.º ano dá-me total autonomia nas actividades, mas também me critica e questiona quando considera ser necessário” (OP - Informal)*

*“Considero gozar já de alguma autonomia nos cuidados de enfermagem, denotando uma independência em relação à minha tutora; contudo, não descuro, a sua supervisão.” (OP - Informal)*

Também reconhecem que o papel do tutor nem sempre é fácil:

*“Nem sempre era fácil para a tutora estar próximo porque os enfermeiros faziam questão de dizer que estavam muitas pessoas na sala de consulta, mas sempre que podia ela estava presente.” (OP - Informal)*

Compete à escola delinear o perfil do enfermeiro que pretende e actuar em complementaridade com a instituição hospitalar de formar a seleccionar o tutor que mais corresponde a esse perfil. Só assim se conseguirá proporcionar um verdadeiro ambiente auxiliador da aprendizagem e uma estratégia supervisiva centrada no estudante, onde o tutor assume um papel fundamental (Simões, 2004).

*“Das discussões que tive com a tutora acerca das decisões clínicas que envolviam os cuidados, ela mostrou ser muito competente teoricamente. Ela sabia mesmo muito. Por vezes, levava a discussão para um patamar que eu não conseguia dar resposta. Confesso que estudo muito, mas tinha sempre a noção de que sabia muito pouco à sua beira e tinha sempre de ir estudar mais.” (OP - Informal)*

*“Acima de tudo o tutor demonstrava ter além de conhecimentos teóricos, uma boa relação com os utentes e também conosco.” (OP - Informal)*

*“Há um aspecto que considero muito importante na tutora, de facto ela sabe muito, mas acima de tudo tem um saber que não é só teórico, é muito aplicado ao dia-a-dia, à realidade prática e é também muito atenta aos pormenores.” (OP - Informal)*

O tutor, como figura central do processo de supervisão, é reconhecido pelos estudantes como uma pessoa detentora de determinadas capacidades (saberes teóricos, saberes práticos e relacionais), por isso ele assume um papel activo na formação dos estudantes, resultados que estão consistentes com os referenciados por Aston et al. (2000); Drennan (2003); Fisher (2005); Griffiths et al. (2010); Jowett e McMullan (2007); Mallik e Aylott (2005); Myrick, Yonge e Billay (2010); Simões (2004) e Tee et al. (2010).

Mas o tutor não foi a única pessoa de que os estudantes sentiram apoio:

*“Quem me ajudou talvez tenha sido uma das minhas colegas, porque ela é o oposto, ela tomava iniciativa para tudo, mesmo que não soubesse e corria sempre “ao fim e ao cabo”. E ela virava-se para mim, então dizia sempre a mesma coisa, faz anda cá e isso acaba por me incentivar também e se calhar nisso aprendi muito com ela, a ter mais iniciativa ainda.” (E2)*

*“Em relação aos colegas claro que eu já estava à espera pois somos um grupo muito unido, damos-nos todas muito bem e estamos sempre ali, alguém para segurar a outra isso não haja dúvidas.” (E3)*

*“A Enfermeira do módulo ajudou-me bastante e explicou-me como devo fazer na próxima vez.” (OP - Diário)*

*“Em relação à equipa uma pessoa nunca sabe quem é que vai encontrar, tento nunca esperar apoio de quem não conheço, mas surpreendeu-me muito, porque me apoiaram imenso.” (E3)*

*“Senti-me um bocado desafiada. Acho que não houve ninguém em especial que me apoiasse até porque muitas vezes a minha enfermeira não estava...” (E11)*

Vários foram os relatos do apoio e das ajudas sentidas por parte de outros intervenientes, nomeadamente enfermeiros e colegas. Apenas um estudante referiu não ter sentido apoio de ninguém. De facto, quando os estudantes se sentem apoiados vivenciam as experiências clínicas de forma mais segura, aproveitando melhor as oportunidades para explorarem as situações clínicas reais de modo a desenvolverem as suas competências. Houveram, no entanto, estudantes que procuraram outro tipo de apoio:



*“Sempre que sentia que tinha dificuldades, procurava fundamentar-me e procurava o conhecimento nas aulas, biblioteca, etc. Era a forma que encontrei de me sentir segura, era o meu grande apoio.” (E4)*

*“Saí muitas vezes do estágio para ir à biblioteca da escola.” (E6)*

*“Ainda hoje vou com frequência à biblioteca da escola. Em ensino clínico tornou-se num ritual.” (E11)*

Muito frequentemente os estudantes evocam os referenciais teóricos como um apoio nas suas experiências clínicas, referindo-o como um aspecto fundamental para se sentirem “mais seguros”. Para os estudantes a fundamentação teórica transmite apoio e segurança nos cuidados.

### **Relação supervisiva**

É frequente que, quando confrontados com a tarefa de efectuar uma listagem ordenada sobre as principais competências e qualidades do perfil de um tutor sobressaíam, em primeiro lugar, as competências interpessoais. Abreu (2007) e Alarcão e Tavares (2003), também eles defensores do importante papel da vertente afectivo-relacional da supervisão, colocam-na ao mesmo nível ou, mesmo, acima da componente mais técnica. Os autores defendem que antes de se avançar para as questões técnico-científicas da actuação do estudante, devem ser asseguradas e criadas as condições para que a dimensão técnica da supervisão se possa desenrolar sem grandes tensões.

A relação supervisiva não é o que acontece no imediato, é algo que se prolonga e altera com o decorrer do tempo.

*“Notei que com o passar do estágio a minha tutora se tornou mais confiante e simpática, dando-me um pouco mais de espaço, situação que fez com que me sentisse mais segura. Sempre com o seu apoio, fui efectuando cada vez actividades mais complexas e também consegui obter mais espaço de actuação, aumentando a minha autonomia” (OP - Informal)*

*“Quando a chefe me comunicou que iria ficar com esta aluna reagi porque ainda estava marcada com a minha experiência anterior e ela pagou um pouco por isso porque de início a tratei como se estivesse no segundo ano. Eu parecia um general (sorrisos), agora não é nada assim”. (OP - Informal)*

*“Sim. Ela é uma pessoa competente e muito exigente, tivemos uma pequena discordância no início do estágio e confesso que mexeu muito comigo. Tive medo de ser prejudicada até porque considerei uma injustiça. Ela exigia muito mas também me*

*ajudou. No fundo, pelo sucedido, nunca consegui estabelecer com ela uma relação de proximidade até porque a acho um pouco ríspida na forma como faz os comentários. Mas, com o passar do tempo tornou-se mais simpática, a nossa relação foi-se modificando, foi-me dando mais autonomia e, por fim, já confiava mais em mim. Mas, mesmo assim, foi um percurso doloroso.” (OP - Informal)*

De facto, os estudantes reconhecem que a relação com o tutor se vai alterando com o passar do tempo, a confiança vai crescendo, tal como Sá-Chaves (2003/2004) defende. A relação inicial marca sempre os estudantes; contudo, também estes admitem que esta, com o decorrer do tempo se altera à medida que o desenvolvimento de competências vai ocorrendo, facto que permite agir de forma mais autónoma.

De acordo com Saarikoski e Leino-Kilpi (2002), a relação supervisiva deve ser analisada em função de algumas dimensões: i) atitude do tutor; ii) supervisão individualizada; iii) *feedback* contínuo; iv) satisfação do estudante; v) equidade na relação; vi) reciprocidade na interacção; vii) respeito na relação; e, viii) sentido da verdade.

*“Nos registos o tutor disse que eu deveria enumerar menos o que faço e reflectir mais um pouco acerca das actividades desenvolvidas ou observadas. Também disse que, às vezes, faço juízos de valor acerca das situações. Eu não tinha a noção que os fazia, aliás achava mesmo que não fazia, mas quando olhei para o que escrevi tive de admitir que ele tem razão. Uma coisa que eu admirei foi a forma como ele me comunicou isto. Ele foi, acima de tudo, simpático, facto que me admirou, porque deu a entender que estava aqui para nos ajudar a melhorar ...Sempre considerei que o tutor teve uma atitude muito correcta.” (E2) – **Atitude do tutor***

*“Ela tentava acompanhar-nos individualmente e, nos planos de cuidados, a discussão era individual. Mas claro, haviam também actividades e discussões conjuntas” (E6) – **Supervisão individualizada***

*“Sempre se preocupou em nos transmitir se estávamos a ir no caminho certo, tentava sempre corrigir-nos...” (E5) – **Feedback contínuo***

*“Estou satisfeita com a orientação, este foi o meu primeiro ensino clínico e, por isso, estava com receio, mas a orientação foi excelente, não tenho nada a apontar. As falhas ocorreram da nossa parte” (E3) – **Satisfação do estudante***

*“Um aspecto importante é que nunca senti que a tutora procedesse de forma diferente consoante os estudantes, sempre me pareceu muito justa” (E10) – **Equidade na relação***

*“Em termos de relação foi também muito boa porque sempre correu muito bem, sempre interagimos bem.” (E12) – **Reciprocidade na interação***

*“Este tutor é muito bom porque sempre nos tratou com muito respeito no nosso papel de alunas” (E1) – **Respeito na relação***

*“Ela é muito simpática e também quando tem de dizer as coisas diz de forma muito verdadeira, sem nos magoar” (E12) – **Sentido da verdade***

De facto, as dimensões identificadas por Saarikoski e Leino-Kilpi (2002), também consistentes com o estudo efectuado por SaariKoski et al. (2007), estão bem patentes nos relatos dos estudantes que aqui apresentamos, o que nos leva a dizer que, genericamente, eles consideraram que a sua relação supervisiva foi “boa”, transmitindo-lhes confiança.

*“Temo-nos dado bem, temos uma boa relação e acho que isso é fundamental porque me deixa mais à-vontade para efectuar os cuidados. Dá-me confiança”. (OP - Informal)*

Mas em algumas situações também é notória a insatisfação de alguns estudantes face à relação que têm com os tutores:

*“Admito que tenho uma relação um pouco mais «fria» com a minha tutora”. (OP - Informal)*

Existe sempre uma ideia geral que fica relativamente ao tipo de relação que se estabelece com o tutor. A primeira impressão, os primeiros acontecimentos, marcam sempre uma relação, por mais elementares que sejam. Neste sentido, é importante que o tutor esteja verdadeiramente motivado para integrar o seu papel, pois só assim será reconhecido como um tutor efectivo.

Das declarações dos estudantes verificamos que o processo supervisivo interfere na sua segurança e satisfação. Essa segurança e satisfação podem chegar pela relação que estabelecem com o tutor, pelo apoio sentido e pela concretização das expectativas que tinham face ao processo supervisivo.

## **2.2. O tutor como promotor de aprendizagens**

Alguns enfermeiros defendem que existe uma dicotomia entre a teoria e a prática, na qual o aspecto expressivo da assistência de enfermagem é pouco desenvolvido em comparação ao aspecto instrumental que continua a ter uma maior atenção por parte do enfermeiro (Scherer e Luis, 1998). Na verdade, por vezes, verifica-se a existência de uma

dicotomia entre a teoria e a prática que também pode ser interpretada na existência de uma discrepância entre o discurso e a acção.

Aquando da prática clínica o estudante vê sempre na figura do enfermeiro o seu referencial de cuidados; para o estudante é ele o detentor do “conhecimento prático”.

Como vimos no ponto anterior, o tutor surge como uma “receita” para que o estudante possa vivenciar o estágio de forma positiva e eficaz. Segundo Galvão (1996), esta vivência positiva inclui quatro ingredientes: i) o clima de amizade, onde a confiança e o apoio no outro devem estar sempre presentes; ii) a crítica construtiva, que deve ser aceite como base para a mudança; iii) a análise conjunta dos acontecimentos diários, que deve constituir o material de cooperação no trabalho; iv) a desdramatização das tarefas, que deve contribuir para a diminuição do stress e aumento do prazer.

De acordo com algumas evidências recolhidas nesta área, o tutor constitui, para a maioria dos estudantes, um elemento fundamental no seu processo de formação. Dele depende, em grande parte, o grau de satisfação em relação à experiência e às aprendizagens dela decorrentes, bem como à classificação obtida no final do estágio.

Da análise dos dados recolhidos pela observação e entrevistas efectuadas emergiu como dimensão *Dinâmicas de tutoria*, taxonomia da qual extraímos os domínios que se apresentam no quadro 13.

**Quadro 13.** Taxonomia da dimensão “Dinâmicas de tutoria”, domínios “Escolha do tutor”, “Relação tutor/escola”, “Preparação do tutor” e “Modelo de tutoria”

| DIMENSÃO             | DOMÍNIO              | CATEGORIAS            |
|----------------------|----------------------|-----------------------|
| Dinâmicas de tutoria | Escolha do tutor     | Instituição escola    |
|                      |                      | Instituição saúde     |
|                      | Relação tutor/escola | Relação directa       |
|                      |                      | Relação indirecta     |
|                      | Preparação do tutor  | Preparação específica |
|                      |                      | Sem preparação        |
|                      | Modelo de tutoria    | <i>Mentorship</i>     |

No processo de codificação efectuado para a dimensão *Dinâmicas de tutoria* relativamente ao processo superviso e de aprendizagem, expresso pelos estudantes através dos seus testemunhos para a análise das situações, foram consideradas como áreas ou domínios: a escolha do tutor, a relação tutor/escola, a preparação do tutor e o modelo de tutoria. Na análise do domínio modelo de tutoria consideramos os pressupostos conceptuais de Abreu (2003).

## **Escolha do tutor**

Sendo o tutor um mediador da aprendizagem do estudante, um motivador, um incentivador, um investigador, ele assume-se como um sujeito activo que atende às necessidades individuais do grupo que tem sob a sua orientação. Portanto, ele necessita de ser dinâmico e de ter sensibilidade.

No contexto clínico, a mediação da aprendizagem é indispensável porque requer um acompanhamento presencial de alguém (tutor) que tem uma intervenção crucial entre as oportunidades de formação e a aprendizagem por parte dos estudantes. Nesse sentido, formação/educação e mediação são conceitos que podem ser entendidos como a mesma coisa, uma vez que formar/educar é sempre uma forma de mediar.

O ideal seria o tutor desenvolver o seu papel sempre em contexto clínico, mas nem sempre isso acontece. Por vezes, pela falta de recursos humanos ou pela ausência de uma informação mais precisa acerca do modelo ideal de acompanhamento de estudantes em contexto clínico, a relação supervisiva inicia-se num contexto diferente: em sala de aula ou laboratório. Se bem que pode ter algum tipo de vantagem o conhecimento prévio entre tutor e estudante, a relação que se estabelece entre ambos pode também revestir-se de particularidades, devido à existência prévia do “mito” em torno da mesma face a avaliações anteriores.

Para que exista o devido crescimento do estudante, não meramente a nível técnico mas também a nível da sua dimensão pessoal, afectiva e social com repercussão ao nível da forma de pensamento e da compreensão da profissão de enfermagem, é fundamental que o tutor se reconheça como membro associado à instituição escolar. Deveria ser competência da instituição escolar definir não só os contextos da prática, mas também os tutores que considera serem mais promotores de aprendizagens para os estudantes:

*“...é um tutor contratado pela escola especificamente para fazer acompanhamento de ensinos clínicos.” (OP)*

*“...a colega que acompanha este grupo em termos tutoriais é uma assistente da escola escolhida pela mesma para efectuar o acompanhamento da prática” (OP - Informal)*

*“...neste tipo de ensinos clínicos a escolha do tutor é da inteira responsabilidade do responsável do serviço” (OP)*

Do exposto, apercebemo-nos que dois dos tutores correspondem a cooperantes contratados pela instituição escolar para o acompanhamento de estudantes, num dos contextos o acompanhamento dos estudantes é assumido por um professor da escola - um Assistente – e seis tutores corresponderam a enfermeiros do contexto da prática de cuidados. Os primeiros foram seleccionados pela instituição escolar e apenas os seis últimos não o foram, sendo a sua escolha feita pelo responsável da unidade de cuidados da instituição hospitalar.

Uma vez que o tutor deve ser um problematizador, cuja função é organizar interacções entre o estudante e a prática de cuidados, deve ter um conhecimento concreto do currículo. O conhecimento do currículo e da instituição escolar permite melhorar o entendimento acerca da realidade do estudante e adaptar os métodos e técnicas utilizadas no processo formativo. Nesse sentido, é essencial que o tutor tenha uma relação próxima com a instituição escolar, pois compreenderá melhor a pessoa do estudante em toda a sua dimensão e necessidades educativas.

*“...a colega que acompanha este grupo em termos tutoriais é uma assistente da escola, pelo que tem grande vínculo à mesma (pertence ao quadro da instituição).” (OP)*

*“É uma enfermeira experiente na orientação tutorial uma vez que colabora já há alguns anos com a escola neste tipo de trabalho.” (OP)*

*“É um rapaz muito jovem, ex-aluno da escola, com dois anos de prática profissional em contexto de cuidados de saúde diferenciados. Apesar da sua juventude tem vínculo à escola, pelo facto de ter tirado lá o curso e ao mesmo tempo ter sido seleccionado por ela para este tipo de serviço. É muito empenhado no seu trabalho e não é o seu primeiro acompanhamento de práticas clínicas de estudantes de enfermagem.” (OP)*

Destes relatos percebemos que existem tutores que apresentam uma relação consistente com a instituição escolar. Correspondem aos que foram por ela seleccionados. De facto, a directriz curricular pode ser facilitadora de uma perspectiva mais consistente na área clínica, nomeadamente pelo conhecimento da filosofia escolar, dos valores por ela desenvolvidos e da relação entre a teoria e a prática de cuidados. Mas nem sempre é possível proporcionar isso aos estudantes:

*“Esta tutora é uma enfermeira experiente que já tem efectuado tutoria de anteriores estudantes. Embora neste tipo de ensinamentos clínicos a escolha do tutor seja da inteira responsabilidade do responsável do serviço, esta tutora já conhece o funcionamento*

*e a filosofia da instituição escolar, factor que poderá de alguma forma contribuir para o sucesso do processo de tutoria.” (OP)*

*“Este tutor não apresenta vínculo nenhum com a instituição escola, apesar de já ter acompanhado anteriores estudantes em processos de formação anteriores” (OP)*

*“Para esta tutora é a sua primeira experiência de tutoria com estudantes desta instituição escolar. Desconhece portanto todo o funcionamento e filosofia da instituição escolar” (OP)*

Verificamos que, apesar dos esforços efectuados no sentido de fomentar o melhor acompanhamento possível, existiram situações em que os tutores apresentaram uma relação indirecta com a instituição escolar. Correspondem aos que foram seleccionados pelas instituições prestadoras de cuidados. Nestes casos foi necessário estabelecer o tipo de supervisão das práticas dos estudantes, o período de tempo de permanência dos estudantes nos serviços, a qualificação dos tutores e o acesso a tutores dos serviços.

A formação clínica é basilar no processo educativo dos enfermeiros e não se deve resumir apenas a proporcionar experiências agradáveis de aprendizagem em contexto clínico. Por isso, é imprescindível que o estudante sinta e veja que o tutor que o ensina tem qualificação para a prestação de cuidados, disponibilidade para acompanhar a sua formação na área assistencial prática e compreende o seu percurso educativo global. Para isso, e de modo a facilitar o desenvolvimento de uma atenção consistente para a formação clínica deve, preferencialmente, possuir preparação específica.

*“Este é um ensino clínico de saúde comunitária, a tutora que orienta os estudantes tem a especialidade nessa área e apesar de não ter formação específica na área da supervisão de estudantes, tem acompanhado em termos de tutoria vários grupos de estudantes nesse campo e também nesse Centro de Saúde específico” (OP)*

Como vemos, a maioria dos tutores não apresenta formação específica no âmbito do processo supervisory, apesar da formação se anunciar como um benefício para os estudantes:

*“A tutora desenvolveu muito bem o seu papel, não sei se por conhecer bem a escola ou se pelas suas características pessoais, o que é certo é que nos proporcionou momentos de reflexão ricos e experiências inovadoras. Ela queria sempre que nós fizéssemos mais, que fossemos mais além no que fazíamos, na forma como pensávamos, nas discussões que tínhamos. Eu aprendi e evolui muito.” (OP - Informal)*

Ao tutor cabe, então, efectuar toda a orientação conceptual e da prática de cuidados ao longo do trajecto de formação do estudante nos seus diversos contextos da prática. Laranjeira (2006) defende que é necessário que os tutores compreendam os mecanismos envolvidos na prática clínica, reconheçam os problemas da aprendizagem e dominem métodos de avaliação para promover a boa aprendizagem. Por isso, é essencial que sejam instituídos programas específicos de formação tutorial com a finalidade de desenvolver as suas competências pedagógicas de modo a fomentar a qualidade da formação dos novos profissionais.

Mas, apesar dos esforços efectuados no sentido de obter o melhor acompanhamento possível das práticas dos estudantes, nem sempre é possível ter tutores com preparação específica:

*“Apesar de seleccionados pela instituição escolar, não possui nenhuma formação específica na área da supervisão clínica.” (OP)*

*“Uma vez que os tutores são profissionais da prática de cuidados seleccionados pelo responsável do serviço, verifica-se que estes não possuem nenhuma preparação específica a nível do acompanhamento dos estudantes” (OP)*

Mesmo assim, os estudantes reconhecem que a forma como decorre o acompanhamento das práticas traz benefícios para o seu processo de aprendizagem.

*“A tutora desenvolveu muito bem o seu papel, não é uma pessoa que tenha grande vínculo à escola, notava-se que ela não conhecia como é que estava estruturado o curso, como por exemplo em que disciplina ou ano é que eram abordados certos conteúdos ou temáticas e quais as nossas falhas. Mas foi uma pessoa que se preocupou muito no acompanhamento que fez. Primeiro estava sempre mais perto a certificar-se que eu sabia das coisas e a questionar e depois deixou-me mais à vontade, deu-me o espaço que eu precisei porque já confiava em mim, sabia o que eu era capaz de fazer. Mas se por exemplo, surgia algo novo, ela estava lá.” (OP - Informal)*

*“Penso que poderia ter corrido melhor, pelo menos pelo que sei através do que me contam os colegas acerca dos seus tutores. Por exemplo nunca fomos capazes de reflectir em conjunto ou de discutir algo em conjunto, isso era algo impensável para ela. Sempre partiu do princípio que num estágio destes eu sabia ou devia saber tudo e não sei se a forma dela pensar assim se deve a não saber como funcionam os cursos nas escolas ou mesmo se os tutores deviam antes de assumir o seu papel ter um pequeno curso de formação. Pelo menos assim, ficariam a saber que ainda*



*possuímos algumas lacunas e que precisamos de ajuda para as ultrapassar.” (OP - Informal)*

Estes dois relatos são bastante explícitos quanto ao facto de tutores sem formação específica poderem ser “bons” supervisores ou “menos bons” supervisores. De facto, os estudantes admitem que os processos formativos a nível da supervisão de estudantes – processos de tutoria – contribuem para o desenvolvimento de competências.

É com esse fim que se torna pertinente falar de processos tutoriais, os quais pressupõem também o apoio de profissionais das unidades de cuidados na supervisão dos estudantes. Contudo, apesar de, nestes relatos, nenhum dos tutores ter formação específica, um demonstrou ser reconhecido como “bom” no seu papel e outro “menos bom” no seu papel, o que quer dizer que quando não têm formação específica, o sucesso do processo supervisivo passa a ser fruto do esforço pessoal.

Como vimos no capítulo 3 da parte I deste trabalho, o consenso sobre a terminologia a utilizar no âmbito dos processos de tutoria em contexto clínico, permite-nos identificar modelos distintos de orientação das práticas clínicas (Abreu, 2003). Vamos ver o que aconteceu com estes estudantes.

O modelo de *mentorship* ou de mentorado é concebido como processo formal de ajuda ao estudante no sentido de facilitar o desenvolvimento das suas competências pessoais e profissionais. Este processo é estruturado entre um profissional que exerce a sua prática clínica numa unidade de cuidados e um estudante em formação.

*“...o acompanhamento dos estudantes ficou a cargo dos enfermeiros dos serviços que assumiram o papel de tutores. Nesse sentido, os enfermeiros integram, orientam e avaliam os estudantes em todo o processo educativo.” (OP)*

*“O tutor contratado pela escola era o responsável pela prática de cuidados.” (OP - Informal)*

*“A tutora era uma enfermeira do hospital com muita experiência e conhecimento que nos acompanhou em todo o ensino clínico.” (OP - Informal)*

*“A minha tutora é uma enfermeira do serviço. Ela tem os seus doentes e, por isso, tem responsabilidade sobre eles, normalmente eu assumo os doentes dela e ela dá-me todo o apoio que eu preciso.” (OP - Informal)*

Independentemente do modelo utilizado, é fundamental que, no contexto clínico, se desenvolvam, de forma crescente, modelos de supervisão das práticas que

reconheçam aos enfermeiros a sua capacidade de pensar e os seus saberes adquiridos a partir do campo de acção.

Das declarações referidas pelos estudantes podemos afirmar que o tutor é uma figura fundamental no processo supervisivo uma vez que pode, em muito, contribuir para o sucesso do processo de aprendizagem, como elemento facilitador, motivador (Abreu, 2007, 2003; Almeida, 2006; Belo, 2003; Ferreira, 2006; Fonseca, 2004; Myrick, Yonge e Billay, 2010; Sá-Chaves, 2003/2004; Tee et al., 2010). Sendo assim, o sucesso da aprendizagem pode ser atingido quando a instituição escolar tem uma intervenção no sentido de poder escolher o tutor que melhor se adequa ao pretendido, quando este tem uma relação próxima com ela e quando possui preparação específica na área da supervisão de estudantes. A adopção de um modelo de tutoria é também um aspecto de relevo para o sucesso do processo educativo.

### **2.3. Mediação na construção do pensamento ético**

É no contacto com o contexto da prática de cuidados que o estudante estrutura as suas formas de pensamento. De facto, a forma como se vê a formação profissional hoje está marcada pelo reconhecimento da enfermagem enquanto profissão autónoma, auto-regulada e valorizada sob o ponto de vista científico e social. Ser autónomo é ser capaz de “dar leis a si mesmo”, auto-reger-se, auto-controlar-se, auto-dirigir-se e proteger as coisas que se consideram importantes depois de se ter decidido quais são. Autonomia não corresponde a isolamento, retraimento ou segregação. A autonomia, como exemplo de outros princípios, tem de ser vivida, por isso ela está subjacente à acção. A autonomia profissional significa a liberdade de agir mas também de pensar e de definir o valor dos serviços prestados.

Dos dados recolhidos através da observação e das entrevistas efectuadas emergiu como dimensão *Dinâmicas de tutoria*, a partir do qual foi possível construir a taxonomia com o domínio que a seguir se apresenta (quadro 14).

**Quadro 14.** Taxonomia da dimensão “Dinâmicas de tutoria”, domínio “Papel do tutor”

| DIMENSÃO             | DOMÍNIO        | CATEGORIAS                                    |
|----------------------|----------------|---|
| Dinâmicas de tutoria | Papel do tutor | Prestar atenção                               |
|                      |                | Clarificar                                    |
|                      |                | Encorajar                                     |
|                      |                | Servir de espelho                             |
|                      |                | Dar opinião                                   |
|                      |                | Ajudar a encontrar soluções para os problemas |
|                      |                | Negociar                                      |
|                      |                | Orientar                                      |
|                      |                | Estabelecer critérios                         |
|                      |                | Condicionar                                   |

No processo de codificação efectuado para a dimensão *Dinâmicas de tutoria*, relativamente à mediação na construção do pensamento ético expresso pelos estudantes, para a análise das situações foi considerada como área ou domínio o papel do tutor. Na análise do domínio papel do tutor considerámos os pressupostos conceptuais de Glickman (1985).

### **Papel do tutor**

No contexto clínico, a burocratização e a rotina no trabalho são duas importantes fontes de perigo, pela potencial corrosão da autonomia dos enfermeiros. A dependência às rotinas e burocracias lesa a autonomia e a auto-determinação. Uma das condições essenciais para se ser autónomo é ter consciência da autonomia. Não se trata apenas de autonomia técnica (autonomia da acção), mas também de autonomia de auto-regulação (autonomia da conduta) e de conhecimento científico (autonomia do conhecimento). Nesse sentido, o tutor assume um papel fundamental, ele deve compreender o estudante nos seus diferentes estádios de desenvolvimento, nas tarefas que tem de realizar e também no contexto onde o acto se desenrola.

Como vimos no sub-capítulo anterior, entre tutor e estudante pressupõe-se existir uma relação próxima de modo a proporcionar segurança, favorecendo o ambiente de aprendizagem. Nesse sentido, o tutor assume o processo de mediação da aprendizagem do estudante e, para que este processo mediador, de ajuda e acompanhamento capaz de promover e potenciar os fenómenos de organização e reflexão da prática sejam eficazes,

torna-se necessário que os tutores utilizem estratégias de supervisão. O processo supervisivo não pode ser fruto de mero improviso ou esforço do tutor.

O papel do mediador é, em qualquer processo de mediação, o de facilitador: não resolve os conflitos, facilita a comunicação; não decide, promove a descoberta de alternativas; não ensina, potencia o encontro entre o aprendente e as suas actividades experienciais. Nesse sentido, e segundo Gremmo (2007), a mediação pode ser encarada como uma estratégia ou como um paradigma de relação formativa.

É, então, fundamental que o tutor possua alguma experiência profissional, uma vez que só poderá auxiliar os estudantes a conhecer as realidades e desenvolver o processo de cuidados se ele próprio tiver exercido a profissão na sua prática. Mas, para além destas, deve também possuir ainda outras competências. Alarcão e Tavares (2003) reconhecem a existência de características em que o prestar atenção e o saber escutar, são considerados indispensáveis para a maioria dos tutores; contudo, salientam que o saber compreender, o manifestar uma atitude de resposta adequada, o integrar as perspectivas dos formandos, a procura de clarificação e de sentido de construção de uma linguagem comum, a cooperação e o questionamento, são também fundamentais.

Glickman (1985) conseguiu identificar no supervisor essas mesmas características agrupando-as em dez categorias: prestar atenção, clarificar, encorajar, servir de espelho, dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar, estabelecer critérios e condicionar.

O tutor presta atenção quando atende ao que o estudante lhe diz exprimindo o seu cuidado através de manifestações verbais, geralmente acompanhadas de outras manifestações de atenção de tipo não verbal.

*“...notei que da sua parte existe uma grande preocupação em todos os aspectos relativos à integração das estudantes.” (OP - Informal)*

*“A estudante manteve-se nas suas actividades até que a tutora passou por ela observando de maneira genérica o trabalho efectuado após o que lhe fez sinal dizendo «vamos» para prosseguir com a administração da mesma.” (OP - Informal)*

*“...mas de vez em quando lá conseguia e estava nas consultas conosco, mas estava como observadora” (E6)*

*“E claro também me dava algum apoio mas essencialmente supervisionava.” (E10)*

*“Depois mesmo em termos dos cuidados ele andou sempre por perto, sempre a observar, sempre comigo, delegava-me as responsabilidades mas quando eu estava sozinha sentia algo, olhava e ele estava atrás, estava sempre, sempre atrás.” (E12)*

Dos relatos, verificamos que os tutores utilizaram estratégias didáticas com a finalidade de “prestar atenção” à execução das práticas dos estudantes, recorrendo quer à comunicação verbal quer à não-verbal como formas da sua expressão. De realçar que, frequentemente, os tutores recorrem à observação com a finalidade de prestar atenção às práticas do estudante.

Para o tutor clarificar significa interrogar, fazer afirmações que auxiliam a compreender o modo de pensamento do estudante.

*“Ele é uma pessoa que eu considero ser muito competente e dá-me todo o tipo de apoio que eu preciso, questiona-me muito. Juntos discutimos muitos assuntos o que me obriga também a estudar muito.” (OP - Informal)*

*“...ela tenta sempre saber o que é que nós achamos da situação” (E4)*

*“Questionava a maneira como fazíamos as coisas, questionava também aspectos da teoria, dizia «fez isso porquê e então e para que é que fizeste isso» e depois a pessoa ficava atrapalhada, nas reuniões também questionava e, às vezes, saíamos de lá tontos” (E6)*

*“Colocava questões, embora no meu caso não tivesse colocado tantas quanto isso” (E8)*

*“Ele questionava-me mesmo sobre a terapêutica. [...] Mas é verdade nas últimas duas semanas, ele já não me massacrava com perguntas, se calhar é porque já tinha perguntado tudo... sei lá.” (E12)*

Do exposto concluímos que os tutores utilizaram estratégias didáticas com a finalidade de “clarificar” algumas das situações da prática clínica dos estudantes. Assim, com o objectivo de clarificar as situações vivenciadas pelos estudantes, os tutores utilizam, com frequência, o questionamento ou a auscultação e esclarecimento acerca da situação.

De modo a encorajar o estudante o tutor manifesta interesse de forma a que o estudante continue a falar ou a pensar em voz alta.

*“A minha tutora tem-me encorajado e apoiado em tudo que necessito”. (OP - Informal)*

*“É uma pessoa que sabe como dizer as coisas, se estamos a fazer bem ela diz valorizando o nosso trabalho” (OP - Informal)*

Estes relatos mostram que os tutores utilizam estratégias didáticas com a finalidade de “encorajar” os estudantes a continuarem o seu raciocínio clínico, a cativá-los para a prática de cuidados, a serem membros de uma equipa de trabalho e a procurarem o conhecimento. No fundo, valorizam o trabalho do estudante, encorajando-o a continuar. De modo a atingir o objectivo de “encorajar”, os tutores utilizam, com frequência, formas de expressão oral e apoio incondicional.

O tutor serve de espelho quando repete utilizando os mesmos termos ou resume o que o estudante disse, com a finalidade de verificar se entendeu bem o sucedido.

*“Houve uma situação em que ela repetiu textualmente a situação que aconteceu comigo e com o doente. Foi engraçado e talvez um pouco cómico até, porque, consegui raciocinar e ver a figura que fiz perante o doente. Às vezes fazemos figuras vergonhosas.” (OP - Informal)*

*“Lembro-me que muitas vezes nem penso bem no que faço e como faço as coisas, nomeadamente quando as faço pela primeira vez. A tutora na altura não disse nada, pelo menos à frente do doente, mas depois, conversamos com calma e, como já nem me lembrava bem do que fiz, talvez por estar muito nervosa, ela repetiu a cena toda. Foi incrível, porque me consegui “ver ao espelho”, ela reproduziu desde os gestos, a forma de estar, de conversar, a entoação dada à conversa, as pausas e silêncios que foram muitos e o que fiz. Foi então que percebi a forma como actuei e a como não actuei e devia ter actuado. Fez-me pensar sobre a situação e penso que foi uma boa estratégia.” (OP - Informal)*

Verificamos que os tutores utilizam como estratégia didáctica “servir de espelho” quando fazem a repetição dos acontecimentos com a finalidade do estudante se aperceber do sucedido, lembrando os comportamentos assumidos, os cuidados prestados, as atitudes tomadas. Deste modo, “servir de espelho” serve, como um confronto com a situação real, em que é possível debater as especificidades do problema através de um raciocínio e uma reflexão sobre a acção mais claros. Esta estratégia, favorece a aprendizagem e o desenvolvimento do estudante através da reflexão a *posteriori*.

O tutor dá a sua opinião quando apresenta as suas ideias sobre o assunto que será, então, discutido.

*“Ela para além de orientadora é também professora e dá-nos a sua opinião nos assuntos que nós não sabemos.” (E5)*

*“...à medida que eu ia realizando os cuidados de enfermagem aos utentes que me foram atribuídos, ia-me retirando dúvidas e esclarecendo sobre os procedimentos correctos.” (OP - Informal)*

*“Eu acho que ao mesmo tempo ela também tem um leque de conhecimentos fabuloso e... então ela é, para nós, um dicionário, qualquer dúvida que tenhamos vamos falar com ela e ela consegue-nos esclarecer.” (E5)*

*“Estava atenta às nossas dificuldades e apontava sempre que achava que um determinado aspecto devia ser mudado e alertava-nos para isso.” (E8)*

*“...ela tenta sempre saber o que é que nós achamos da situação [...] mas também, ao mesmo tempo, ela tem firmeza em dizer «agiste bem», «agiste mal», «tens de melhorar».” (E4)*

*“...nos nossos trabalhos, de facto, ela tinha a preocupação de os ler, corrigir e dar o feedback.” (E8)*

*“Sempre que efectuamos algo que não lhe parece bem ela diz a sua opinião e fundamentando-a” (OP - Diário)*

Os tutores utilizam, frequentemente, como estratégia didáctica “dar opinião” sobre o que consideram importante para os estudantes. Os assuntos sobre os quais dão opinião abrangem as dimensões da conduta enquanto profissional em formação, dos conhecimentos ou da prática.

O tutor ajuda a encontrar soluções para os problemas quando, após discutir o assunto, toma a iniciativa e pede sugestões para obter as possíveis soluções.

*“Por exemplo houve um momento em que eu tive dificuldade na saúde infantil em realizar uma consulta, porque não conseguia integrar os conhecimentos que tinha e desenvolver a entrevista. O facto da tutora, estar presente e me ajudar, acho que isso foi vantajoso e conseguiu que eu conseguisse perceber e deu-me... mostrou-me... que numa seguinte actividade idêntica eu conseguisse desenvolver muito bem.” (E8)*

*“A minha enfermeira deu-me total autonomia nas actividades, contribuindo assim para adquirir uma maior liberdade no exercício da prática assumindo também uma postura crítico-reflexiva das actividades desenvolvidas.” (OP - Informal)*

*“...houve um dia que tinha uma dúvida perguntou-me e nem eu lhe soube responder, combinamos ir pesquisar os dois e discutir o assunto no turno seguinte” (OP - Informal)*

*“...sempre que aparece algo que considera ser importante para a minha aprendizagem guarda a experiência para mim. Discutimos alguns assuntos acerca*

*das patologias e dos cuidados e da melhor forma como devem ser executados.” (OP - Informal)*

*“...por vezes, perguntava a minha opinião, o que eu achava ou como achava que algo deveria ser feito, discutíamos e depois acertávamos e decidíamos a melhor forma de as fazer.” (E12)*

Para os estudantes o tutor utiliza estratégias didácticas “ajuda a encontrar soluções para os problemas” quando os implica no processo de aprendizagem. Nesse sentido, reflectir com os estudantes, falar acerca das situações da prática de cuidados, retirar dúvidas discutindo pormenores de actuação, explicar como devem actuar ajudando-os no seu crescimento pessoal e profissional, são formas que os tutores utilizam.

O tutor, ao negociar, discute com o estudante os problemas no sentido de avaliar as soluções prováveis das possíveis, ajudando a ponderar os prós e os contra das soluções apresentadas.

*“...ela tinha uma forma muito engraçada de orientar. Não me dizia o que estava certo ou errado, mas questionava-me acerca das atitudes que tinha tomado, porque é que tinha agido assim, se considerava que tinha sido a atitude correcta e, às vezes, fazia questões e contava histórias com filosofias contrárias. Por vezes, deixava-me baralhada. Acima de tudo levou-me a pensar muito, no que fazia e porque fazia. Claro que no final dava a sua opinião ou quando considerava mandava-me estudar.” (E4)*

*“...por vezes, perguntava a minha opinião acerca dos cuidados que tinha prestado, o que eu achava ou como achava que algo deveria ser feito, discutíamos e só depois acertávamos e era decidida a melhor forma de os fazer ou organizar.” (E12)*

Destes testemunhos verificamos que os tutores, ao utilizarem como estratégia didáctica “negociar” discutem assuntos da prática relacionados quer com a execução quer com a concepção ou organização dos cuidados. A meta final da negociação é chegarem a consenso entre duas propostas, do tutor e do estudante.

O tutor, ao orientar, expressa ao estudante o que este deve fazer.

*“...o tutor, esteve sempre muito atento à situação e notei que fez sinal a algumas das alunas para ser alterada a estratégia.” (OP - Informal)*

*“Para mim é um dia agitado porque faço questão de passar por todos os locais onde as estudantes estão. Elas têm-se integrado bem, mas mesmo assim existem alguns pormenores para os quais eu tenho de as alertar.” (OP - Informal)*



*“...corrigia-me em alguns aspectos e alertava-me para outros. Alertou-me para erros e dizia: «Olha, agora vais fazer desta forma».” (E11)*

Destes relatos depreendemos que os tutores que utilizam como estratégia didáctica “orientar” apontam o caminho que o estudante deve seguir, estando atentos, presentes, observando e alertando o estudante. Estas estratégias são normalmente utilizadas aquando da realização de actividades mais práticas.

O tutor estabelece critérios quando concretiza os planos de acção e põe limites temporais para a sua execução.

*“Após o café a tutora reuniu com o grupo para conversar acerca de aspectos conjunturais do ensino clínico. Ficou combinado, que na quarta-feira dia 18, as estudantes entregavam os objectivos específicos para este ensino clínico. Outros aspectos abordados relacionaram-se com os registos diários de aprendizagem, as educações para a saúde, os processos de enfermagem e o relatório final, onde foram esclarecidas todas as dúvidas que eventualmente emergiram no grupo.” (OP)*

*“...a tutora é uma pessoa muito atenta e chama-nos a atenção para alguns pormenores dos cuidados, para que possamos usufruir em pleno das experiências do ensino clínico. Na reunião de hoje alertou-nos para alguns pormenores na nossa actuação que têm de ser rapidamente alterados, ela até disse que na próxima semana todos tínhamos que efectuar as consultas de enfermagem correctamente”.*  
*(OP - Informal)*

Do exposto, apercebemo-nos que os tutores utilizam estratégias didácticas “estabelecer critérios” com a finalidade de determinar prazos para o estudante realizar ou melhorar a sua prestação.

O tutor condiciona o estudante quando explicita as consequências do cumprimento ou não das orientações por si dadas, limitando a sua actuação.

*“Por vezes, há tutores um pouco mais controladores. Definem critérios rigorosos, dizem como temos de actuar e verificam sempre o que estamos a fazer, se eles estão a ser cumpridos”.* (OP - Informal)

*“Como era rotina habitual do serviço, a tutora teve de impor uma data a partir da qual todos tínhamos de agir da mesma forma e controlou-nos, claro. Acho que a partir daí ela passou a ser mais desconfiada e controladora”.* (OP - Informal)

Os estudantes referem que os tutores utilizam como estratégia didáctica “condicionar” com a finalidade de regular o seu comportamento e a sua actuação. Esta

estratégia está, assim, associada à inspecção, a uma atitude mais controladora, mais directiva, de confirmação da atitude tomada associada a desconfiança.

Relativamente aos estilos de supervisão, o estilo não directivo refere-se a manifestações por parte do tutor em entender o mundo do estudante, escutá-lo, esperar que seja ele a tomar a iniciativa, encorajá-lo, ajudá-lo a clarificar as suas ideias e sentimentos; em orientá-lo sem o condicionar. As estratégias de prestar atenção, clarificar, encorajar e servir de espelho encaixam-se neste estilo de supervisão.

O estilo colaborativo refere-se à capacidade do tutor em valorizar a opinião do estudante, fazer a síntese das sugestões e dos problemas apresentados e, a partir daí, ajudar o estudante a resolver os problemas. As estratégias de dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas e negociar são as mais adequadas a este estilo de supervisão.

O estilo de supervisão directivo refere-se à preocupação em dar orientações e estabelecer critérios, condicionando, assim, as atitudes do estudante. As estratégias de orientar, estabelecer critérios e condicionar são as que se ajustam a este estilo de supervisão.

O estilo de supervisão é algo que se vai alterando com o decorrer do tempo consoante o processo de aprendizagem vai decorrendo (Sá-Chaves, 2003/2004), existindo uma tendência para inicialmente ser mais “directivo”, passando seguidamente por ser mais “colaborativo” e finalmente por ser mais “não-directivo”. Embora exista uma tendência neste sentido, não quer dizer que o estilo de supervisão ocorra sempre da mesma forma. Cabe, então, ao tutor decidir, face às características e ao desenvolvimento de cada estudante, o estilo de supervisão a adoptar.

Sem dúvida, é no contexto da prática clínica que os estudantes constroem a sua identidade, aprendem a tomar consciência de si como futuros profissionais. Mas a realização pessoal não depende exclusivamente do próprio (contexto do sujeito), depende também do ambiente envolvente no qual o estudante se insere para desempenhar num futuro próximo (contexto da profissão), do ambiente de cuidados onde se insere toda a dinâmica assistencial que nem sempre é a ideal (contexto da acção), onde interfere o tutor como promotor e mediador das suas aprendizagens, uma vez que se vai assumir como o “motor de arranque” e o “acompanhante” em todo o processo de desenvolvimento do estudante.

Queremos que os estudantes sejam pessoas que saibam pensar, que sejam seres intelectuais (seres pensantes), e capazes de gerir os seus saberes e competências de forma a alcançar uma actuação profissional futura de qualidade. Nessa óptica, a instituição escolar, representada na prática clínica pela pessoa do tutor, tem de ser o motor do desenvolvimento desse ser pensante. A atitude constante de reflexão acerca das práticas, mediada pelo tutor, ao desempenhar com empenho o seu papel, auxiliará o desenvolvimento da capacidade de pensar autónoma do estudante.

Como vimos, o tutor, assumindo o seu papel, utiliza estratégias de supervisão que lhe permitem mediar o pensamento dos estudantes a nível ético. Nesse sentido, os estudantes exercitam a audição; fortalecem a convivência conflituante; apuram os sentidos, o diálogo e o pensamento complexo; e, procuram respostas sobre questões humanas



### 3. A APRENDIZAGEM EM CONTEXTO CLÍNICO

A aprendizagem em contexto clínico é um aspecto importante na vida dos estudantes de enfermagem porque representa um investimento consentido cujo sentido “*está intimamente ligado ao significado que atribui globalmente à sua dinâmica de mudança*” (Barbier, 1996:22). Assim, as predisposições dos actores para a aprendizagem e o reconhecimento da sua importância para a prática de cuidados no qual investem constituem um envolvimento consubstanciador nas dinâmicas identitárias.

A aprendizagem é, tanto do ponto de vista antropológico, como pedagógico e social, uma condição da existência humana e uma questão de mobilização e de sentido na aproximação do estudante ao saber, o que pressupõe uma aproximação do estudante ao seu contexto envolvente. Trata-se de uma apropriação do saber em que a subjectividade e o envolvimento do estudante em actividades significativas é fundamental uma vez que: “*os saberes incorporados progressivamente pelo ser humano em devir são antes saberes de acção experimentados numa prática significativa, quer dizer ligada a um envolvimento pessoal*” (Dubar, 2000:184). Para Dubar (2000), o envolvimento em actividades significativas experienciadas que compreendem o envolvimento do estudante (experiências vividas) podem aplicar-se tanto a actividades intelectuais, como afectivas ou técnicas.

É uma aprendizagem que o estudante constrói no sentido da aproximação e interacção com o ambiente, com os outros e consigo próprio, numa temporalidade fundamentada no “ser-se no mundo” que inclui a existência de interacções e acontecimentos numa relação dual estudante-ambiente, tal como Heidegger (1964), Honoré (1990) e Bronfenbrenner (2002) defendem.

O sentido que pressupõe a aprendizagem é uma questão central, nomeadamente quando se pondera a importância e a relação existente entre a educação e a construção da identidade. Ao considerarmos a aprendizagem e a educação como condição da existência e do devir, nesta temporalidade biográfica e social (Dubar, 2004) que inclui todos os acontecimentos, locais e interacções da existência, podemos compreender o sentido da educação como sentido do ser (Honoré, 1990) e via de acesso à compreensão e construção de si-no-mundo e do mundo enquanto obra colectiva (Honoré, 1990; Arendt, 2001). É um sentido que emerge do desejo inerente a toda a pessoa, aberta ao mundo social na qual ocupa uma posição e é activa; assim, “*não se pode compreender o sujeito*

do saber nem apreendê-lo nesta forma específica de aproximação ao mundo” (Charlot, 2002:69).

A aprendizagem e a educação são, neste sentido, uma aproximação do estudante ao contexto, aos outros e a si próprio<sup>18</sup>; são uma aproximação do saber não apenas epistémica, mas também identitária e social, tal como vimos nos capítulos anteriores. Charlot (2002), salienta que a aproximação ao saber não inclui apenas aproximações de saberes objectivos mas também de actividades e de relações.

De forma a compreendermos o modo como as situações vividas na prática clínica promovem a aprendizagem dos estudantes, analisamos: i) as expectativas dos formandos; ii) os trajectos de formação; e, iii) a escola e o desenvolvimento de competências.

### 3.1. Expectativas dos formandos

Os estudantes anseiam pelas suas práticas clínicas. Consideram que é na prática de cuidados que efectuam grande parte das aprendizagens. Por tal motivo, aguardam esses como momentos revestidos de grande expectativa, esperança e ansiedade. É comum os estudantes verem os enfermeiros da prática de cuidados como os seus grandes referenciais e também esperarem que os tutores, como mediadores das suas aprendizagens, sejam os detentores de saberes práticos.

Os estudantes desejam compreender os contornos da profissão obtendo uma aproximação identitária com a mesma e, nesse sentido, subjaz que existam outras aproximações: aproximação de saberes e aproximação da conduta. Por isso, eles possuem determinadas expectativas, determinados ideais construídos de realidades propostas ou acessíveis a partir de construtos teóricos, das experiências relatadas pelos pares ou do seu próprio imaginário.

Dubar (1997), Demazière e Dubar (1997) e Dubar e Tripier (1998) defendem que as representações acerca do futuro e a percepção do projecto individual estão ancoradas nas trajectórias pessoais, nas quais é particularmente importante o mundo vivido. Este

---

<sup>18</sup> A aproximação que, conforme salienta Charlot (2002), é também uma aproximação ao tempo, pois “a aproximação ao mundo, a construção de si, a inscrição numa rede de relações com os outros – o aprender – exigem tempo e não estão completos nunca. [...] Este tempo não é homogéneo, ele é compassado por momentos significativos, por ocasiões, por rupturas; ele é o tempo da aventura humana, da espécie, do indivíduo. Este tempo, enfim, desdobra-se em três dimensões, que se interpenetram e se supõem umas às outras: o presente, o passado e o futuro” (p.91).

mundo vivido de que nos fala Dubar (1997) deve ser articulado com o modo como o estudante vive e perspectiva a formação (expectativas), pois só assim pode obter uma aproximação com a profissão e, posteriormente, obter a tão almejada autonomia e identidade profissional.

Através da observação e das entrevistas efectuadas emergiu como dimensão *Trajectórias da aprendizagem*, a partir do qual foi possível extrair o domínio que a seguir se apresenta.

**Quadro 15.** Taxonomia da dimensão “Trajectórias da aprendizagem”, domínio “Expectativas dos estudantes”

| DIMENSÃO                     | DOMÍNIO                     | CATEGORIAS                                   |
|------------------------------|-----------------------------|--|
| Trajectórias da aprendizagem | Expectativas dos estudantes | Sem expectativas definidas                   |
|                              |                             | Tomar decisões acerca do futuro profissional |
|                              |                             | Superar medos                                |
|                              |                             | Ter muitas oportunidades para praticar       |
|                              |                             | Desenvolver competências                     |

No processo de codificação efectuado para a dimensão trajectórias da aprendizagem, relativamente à aprendizagem ocorrida em contexto clínico expressa pelos estudantes, consideramos como área ou domínio as expectativas dos estudantes.

### Sem expectativas definidas

De facto, os estudantes quando vão para a prática clínica apresentam determinadas expectativas. Eles anseiam aprender muito, aprender tudo o que não lhes foi possível em sala de aula ou laboratório, por ser um contexto fictício, simulado e não real. Contudo, nem todos os estudantes apresentam expectativas relativamente à aprendizagem:

*“Eu se calhar não tinha muitas expectativas, vamos ver o que é que sai, vamos ver o que é que traz. Claro que pronto, já fazia uma ideia do que nós queríamos, o que é que podíamos fazer e o que é que se passava. Mas uma grande expectativa do que eu iria sentir qualquer coisa, não. Estava mais naquela de vamos ver o que realmente se passa e depois vou pensar melhor e digerir para ver se... não tinha grandes expectativas, estava receptiva.” (E2)*

*“...na verdade não tinha expectativa absolutamente nenhuma, não esperava nada de especial deste ensino clínico, estava expectante...” (OP - Informal)*

*“...eu não trazia nenhuma ideia concreta acerca do que iria ser ou encontrar neste ensino clínico, ouvia por vezes os colegas a falarem dos campos de estágio, uns bem outros mal, mas como neste Centro de Saúde não tinha estado cá ninguém em estágio, é o primeiro ano que para cá vem a Escola, por isso não trazia comigo nada de muito concreto.” (OP - Informal)*

Destes relatos verificamos que, por vezes, os estudantes não possuem expectativas relativamente ao que esperam aprender, verificando-se que isto acontece no primeiro ano do curso. Uns estudantes apontam como razões para a não ocorrência de expectativas o facto de não terem conseguido obter informações concretas acerca do grupo de pares ao passo que outros consideram a ausência de ideias premeditadas. Contudo, ainda nesse primeiro ano, as expectativas não se esgotam:

*“Se calhar tudo em termos práticos [...] esperava ter um contacto que até acabasse de ser decisivo, se era realmente isto que eu queria ou não, e... se calhar foi mais nessa base que continuo... ter um contacto mais real com a profissão.” (E2)*

*“Como esta não foi a minha primeira escolha em termos de decisão de profissão de futuro, eu não entrei em medicina, penso que o contacto com a realidade prática vai ajudar-me a tomar essa decisão, se continuar neste curso ou, enveredar no curso que pretendo” (OP - Informal)*

*“...na verdade, só tendo um ensino clínico logo no primeiro ano é que é possível perceber se temos ou não capacidade para enfrentar, da melhor maneira possível, estes casos mais complicados que nos vão aparecer na profissão. Assim, considero que, apesar de chocante, estes casos devem ser vividos pelos estudantes de enfermagem, só assim podemos tomar uma decisão consciente acerca da profissão que queremos ter para o resto da vida”. (OP - Informal)*

Um aspecto que, no primeiro ano do curso os estudantes consideram importante, é tomar decisões acerca do futuro profissional. De facto, a formação alternada proporciona ao estudante uma aproximação com o mundo de trabalho, onde o estudante é um actor privilegiado no processo de acção. A aprendizagem é, então, consumada através da imersão no contexto real de trabalho e os estudantes consideram que um contacto prévio com a realidade facilita a consciencialização para a profissão.

De facto, existe um distanciamento entre a teoria e a prática que pode também ser visto, pode transformar-se em algo utópico, tal como acontece nos contos de fadas. É a realidade prática, tal como ela existe, que permite a tomada de consciência de se “ser enfermeiro”, por isso ela apresenta-se como uma realidade que assusta, geradora de medo e de stress no estudante.



*“Esperava aprender a pôr a teoria na prática, porque em qualquer tipo de aprendizagem nota-se muito essa distância, pois a teoria é uma coisa e a prática é outra. E às vezes fazer a ponte duma para a outra não é muito fácil e tenho o receio de estar à frente do doente e começar a “plissar” não conseguir falar e não conseguir dizer o que quero dizer. A minha expectativa de receio era essa, de não conseguir agir.” (E1)*

*“...acima de tudo de superar esses receios, achei que o centro de saúde seria um bom sítio para começar, as pessoas normalmente têm mais calma.” (E4)*

*“Eu esperava que fosse aquele ensino clínico em que eu ia superar os meus medos porque ia ter tempo de falar com as pessoas e porque ia ter pessoas que realmente iam falar comigo, acho que são as pessoas que nos ajudam mais, porque são elas que nos dão o feedback.” (E5)*

*“Tinha mais medos que expectativas, sou uma pessoa com muito receio, tinha mais medos que expectativas mas de qualquer forma...” (E6)*

*“Superar todas as dificuldades, ansiedades e medos” (OP - Informal)*

*“A estudante referiu que a sua ansiedade começara logo no primeiro dia, aquando da reunião com o tutor, porque se perguntava se teria a matéria bem presente de forma a conseguir ser autónoma na sua prática, acrescentou que na saúde escolar teve a oportunidade de treinar a criatividade mas pergunta-se acerca se terá sempre essa criatividade presente.” (OP - Informal)*

Destes testemunhos apercebemo-nos que os estudantes, nos seus relatos acerca das vivências em contexto clínico, identificam que apresentam determinados receios, nomeadamente no que concerne em superar as dificuldades, ansiedades e medos acerca: i) da mobilização de saberes (pôr a teoria em prática); ii) da execução de uma acção (de não conseguir agir) e; iii) de comunicação (de não conseguir uma comunicação eficaz).

Mas consoante o estudante vai progredindo no seu percurso educativo ao longo do curso, as suas expectativas vão-se alterando.

*“Eu acho que a visão com que vamos num quarto ano é completamente diferente da com que vamos quando estamos num segundo ano. É obvio que eu estava à espera de ter muitas experiências e aprender coisas novas, como em qualquer um dos anos anteriores.” (E10)*

De facto, com o decorrer do tempo os estudantes admitem que as expectativas se alteram. Passam de uma posição de não ter expectativas ou de tomar decisões acerca

do futuro profissional, para superar medo e seguidamente ter muitas experiências para praticar:

*“...tinha a expectativa de encontrar um sítio muito parecido com o anterior em que ia ter muitas oportunidades de ver muita coisa [...] tinha expectativas de dar o meu primeiro injectável com sucesso, de conseguir fazer algalias, de ter muitas experiências, mesmo com receio de conseguir...” (E5)*

*“...ter muitas oportunidades para pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos” (OP - Informal)*

*“...aproveitar todas as oportunidades para aprender” (OP - Informal)*

*“Gostava de ter oportunidades muito variadas em quantidade e qualidade para poder ter o máximo de experiências” (OP - Informal)*

*“...aquilo que esperava era obter mais treino na sua execução” (OP - Informal)*

Os estudantes admitem que, em algumas tarefas, é necessário treino, porque implicam destreza manual; nesse sentido, esperam ter muitas oportunidades para praticar. Esperam também que essas oportunidades sejam ricas quer na sua quantidade quer na sua qualidade.

Apesar de, no seu percurso formativo, estarem alerta para todos os aspectos cuidativos, são efectivamente os mais técnicos que atraem o enfermeiro neófito. A sua insegurança necessita de ser trabalhada e, uma forma de a trabalhar é adquirir o domínio sobre várias áreas, sendo a técnica a mais atractiva e a primeira a ser alvo da sua atenção.

*“Esperava que... eu tinha muitas expectativas, mas esperava que fosse diferente do centro de saúde do ano anterior mas pensei que ia aprender muitas coisas, que ia desenvolver muitas competências e... a nível técnico então eu acho que neste segundo ano foi assim um bue de técnicas que nós tivemos e nós queríamos aplicar tudo. Então as minhas expectativas iam em relação a isso, às técnicas...” (E3)*

*“Eu quando fui para lá esperava que fosse parecido com o meu primeiro ano. E foi, só que tive muito mais prática, era sair de lá com mais traquejo, com experiência relativamente ao tratamento de feridas, às próprias consultas com os utentes.” (E6)*

*“Como já conhecia aquele local no primeiro ano não tínhamos tido oportunidade de ir à sala de tratamentos e então esperava que neste ensino clínico tivesse a oportunidade de pôr, de fazer tratamentos, de conhecer novos produtos que são utilizados para realizar o penso, basicamente foi isso. E nas vacinas também não*

*tínhamos tido a oportunidade de administrar vacinas e esperava que agora fosse possível administrar.” (E7)*

*“Executar todas as técnicas que aprendi em sala de aula” (OP - Informal)*

*“Obter, ou seja, tirar proveito do máximo de oportunidades em termos de executar técnicas para as aperfeiçoar cada vez mais, no fundo estou a repetir-me um bocadinho, mas as minhas expectativas face a este ensino clínico são mesmo essas, é o aperfeiçoamento das técnicas e o aperfeiçoamento nas relações pessoais.” (E9)*

*“Eu esperava aperfeiçoar o meu desempenho aos vários níveis. Melhorar técnicas, a relação também e os conhecimentos.” (E11)*

*“De facto o que eu espero conquistar a autonomia” (E12)*

Apercebemo-nos claramente que, para os estudantes, uma das suas expectativas era desenvolver competências. Nota-se uma certa atracção para o domínio mais técnico da profissão; contudo, os estudantes também admitem ter como expectativas o desenvolvimento de outros domínios: relacional e cognitivo.

Durante o percurso do estudante, ao longo do seu curso, são visíveis as diferentes expectativas que este vai tendo. No primeiro ano de curso, os estudantes ou não apresentam expectativas relativamente à aprendizagem ou esperam obter informações que lhes permitam tomar decisões acerca do futuro profissional. Já nos anos seguintes, esperam superar medos, ter muitas oportunidades para praticar e desenvolver competências. No último ano as suas expectativas voltam-se mais para o aperfeiçoamento de competências e para a aquisição da autonomia profissional.

No fundo o que os estudantes esperam é:

*“Ser capaz de desempenhar um bom trabalho, ultrapassando o stress” (OP - Informal)*

*“...sentir-me mais independente e mais à-vontade” (OP - Informal)*

Ser competente de modo a prestar cuidados de qualidade, com autonomia e à-vontade é, sem dúvida, a grande expectativa dos estudantes de enfermagem relativa à aprendizagem em contexto clínico.

A aprendizagem surge a partir do sujeito, no qual é depositada a confiança na capacidade e a responsabilidade de se tornar num ser aprendiz e parte das expectativas enquanto modo de acesso a saberes relevantes e susceptíveis de reconhecimento. Nesse sentido, os estudantes conseguem *a posteriori* efectuar a avaliação das expectativas previstas:

*“Sem dúvida, correspondeu às expectativas, até superou.” (E2)*

*“Sem dúvida que superou as minhas expectativas. É aquela capacidade que às vezes pensamos que não temos e que até temos. Vamos sempre com receio, às vezes, temos medo porque pensamos que não conseguimos fazer as coisas mas até as conseguimos fazer.” (E10)*

*“Por isso correspondeu em parte, mas não na totalidade, porque esperava ter mais que fazer, esperava ter mais oportunidades para praticar o que aprendi nas aulas.” (E6)*

No final do ensino ou estágio clínico os estudantes conseguem efectuar uma avaliação da situação face às expectativas que tinham inicialmente. Na sua globalidade foram satisfeitas, e até superadas, conseguindo ultrapassar os seus receios, concebendo cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

### **3.2. Trajectos de formação**

O contexto clínico é uma fase complexa para o estudante, normalmente é nesta fase que ocorre o confronto com uma realidade nova, uma realidade real, verdadeira. O estudante sente-se, então, “obrigado” a responder eficazmente e por isso, ele age em situação, de modo a obter o melhor resultado possível. Mobiliza e transpõe saberes anteriormente adquiridos em sala de aula, laboratório ou contexto clínico anterior. É nessa mobilização de saberes aplicados a uma situação concreta que, por vezes, são colocadas em questão interesses, virtudes, condutas, ideais, emoções e iniciativas. Para Silva (2005) a aprendizagem não se encerra no espaço e no tempo institucionalizado, acontece das relações das pessoas com os contextos, num sentido que facilita a (re)construção de saberes.

Toda a acção é influenciada pela estrutura organizacional do trabalho que, por sua vez, o condiciona modificando-o. De facto, existem três contextos fundamentais que interagem entre si, num processo de inter-relação dinâmica e que exercem forte influência na aprendizagem: o contexto do sujeito, o contexto da acção e o contexto da profissão (Dias, 2004; Abreu, 2007). Bronfenbrenner (2002) identifica claramente a existência de relações entre esses contextos, defendendo que o sujeito (contexto do sujeito) e o ambiente envolvente (contexto da profissão) apresentam uma interacção dinâmica de transformação através da acção (contexto da acção). Abreu, em 2007, expõe um modelo explicativo sobre a aprendizagem em contexto clínico referindo que esta deve combinar quatro propósitos essenciais. Nesse sentido, a aprendizagem apresenta-se como: i) resultante da natureza das experiências clínicas; ii) surge através

da mobilização de “redes” de saberes; iii) desenvolve-se de forma abrangente; e iv) exige a mobilização de estratégias de gestão da informação.

Dos dados recolhidos através das técnicas de recolha de informação - observação e entrevistas - emergiu como dimensão *Trajectórias da aprendizagem*, a partir da qual extraímos os domínios que a seguir se apresentam.

**Quadro 16.** *Taxonomia da dimensão “Trajectórias da aprendizagem”, domínios “Experiências anteriores”, “Factores intervenientes na aprendizagem”, “Experiências significativas”, “Resposta emocional dos estudantes” e “Aprendizagens efectuadas”*

| DIMENSÃO                     | DOMÍNIO                                 | CATEGORIAS                          |
|------------------------------|---|-------------------------------------|
| Trajectórias da aprendizagem | Experiências anteriores                 | Nenhum                              |
|                              |   | Saberes                             |
|                              | Factores intervenientes na aprendizagem | Limitadores                         |
|                              |   | Facilitadores                       |
|                              | Experiências significativas             | Prática profissional, ética e legal |
|                              |   | Prestação e gestão de cuidados      |
|                              |   | Desenvolvimento profissional        |
|                              |   | Erro                                |
|                              | Resposta emocional dos estudantes       | Não respondem                       |
|                              |   | Medo                                |
|                              |   | Usam processos de reflexão          |
|                              | Aprendizagens efectuadas                | Aprendizagens efectuadas            |

No processo de codificação efectuado para a dimensão trajectórias da aprendizagem relativamente ao trajecto de formação ocorrido em contexto clínico expresso pelos estudantes, considerámos como áreas ou domínios: as experiências anteriores, os factores intervenientes na aprendizagem, as experiências significativas, a resposta emocional dos estudantes e as aprendizagens efectuadas. Para a categorização do domínio experiências significativas considerámos os domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais propostos pela OE (2004), aos quais acrescentamos o erro.

### Experiências anteriores

A aprendizagem é um processo dinâmico, construído a partir de uma intervenção activa e coerente do estudante. Pressupõe uma participação consciente e autónoma na construção das suas respostas que são influenciadas pelas representações mentais, pela compreensão da situação de aprendizagem, pela atenção, motivação e pelas aprendizagens prévias.

De facto, é importante para o estudante a existência de experiências anteriores. Essas experiências proporcionam segurança facilitando, ao mesmo tempo, o seu processo de integração no contexto. Contudo, no primeiro ensino as experiências anteriores são limitadas, sendo adquiridas essencialmente em sala de aula ou laboratório:

*“...tínhamos praticado estas técnicas na escola mas no contexto real é sempre muito diferente, até porque por se tratar de uma situação nova estamos sempre um pouco nervosas e, às vezes, torna-se um pouco visível para os utentes porque começamos a tremer com as mãos, ou então, deixamos cair o material” (OP - Informal)*

*“...por vezes o que acontece é que quando vamos executar algo pela primeira vez parece que esquecemos tudo acerca de como temos de o fazer. Aprendemos na escola, revemos os conhecimentos antes de vir para o ensino clínico, mas repentinamente bloqueamos.” (OP - Informal)*

*“Na escola treinamos a relação mas aqui é muito diferente, é real, não tem nada a ver...” (OP - Informal)*

Os estudantes admitem que, a nível escolar, efectuam várias simulações de situações reais, fazem treinos sobre os mais variados domínios, desde o cognitivo, ao atitudinal, técnico e comunicacional. Contudo, admitem que o confronto com as situações reais é complexo, difícil, porque apesar das práticas simuladas na escola, a situação real é sempre uma situação geradora de stress. Os estudantes sabem que à sua frente têm uma pessoa que vê e sente o que eles fazem, que avalia o que fazem.

Nestes relatos os estudantes admitem que, com frequência, ocorre uma de duas situações, ou ficam nervosos e essas atitudes acabam por transparecer para a pessoa doente, ou bloqueiam e esquecem como devem actuar. No que se refere à relação com a pessoa doente, os estudantes salientam que estes também apresentam contornos diferentes.

Com a passagem para o 2.º ano de curso, as experiências vão aumentando:

*“No ano anterior estive num Centro de Saúde onde a afluência era muita grande e já tinha experiência na avaliação de tensões arteriais, na avaliação antropométrica, na avaliação da glicemia capilar, na colheita de dados nas consultas de risco a diabéticos e hipertensos, etc.” (OP - Informal)*

*“No ano anterior houve uma enfermeira que me ensinou a administrar vacinas” (OP - Informal)*

*“...também tivemos experiências com a elaboração do processo de enfermagem” (OP - Informal)*

Destes relatos, apercebemo-nos que, no segundo ano de curso, os estudantes possuem já experiências provenientes do ensino clínico do primeiro ano. De acordo com a sua evolução ao longo do curso para cada ensino clínico são estabelecidos objectivos gerais e específicos de acordo com a finalidade pretendida para o mesmo. Pretende-se assim, que o estudante se desenvolva atingindo estadios de aprendizagem faseados e devidamente adaptados e enquadrados nos referenciais teóricos que vão sendo sistematicamente abordados na componente teórica do curso.

Do exposto, verificamos que as experiências que possuem centram-se no âmbito, quer da concepção quer na prestação de cuidados.

Com a passagem para o 3.º ano, as experiências são mais alargadas:

*“A estudante acrescentou que não tinha sentido grande dificuldade na execução das tarefas curativas uma vez que já não eram novidade para si” (OP)*

*“No ano anterior tive experiência de preparar medicação e a tutora era muito exigente, por isso uma das minhas experiências e que eu não esqueço é relativa às normas de segurança na preparação da medicação” (OP - Informal)*

*“...também a nível dos planos de cuidados tenho já experiência” (OP - Informal)*

*“No ano passado uma das coisas que aprendemos muito bem foi a triagem dos lixos” (OP - Informal)*

*“Não sei se por ter já efectuado algumas das técnicas” (OP - Informal)*

No terceiro ano de curso os estudantes possuem já experiências provenientes dos ensinamentos clínicos do primeiro e do segundo ano, por isso, as suas experiências vão atingir um leque muito mais alargado. As experiências que possuem centram-se no âmbito, quer da concepção quer da prestação de cuidados mas, também, da gestão dos mesmos.

*“Muitos dos cuidados já não são novidade, porque já tive experiências em ensinamentos clínicos anteriores” (OP - Informal)*

*“...quando efectuo-o um cuidado do qual não tenha tido ainda experiência, sinto alguma dificuldade, mas alguns aspectos como comunicação, algumas técnicas e processo de enfermagem não são novidade porque já tenho experiência de ensinamentos clínicos anteriores” (OP - Informal)*

*“Apesar de ter já experiência na preparação de medicação, nomeadamente nas normas de segurança relativas ao seu manuseamento e administração...” (OP - Informal)*

No último ano de curso os estudantes já apresentam um leque de experiências anteriores alargado, experiências na concepção, prestação e gestão de cuidados, que lhe permitem sustentar a prática.

*“É sempre bom ter experiências de ensinamentos clínicos anteriores, porque facilita sempre a aprendizagem que efectuo. Lembro-me do doente que tinha, do que fiz, de como pensei, das discussões que tive com o tutor e das conclusões que tirei e, comparo com a situação actual, faço uma aprendizagem à semelhança. O mesmo acontece se o doente não tiver sido meu doente, porque me lembro sempre que no serviço havia alguém com aquela patologia, aquele diagnóstico ou aquela situação particular e faço uma retrospectiva.” (OP - Informal)*

*“As experiências dos ensinamentos clínicos anteriores facilitam sempre a forma como vemos este estágio e como aprendemos. Porque já tenho experiências anteriores, aspectos que domino melhor, sinto-me mais segura relativamente a algumas situações e, por isso, tenho já uma visão um pouco diferente e para melhor; torna-se mais fácil” (OP - Informal)*

De facto, os estudantes acabam por admitir que a existência de experiências anteriores é um factor que influencia a sua aprendizagem de forma positiva porque é um aspecto facilitador. Contudo, existem também outros aspectos que influenciam a aprendizagem e que a seguir mencionaremos.

### **Factores intervenientes na aprendizagem**

Dos factores que interferem na sua aprendizagem os estudantes distinguem os que consideram como facilitadores e os limitadores. Como limitadores referem:

*“...eu acho que a própria dinâmica do serviço, o facto de as actividades serem realizadas por tarefas, limitam um bocadinho a aprendizagem e no fundo restringem um bocadinho o meu conhecimento. Por exemplo, numa semana estaria só em saúde infantil, os meus conhecimentos estariam só focados na saúde infantil, enquanto, se estivesse numa unidade familiar tinha que inter-relacionar muitos mais conhecimentos e acho que, se calhar, o dinamismo do meu pensamento seria outro.” (E8)*

Como factor limitador os estudantes referiram o modelo de prestação de cuidados adoptado. O modelo de enfermagem funcional baseia-se num modo de organização de trabalho fragmentado em tarefas. Cada enfermeiro responsabiliza-se pela concretização de parte dessas tarefas, previamente definidas e padronizadas relativamente à sua



sequência de execução. Esta segmentação do trabalho determina que cada enfermeiro esteja mais ligado à tarefa do que ao doente (Pinheiro, 1994). Neste sentido, os estudantes admitem que a adopção do modelo de prestação de cuidados de enfermagem funcional é um factor limitante no seu processo de aprendizagem, uma vez que não fomenta o seu desenvolvimento global mas sim um desenvolvimento fragmentado, não integrado, compartimentalizado.

Mas existiram também, aspectos que os estudantes consideram como facilitadores:

*“A autonomia, o assumir uma postura de interesse. Nós estamos no serviço de passagem e temos de ver o estágio como mais uma experiência. É muito a nossa capacidade de adaptação e de afirmação. Há equipas que nos sobressaem mais pela forma de autonomia e atenção que nos dão. É totalmente diferente se formos aquele aluno que apenas vai cumprir um estágio, passa despercebido e um aluno que se afirma é mais solicitado, até nos podem perguntar olhe o que é que tu achas ou que não achas. Integram-nos de maneira diferente, sem dúvida.” (E10)*

*“Ao analisar retrospectivamente o meu período de aprendizagem, penso que consegui manter uma conduta sempre positiva” (OP - Diário)*

*“Eu acho que antes de mais nós temos de estar abertos e disponíveis a tudo o que nos dizem... se estivermos uma postura assim muito rígida e tudo o que nos dizem nós levamos a mal ou acho que estamos a auscultar uma posição de que estamos ali perante um ambiente novo que...temos que ...eu pelo menos penso que se nós mostrarmos disponibilidade para aprender, se nós mostrarmos que queremos...que estamos ali para aprender e que não estamos nada a criticar ou a ver o que se faz e como se faz, eu muitas vezes ouço os colegas e os enfermeiros a dizer mas não é assim é tal e as pessoas às vezes levam a mal...acho que nós devemos saber lidar um bocadinho com essas situações.” (E12)*

Os estudantes admitem que existem aspectos que facilitam a sua aprendizagem. Dos seus relatos sobressai a conduta pessoal adoptada pelo próprio estudante, a postura de interesse, a disponibilidade para aprender, ou seja a motivação interna. Podemos assim, afirmar que a aprendizagem é influenciada pelo grau de envolvimento manifestado pelo estudante na execução das tarefas (motivação) (Anderson, Cederfjäll e Klang, 2005; Dweck, 1986; Gray e Smith, 2009; Mullan e Kothe, 2010; Nicholls, 1984; Pintrich e Schrauben, 1992; Silva et al., 2004).

### **Experiências significativas**

No contexto clínico, o desenvolvimento do estudante acontece a partir de competências adquiridas e de factores intrínsecos e extrínsecos ao próprio indivíduo, que facultam a mobilização e apropriação de saberes e que permitem uma actuação de qualidade. Como ciência, a enfermagem, é fundada em conhecimentos construídos e apropriados ou apreendidos em torno de interesses semelhantes, em que o processo de aprendizagem é experienciado através de experiências da vida real. Por esse motivo, existem muitas situações que se tornam significativas para o estudante, quer pelas questões que levantam, quer pelos recursos que envolvem, quer mesmo pela proximidade que o estudante estabelece com a própria pessoa doente. As situações significativas acarretam sempre momentos de aprendizagem.

#### *Prática profissional, ética e legal*

A aprendizagem em contexto clínico concretiza-se através da acção. De facto, existe uma dicotomia entre o falar e o fazer, o pensar e o agir, o sentir e o actuar.

Actualmente, a visão não dualista do ser, fundamentada em dados científicos de entre os quais se salienta a teoria da inteligência emocional de Daniel Goleman (1997), afirma que a emoção é um factor relevante no desenvolvimento da inteligência do indivíduo e que existem duas formas fundamentalmente diferentes de conhecimento que interagem na construção do ser. A primeira é a mente racional, o modo de compreensão de que temos mais consciência, a descoberta da razão, de que somos seres pensantes; a segunda é a mente emocional, um sistema de conhecimento poderoso e impulsivo, embora, por vezes, ilógico (Goleman, 1997). Mas essas duas mentes, a emocional e a racional, podem e devem operar em harmonia, conservando as suas características próprias e possibilitando-nos viver no mundo.

No contexto clínico, a aprendizagem efectua-se pela análise das experiências vividas, pela exploração recíproca das competências adquiridas nos diferentes contextos de formação, aos quais se devem adicionar condições de interactividade e sensibilização para a consciência de responsabilidade. Nesse sentido, os estudantes manifestaram serem experiências significativas:

*“A primeira vez que disse que não. Quando me disseram “dás este injectável” e eu “não”, porque não me sentia preparada, porque achei que iria fazer ali um buraco enorme e não ia acertar, ou ia acertar no nervo ou em alguma coisa.... A primeira vez que disse foi importante, porque fiquei... foi importante e, ao mesmo tempo*

*desmotivante, porque fiquei muito triste por sentir que não era capaz, por não me sentir preparada.” (E5)*

*“Por exemplo, lembro-me de uma senhora que vivia sozinha e que estava sempre à espera da hora da visita domiciliária para poder conversar um bocadinho com a enfermeira, neste caso havia mais oportunidade para conversarmos porque haviam alunas e, pronto, isso a mim marca-me muito, chegarmos a uma idade que estamos sozinhos, não temos ninguém com quem falar e no fundo aqueles 15 ou 20 minutos a pessoa aproveita para descarregar, mas que no fundo nós temos de perceber isso, embora, às vezes, a enfermeira tenha um bocado de pressa, não é, porque tem muito trabalho. Essas situações a mim marcam-me sempre bastante.” (E9)*

*“Outro momento significativo foi quando fomos fazer uma visita domiciliária e estava uma senhora a morrer, mesmo a morrer, e chocou-me muito porque a enfermeira só disse basicamente «ela está a morrer, não adianta chamar ajuda porque eles nunca chegarão a tempo» a senhora estava com respiração muito fraquinha, estava muito pálida e estava mesmo a morrer e eu nunca tinha visto. Tive o meu avô muito doente mas nunca me deixaram vê-lo. Por isso, fiquei ali e rezei enquanto a senhora morria, mas foi uma primeira experiência e custou-me muito não poder fazer nada por aquela pessoa ... custou-me... custou-me muito.” (E5)*

*“Por exemplo houve uma noite em que tive três doentes que morreram. É algo marcante, já tive doentes que morreram, mas nessa noite tive três. Não podia fazer nada apenas assisti e...estive presente, respeitei o tempo que cada um necessitou para morrer.” (E10)*

*“Foi complicado trabalhar com doentes no corredor do serviço sem lhes poder proporcionar grande privacidade e qualidade de cuidados, não que não fizéssemos as coisas com qualidade mas quando se priva o doente da privacidade que este merece, os cuidados deixam de ser de qualidade. Também porque no corredor do serviço nunca lhe conseguíamos proporcionar grandes períodos de descanso, por se tratar de uma zona de passagem”. (OP - Informal)*

Destes testemunhos, podemos concluir que os estudantes salientam como experiências significativas situações do domínio da prática profissional, ética e legal. Nesse sentido, manifestam preocupação com situações que lhe impõem o reconhecimento dos limites do seu papel e da sua competência consultando peritos quando os cuidados requerem um nível de perícia além do seu. É notório o seu envolvimento afectivo em algumas situações, nomeadamente nas relacionadas com o final da vida humana, actuando sempre na defesa e respeito pelos direitos e interesses dos doentes. O respeito pelas questões da privacidade é aqui também evidente.

### *Prestação e gestão de cuidados*

As experiências significativas e a forma como essas “novas experiências” se transformam para o estudante não se esgotam no domínio da prática profissional, ética e legal. Elas passam para um patamar seguinte relacionado com a prestação e gestão de cuidados:

*“Para mim ter de elaborar o planeamento de cuidados é complicado, eu sei que são coisas que faço diariamente mas é difícil ter de as passar para o papel” (OP - Informal)*

*“...gostei pela positiva, das educações para a saúde, das relações, a relação que se estabeleceu com os idosos, principalmente na segunda, nos cuidados a ter com os pés até houveram senhores que não eram diabéticos e que quiseram que a gente lhes analisasse os pés, foi engraçado.” (E8)*

*“Outra experiência ... tenho outra negativa que foi quando fiz o meu primeiro penso... foi muito complexo, era um senhor que estava acamado, estava dependente na actividade de vida mobilização e ele estava... tinha muitas úlceras nos trocanter e nas nádegas e... custou-me muito e penso que a esposa dele não estava a apoiar muito porque dizia «Então menina! Eu fazia isso mais depressa!» então foi assim... foi se calhar a experiência mais significativa em termos de pressão. Estava ali pressionada, era a esposa a dizer «Então! Isso ainda não está?» e a enfermeira a dizer «Então! Não te despachas?».” (E5)*

*“Outra experiência foi a primeira colheita de dados que fiz, tive um utente espectacular que me apoiou imenso, que falou imenso comigo, que sabia que eu era aluna e falou comigo muito à vontade e ... e falamos imenso e ele falou muito e contou-me muitas coisas da vida dele que ele disse que não contava a mais ninguém e não me conhecia de lado nenhum... foi muito bom, especialmente porque no primeiro ano eu não conseguia falar com os utentes, não conseguia fazer uma colheita de dados e consegui e foi... foi muito bom, até porque foi a esse utente que eu dei o meu primeiro injectável. Por acaso foi muito bom ter aquela relação e ele conhecia-me e sabia que eu era aluna e deixou-me dar a seguir... foi muito bom” (E5)*

*“Uma experiência marcante foi ter de efectuar um diagnóstico baseando-me nos sintomas que o doente descreve ou apresenta. É verdadeiramente complicado, nada nos aparece como nos livros. Tomar a decisão de optar por este e não por outro diagnóstico é muito complexo” (E4)*

*“A primeira múmia que fiz que foi marcante porque nunca tinha feito nenhuma.” (E11)*

*“A primeira vez que preparei e administrei um injectável. Foi complicado e ao mesmo tempo excitante, porque não me podia esquecer de nenhum dos passos do seu manuseamento. Consegui cumprir os princípios de segurança, sem nenhum incidente o que foi muito bom para mim” (E4)*

*“Foi muito complicado para mim saber se o senhor estava verdadeiramente preparado para cuidar de si” (E6)*

Do exposto, concluímos que os estudantes salientam como experiências significativas situações do domínio da prestação e gestão de cuidados. Preocupam-se com a colheita de dados e o planeamento de cuidados, pelo que essas experiências representam serem situações marcantes, nomeadamente a gestão de sinais e sintomas face ao levantamento diagnóstico. Na execução de cuidados enumeram várias situações nomeadamente as relacionadas com a dimensão mais técnica (técnicas que nunca tinham tido oportunidade de efectuar anteriormente) mas também não descuraram o que concerne à garantia da segurança na administração de medicamentos e à avaliação da capacidade para o autocuidado.

#### *Desenvolvimento profissional*

Para além das experiências a nível da prestação e gestão de cuidados, ainda constituíram experiências significativas as relativas ao domínio do desenvolvimento profissional:

*“...para uma melhor interiorização e aquisição de conhecimentos, diariamente, fui pesquisando acerca de assuntos que desconhecia ou não tinha bem presentes, para que, daqui a um mês, quando fizer uma retrospecção acerca destas quatro semanas, sinta que evolui, que cresci enquanto profissional e simultaneamente enquanto pessoa”. (OP - Informal)*

*“...outro aspecto positivo foram os momentos em que em casa escrevia no papel aquilo que vivenciava em cada dia e nas horas dedicadas para a manipulação da CIPE e pesquisa de informação”. (OP - Informal)*

*“Estas semanas foram também dedicadas ao trabalho a desenvolver para o serviço. A fim de reunir informação pertinente para o trabalho a realizar, eu e a minha colega investimos na pesquisa sobre os temas propostos. Não tivemos dificuldade na selecção da informação, uma vez que é um tema bastante abordado no campo da enfermagem. Iniciamos o trabalho com muito gosto e empenho e esperamos que realmente seja útil para o serviço e que os profissionais adiram a este protocolo.” (OP - Informal)*

Destes relatos, apercebemo-nos que os estudantes salientam como experiências significativas situações do domínio do desenvolvimento profissional. Efectuam de forma regular uma revisão das suas práticas, assumem a responsabilidade pela aprendizagem e manutenção das competências, por isso, actuam no sentido da procura da satisfação das suas necessidades em termos de formação a nível das implicações e das consequências que possam surgir.

### *Erro*

Para além das experiências a nível dos domínios da prática profissional ética e legal, prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional, ainda existiram situações que os estudantes salientaram como sendo experiências significativas pela relevância que constituíram no seu processo de formação.

*“Hoje foi um dos meus piores dias do meu estágio, mas fiquei com uma lição. Enquanto alunos/estagiários cometemos erros, que por vezes, não são compreendidos pelos enfermeiros que nos recebem. Eu sei, e sempre soube reconhecer os meus erros e assumo-os porque fazem parte do nosso crescimento. É com os erros que aprendemos, mas nem sempre é fácil conseguir lidar com eles. O meu erro foi ter entregue a pílula a uma utente sem a enfermeira estar no consultório, deveria ter esperado, mas como o ano passado no Centro de Saúde onde estagiei fazíamos assim, pensei que não havia problema. Quando a enfermeira chegou reagiu de uma forma mal-educada para comigo e também para com a utente, que não tinha culpa nenhuma. Foi uma situação muito desagradável, e se a enfermeira tinha alguma razão, deixou de a ter ao comportar-se daquela forma”. (OP - Diário)*

*“Na preparação de um injectável, cometi um erro, em vez de colocar a água destilada na ampola de Jaba b12®, coloquei na ampola de profenid®. Tive que inutilizar o profenid®. Cometi este erro porque fiquei um pouco atrapalhada quando me cortei ao partir a ampola de vidro onde estava o medicamento. Logo de início tinha separado os dois injectáveis (para evitar o erro que acabei por cometer), mas não correu como eu esperava. A enfermeira foi compreensiva e não deu muita importância, mas o que mais me surpreendeu foi a atitude des preocupada e simpática da utente.” (E4)*

Destes dois relatos percebemos que os estudantes se preocupam muito com as situações de erro que ocorrem durante os seus contextos clínicos. De facto, as situações de erro são momentos muito marcantes e stressantes para os estudantes, mas podem constituir bons momentos de aprendizagem porque se transformam em momentos ricos de reflexão. O estudante pondera a sua acção fazendo a ponte entre as expectativas que possuía acerca dos resultados que esperava alcançar. Nesse sentido, analisa as crenças

acerca das competências pessoais para executar bem as tarefas (expectativas de auto-eficácia) e as crenças sobre os resultados que pode alcançar (expectativas de resultado) confrontando-os com a forma como a acção foi planeada e concretizada. Só assim o estudante poderá perceber os contornos do erro e aprender com ele.

*“Tive um dia complicado, devido ao erro que cometi na preparação de um injectável. Sei que detectei o erro a tempo, mas mesmo assim, sinto-me culpada e desiludida. Foi uma situação inesperada, que nunca pensei que me fosse acontecer. Esta situação levou-me a questionar se realmente tenho ou não vocação para a Enfermagem. É difícil avaliar o que sinto, mas tenho medo de voltar a falhar. Pessoalmente, sinto-me mais confortável quando conto alguma situação que me corre mal (ou bem), não consigo “esconder”, prefiro agir de acordo com a minha consciência”. (OP - Diário)*

A reflexão sobre o erro passa também pelo assumir da responsabilidade no seu sentido mais genuíno. Demonstra crescimento e maturidade pessoal e exige discernimento e capacidade para ajuizar, ou seja, capacidade e obrigação de assumir os actos e as respectivas consequências.

*“Sim, por exemplo eu contei aquela situação e ela [tutora] disse que eu tinha agido muito bem porque parei logo a preparação, contei logo à enfermeira o que se tinha passado – tinha misturado a medicação – e que não ia administrar à pessoa porque estava errado. A tutora disse que foi correcto porque fiz bem em dizer o que tinha acontecido, em não esconder o meu erro e também achou positivo o facto de eu reconhecer aquilo que tinha feito e... e deu-me força para eu não desistir porque eu fiquei, fiquei muito triste com aquilo. Eu nunca pensei que eu própria fosse misturar medicação, achei aquilo mesmo um erro total. Apercebi-me então que é muito fácil errar.” (E4)*

*“Agora sinto que aprendi, reflecti muito e acho que nunca mais me vai voltar a acontecer. Mas, este erro, é algo que me vai acompanhar para o resto da vida.” (OP - Diário)*

Todas as aprendizagens significativas descritas envolvem aprendizagem porque envolvem reflexão, compreendem mecanismos de atenção ao que está a executar. O estudante envolve a observação, toma consciência das intervenções que tem de realizar, dos procedimentos que tem de adoptar e dos resultados que deve obter. Muitos autores fazem referência à reflexão como sendo um factor fundamental de sustentação da prática de cuidados (Abreu, 2007; Alarcão, 2007; Boughton, Halliday e Brown, 2010; Braine, 2009; Manning et al., 2009; Mooney e Timmins, 2007; Neville, 2004; Rua, 2009; Santos, 2009; Turner e Beddoes, 2007). Outros salientam que é nesta fase que o estudante tem a

concepção de si e dos outros, e usa estratégias de controlo da atenção, de controlo emocional e de controlo do ambiente de aprendizagem (Bandura, 1986; Kanfer e Gaelick, 1986; Silva et al., 2004).

### **Resposta emocional dos estudantes**

Face às diversas situações que ocorrem no contexto da prática nem sempre é fácil, aos estudantes, terem de imediato uma resposta rápida e adequada às situações inesperadas, nomeadamente quando envolvem sentimentos e decisões complexas; por isso, em determinados momentos eles não conseguem oferecer um padrão de resposta.

*“Sinceramente não fiz nada, limitei-me a observar a enfermeira. Foi ela que tomou a iniciativa e fez alguma coisa.” (OP - Informal)*

*“Outras vezes, quando tenho oportunidade de fazer alguma técnica recuso, preferindo observá-la e acabo por perder a oportunidade”. (OP - Informal)*

*“No momento, fiquei tão admirada com a situação que não fui capaz de perguntar se tinha esvaziado o cuff da algália para a retirar, apenas me preocupei em dizer que não devia ter feito aquilo, que devia ter telefonado para o centro para uma enfermeira resolver. Fiquei com dúvidas se ela vai ligar àquilo que eu disse ou se vai continuar a fazer o que entende.” (OP - Informal)*

De facto, nos primeiros anos do processo de aprendizagem, os estudantes ainda se sentem muito inseguros quanto à sua actuação. Perante situações mais complexas apresentam grande dificuldade de resposta encontrando nos enfermeiros da prática o suporte necessário para as suas incertezas, pelo que se verifica que, nas situações que saem do comum, eles optam por uma postura mais passiva, de observação.

Benner (2006) denomina-os de iniciados: não apresentam nenhuma experiência das situações com que são confrontados, por isso, apresentam um comportamento típico extremamente limitado. Por tal facto, necessitam de normas que dirijam os seus actos, apresentam dificuldade em integrar o que aprenderam nos livros e na componente teórica do curso com aquilo que encontram nas situações reais e apresentam receios.

*“...muito ansiosa, até tenho as pernas a tremer” (OP - Informal)*

*“...eu tinha muito medo de tomar uma decisão que não fosse correcta e de colocar a vida de alguém em risco” (OP - Informal)*

*“...porque, por vezes, tenho receio de errar e isso deixa-me muito nervosa” (OP - Informal)*



*“Apercebi-me que estaria um pouco nervosa pois após a administração do injectável suspirou discretamente como que em forma de alívio.” (OP - Informal)*

*“Quando faço algo pela primeira vez é muito complicado, fico muito stressada e até me esqueço de conversar com a pessoa e claro... lá vai a relação de ajuda”. (OP - Informal)*

Destes relatos, percebemos que os estudantes admitem os seus receios relativamente ao facto de poderem errar, de tomarem as decisões que não sejam as correctas. Este receio é acrescido pelo facto dos cuidados de enfermagem envolverem a vertente humana, onde o erro envolve questões complexas, questões da vida humana. Morin (2002) salienta que a racionalidade é o melhor guarda-costas contra o erro e a ilusão; por isso, os processos de reflexão adquirem aqui especial relevo.

Os processos reflexivos compreendem o juízo sobre os resultados alcançados e os desejados e pressupõem a eficácia percebida sobre a comparação dos comportamentos realizados com os comportamentos considerados padrão. A reflexão estimula a aprendizagem e o desenvolvimento dos processos de pensamento no seu teor mais afectivo e motivacional que lhe permitem o conhecimento sobre si próprio e sobre os outros, no sentido de delinear as estratégias mais favoráveis para a resolução de problemas (Abreu, 2007; Alarcão, 2007; Bandura e Locke, 2003; Braine, 2009; Boughton, Halliday e Brown, 2010; Garcia e Pintrich, 1994; Manning et al., 2009; Mooney e Timmins, 2007; Neville, 2004; Rua, 2009; Santos, 2009; Turner e Beddoes, 2007; Zimmerman, 2000).

Como nos diz Alarcão (2007) *“a capacidade reflexiva é inata ao ser humano, ela necessita de contextos que favoreçam o seu desenvolvimento, contextos de liberdade e de responsabilidade”* (p.45). A reflexão deve ter como ponto de partida uma experiência e deve assentar na expressão e no diálogo. Um diálogo que se estabelece consigo próprio, com os outros e com a própria situação, tal como Schön (1983) nos refere na sua linguagem metafórica. Para Alarcão (2007) seria extremamente pobre se este diálogo se restringisse a um domínio meramente descritivo; ele tem de ir mais longe, ser mais profundo e atingir um nível explicativo e crítico que permita agir e falar com fundamento.

Alarcão (2007) acrescenta ainda que para que a reflexão seja eficaz ela tem de *“ser sistemática nas suas interrogações e estruturante dos saberes dela resultantes”* (p.46).

*“Quando dei o primeiro injectável foi muito engraçado, porque não consegui falar com a senhora. Só pensava nos passos que tinha de fazer na técnica para que tudo*

*corresse bem. Do género, vou pegar nas ampolas e vou parti-las sem as desfazer para a seguir misturar o líquido no pó. Tive também de pensar muito bem como é que abria a seringa e a agulha para não conspurcar o material todo e tentar colocar a agulha com muito jeitinho dentro da ampola, tremi um bocadinho e foi difícil, mas virei as costas para a senhora não ver. Depois de pronta lembrei-me que não tinha verificado o prazo de validade. Supostamente estaria dentro do prazo até porque a senhora as tinha comprado no dia anterior, mas nunca se sabe e como ainda estava a tempo aí fui eu, estava tudo bem. Passei então para a administração. Peguei no algodão com álcool, tentei calcular o local ideal, confesso que com alguma dificuldade, e limpei a zona depois foi a parte de ter de espetar a agulha que correu bem e de injectar o líquido. Estive sempre atenta para não apanhar nenhum vaso e correu bem, mas durante este tempo todo não consegui dizer uma palavra à senhora” (E6)*

*“Quando faço alguma técnica pela primeira vez tenho sempre alguma dificuldade em articular a comunicação com a técnica em si. Claro que já tenho consciência disso e vou melhorando, mas é difícil, porque para não me esquecer dos passos que tenho de dar tenho de pensar no que estou a fazer e se falar distraio-me, não consigo fazer duas coisas ao mesmo tempo” (E12)*

Do exposto, verificamos que, aquando das suas primeiras experiências, os estudantes apresentam um padrão de reflexão-na-acção que corresponde ao momento da experiência vivida. Segundo Schön (1983), esta componente de reflexão acompanha a acção em curso e pressupõe a existência de uma conversa com ela. Nesse sentido, a reflexão ocorre no decorrer da própria acção, sem interrupção embora podendo existir breves instantes de distanciamento e reformulação. O estudante responsabiliza-se pela acção, confronta-se com a abordagem dos acontecimentos, corrige incidentes, resolve problemas e realiza actividades (Le Boterf, 2005).

Mas os processos reflexivos não ocorrem só durante o curso da acção.

*“...à noite quando vou para a cama, habitualmente, relembro várias vezes, os passos por mim executados durante o dia e, sinceramente, sob o meu ponto de vista, isso é benéfico para a minha aprendizagem na medida em que interiorizo melhor os conhecimentos adquiridos”. (OP - Diário)*

*“O facto de ter feito uma múmia não foi um bom momento de aprendizagem, o que eu realmente aprendi foi quando reflecti sobre o assunto porque falamos que os doentes morrem, mas só quando nos morre algum é que verdadeiramente tomamos consciências de que isso pode acontecer.” (E11)*

*“A reflexão sobre as actividades desenvolvidas foi uma constante neste ensino clínico, contribuindo para o aperfeiçoamento e mudança na minha prática. No final de cada turno, preocupava-me em fazer uma espécie de retrospectiva de forma a detectar algo que poderia ter realizado de forma diferente.” (OP - Diário)*

*“...o facto de ter de efectuar os diários de aprendizagem faz-me pensar acerca das actividades desenvolvidas em cada dia, e nos aspectos relativos a cada uma delas. Embora em alguns dias não exista nada de muito relevante, ao efectuar os registos penso acerca do que fiz e, por vezes, até chego à conclusão que não o fiz da forma mais correcta” (OP- Informal)*

*“...após cada dia de estágio ponho-me a pensar acerca do que fiz e como fiz. Penso no que posso melhorar e, por vezes, tenho de fazer pesquisa para me fundamentar melhor, para poder fundamentar a minha actuação.” (OP - Informal)*

Muitas foram as reflexões-sobre-a-acção referidas pelos estudantes de enfermagem. A reflexão-sobre-a-acção corresponde ao momento de explicitação, é o primeiro momento de reflexividade e pressupõe já um certo distanciamento da acção. A acção é, então, mentalmente reconstruída para que possa ser analisada retrospectivamente (Schön, 1983; Le Boterf, 2005). Alguns estudantes fazem-no espontaneamente ao fim do dia, outros apenas o fazem porque lhes são exigidos os diários de aprendizagem.

*“Eu falo logo pelo momento da preparação, aprendi logo, eu estava muito ansiosa por preparar era a primeira vez que eu preparava alguma coisa e ia administrar e aprendi a não estar tão ansiosa, a pensar primeiro no que é que vou pegar primeiro, no que é que vou fazer, a pensar antes de agir porque nós temos sempre aquela tendência para pegar em tudo, eu quero preparar e pego em tudo mas é preciso preparar tudo direitinho explicar a nós próprios que temos de fazer as coisas com calma o que é que eu vou pegar primeiro, pegar na seringa, pegar na agulha, vou abrir isto ou vou abrir aquilo, se calhar foi isso, há que ter mais calma para as coisas não estar tão ansiosa e ter mais atenção no que estou a fazer.” (E4)*

*“No exemplo que dei dos doentes que faleceram, aprendi a lidar com a burocracia toda, não me coube o facto de ter de comunicar o óbito, foram os enfermeiros do serviço, mas acho que a nível pessoal me levou a reflectir um bocadinho ... aconteceu, o que é que eu poderia ter feito? Existem situações que não dependem só de nós, no fundo não foi comigo mas apesar de não ser comigo o que é que falhou. Se acontecer um dia em que eu seja profissional o que é que nós poderemos fazer? Isto fez-me reflectir um bocadinho em todo o conceito da avaliação.” (E10)*

Os estudantes também efectuam reflexão sobre a reflexão-na-acção. À semelhança da reflexão-sobre-a-acção, a reflexão sobre a reflexão-na-acção corresponde ao momento da conceptualização ou da modelização e pressupõe, também, um distanciamento da acção. Este momento de reflexão consiste já em construir esquemas operatórios, modelos cognitivos que conduzem à compreensão dos problemas da prática profissional. O estudante relembra o acontecimento reconstruindo-o e reflecte sobre ele numa perspectiva que promove o seu crescimento e aperfeiçoamento na profissão (Le Boterf, 2005; Schön, 1983). Na sua maioria, os estudantes fazem-no nos diários de aprendizagem ou nas reuniões com os tutores, e referem-se a casos de dilemas em que não souberam qual a conduta correcta ou às situações de erro.

Nos relatos dos estudantes também se verificou existir uma evolução em termos do seu padrão de reflexão. Eles sentem-se mais orientados nas unidades de cuidados onde a informação é detalhada e pormenorizada, respeitam o conhecimento das enfermeiras mas são também críticos e interventivos quanto ao seu trabalho. Sentem a necessidade da descoberta do saber, procuram informação e justificação para as intervenções e procedimentos desempenhados pelos enfermeiros em todos os actos e não apenas quando sentem alguma necessidade especial. Na execução das suas tarefas sentem-se mais seguros; contudo, quando efectuam uma intervenção pela primeira vez referem algum receio e algumas dúvidas, embora esteja sempre presente a vontade de aprender.

No primeiro ano de curso, perante situações novas, os estudantes ainda não possuem capacidade de resposta, apoiam-se nas decisões dos enfermeiros, mas nota-se que têm a necessidade constante de reflectirem nas acções que executam (reflexão-na-acção). Aquando da execução de uma intervenção, por mais simples que seja, referem sentir sempre a necessidade de pensar o que devem fazer e como devem fazer em cada passo da intervenção. Por vezes, conseguem fazer uma análise *a posteriori* através da reconstrução mental da acção executada (reflexão sobre-a-acção). Este tipo de reflexão acontece devido aos diários de aprendizagem que efectuaram. Para eles, os diários constituíram momentos de auto-conhecimento permitindo a aquisição de autonomia e responsabilidade pela própria aprendizagem. Verifica-se que, nesta fase da aprendizagem, foram escassas as vezes que fizeram uma reflexão individual mais aprofundada de modo a obterem um crescimento profissional que os preparasse para determinar as acções futuras de forma a enfrentar novos problemas (reflexão sobre a reflexão-na-acção). Este tipo de reflexão só se verificou aquando das reuniões com o

tutor acerca de situações conflituosas (casos de dilemas em que não souberam qual a conduta correcta).

No segundo ano de curso, nota-se que os estudantes têm já presente a necessidade constante de reflectirem nas acções que executam (reflexão-na-acção). Na execução de uma intervenção, por mais simples que seja, referiram sentir sempre a necessidade de pensar o que devem fazer e como devem fazer em cada passo de uma intervenção. Por vezes, conseguem fazer análises *a posteriori* através da reconstrução mental da acção (reflexão sobre-a-acção). Tal como no primeiro ano, isto aconteceu devido aos diários de aprendizagem que efectuavam que constituíram momentos ricos de aprendizagem. Verificou-se também que a reflexão individual com vista ao crescimento profissional foi escassa (reflexão sobre a reflexão-na-acção). Este tipo de reflexão só se verificou em duas situações muito específicas: aquando da ocorrência de algum erro ou perante situações conflituosas (casos de dilemas em que não souberam qual a opção correcta).

No terceiro ano de curso os estudantes ainda sentem necessidade de reflectir nas acções que executam (reflexão-na-acção) embora, para alguns, nas intervenções essa reflexão já não seja tão necessária, o que denota já a existência de um conhecimento implícito. Conseguem fazer uma análise *a posteriori* reflectindo sobre-a-acção e sobre a reflexão-na-acção como forma de controlar as situações mais complexas. O que quer dizer que, após a sua prática clínica, os estudantes relembram os acontecimentos reconstruindo-os e reflectem sobre eles numa perspectiva que promove o seu crescimento e aperfeiçoamento na profissão.

No último ano de curso, nota-se que os estudantes apenas sentem necessidade de reflectir nas acções que executam (reflexão-na-acção) aquando de uma primeira experiência, o que denota que, para muitas das intervenções, essa reflexão já não seja tão necessária (conhecimento implícito). Fazem com frequência uma análise *a posteriori* reflectindo sobre-a-acção e sobre a reflexão-na-acção como forma de controlar as situações mais complexas.

Frequentemente os estudantes referem que, para compreenderem a prática de cuidados, necessitam de tempo para pensar. A reflexão sobre a prática é um aspecto habitualmente realçado em estudos efectuados na área da saúde e, particularmente, na enfermagem; estes são relatados como facilitadores do processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências (Abreu, 2007; Alarcão, 2007; Anderson, Cederfjäll e Klang, 2005; Bandura e Locke, 2003; Bem-Sefer, 2006; Boughton, Halliday e Brown,

2010; Braine, 2009; Garcia e Pintrich, 1994; Manning et al., 2009; Mooney e Timmins, 2007; Neville, 2004; Rua, 2009; Santos, 2009; Turner e Beddoes, 2007; Zimmerman, 2000).

### **Aprendizagens efectuadas**

A prestação de cuidados de enfermagem insere-se no seio de uma constelação de fenómenos e acontecimentos. As suas características assumem os contornos do resultado do desenvolvimento da profissão, do crescimento das organizações prestadoras de cuidados e do progresso das políticas de saúde. Prestar cuidados de enfermagem nas instituições de cuidados de saúde é um processo complexo que tem como foco central o cliente. A este, são prestados cuidados que aspiram ser de alta qualidade e que, por sua vez, pressupõem uma participação tão activa quanto possível (Pinheiro, 1994). Nesse sentido, os cuidados ficam a cargo e sob a responsabilidade permanente de um enfermeiro, idealmente desde a admissão até à alta, vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana, designado de “enfermeiro de referência” ou “enfermeiro de família” consoante o contexto em acção.

A organização dos cuidados de enfermagem é consumada tendo em conta as necessidades do utente e a avaliação dos resultados obtidos face aos objectivos enumerados (Pinheiro, 1994). A responsabilidade por todas estas etapas, por todos os cuidados, é do enfermeiro que avalia, executa e coordena os cuidados (Kron e Gray, 1989). Mas, mesmo os enfermeiros mais experientes, por vezes, apresentam dificuldades na organização do seu trabalho, nomeadamente quando transitam de uma unidade de cuidados para outra.

Cecílio (2006) afirma que a passagem dos estudantes pelos serviços tem uma duração limitada no tempo. Para se compreender o vínculo que o estudante estabelece com a instituição, a unidade de cuidados e o utente é necessário compreender a relação que este é capaz de estabelecer com cada um deles já que “... a essência do trabalho de enfermagem é a possibilidade da humanização da assistência com responsabilidade” (Paula e Scatena, 2000:46).

Paula e Scatena (2000) dizem que quando uma pessoa necessita de serviços de saúde, entra num ambiente totalmente diferente do que está acostumada a vivenciar, vendo-se confrontada com o facto de ter que seguir regras e, conseqüentemente, adoptar novas atitudes. Sendo assim, cada utente verá a sua rotina modificada e, nessas

situações, a comunicação estabelecida entre enfermeiro e utente reveste-se de importância crucial, assumindo contornos impessoais (automática) ou pessoais (acarretando afectividade no relacionamento); porém, somente esta última favorece o estabelecimento de uma verdadeira comunicação terapêutica. É então necessário criar espaços para a interlocução dos actores, embora nem sempre seja fácil estabelecer uma relação de sucesso sem experiência.

*“Não foi fácil chegar perto de uma pessoa que não conhecia e travar uma conversa, era necessário, eu sei, mas..., lembro-me que foi muito complicado e até...difícil.” (E5)*

*“Eu tenho sempre alguma dificuldade em termos de comunicação, eu sou assim... um bocadinho mais caladinha, mais tímida” (E7)*

Destes testemunhos, apercebemo-nos de que uma das grandes dificuldades dos estudantes no contacto com a prática clínica é o estabelecimento de uma comunicação com os utentes. Para os estudantes é muito complicado num primeiro contacto e, nomeadamente nos ensinamentos clínicos do primeiro e segundo ano do curso, comunicar espontânea e eficazmente com os utentes dos serviços de saúde. Lucena e Goes (1999) afirmam que a comunicação é uma ferramenta essencial especialmente com os utentes mais vulneráveis, pois é através dela que se consegue a sua participação nos cuidados. Para que exista uma comunicação favorável e adequada entre estudante e utente é necessário que ambos sejam flexíveis, disponíveis, demonstrem vontade de conhecer o outro e se deixem conhecer.

A aprendizagem origina uma mudança no sentido do desenvolvimento de competências nos estudantes, através de um processo dinâmico, dialéctico e progressivo que implica uma reorganização dos domínios da percepção e da acção que terão de se apresentar como visíveis e com continuidade ao longo dos espaços e do tempo (Alarcão e Tavares, 2003). Assim, os estudantes ao longo do seu percurso de formação vão adquirindo concepções cada vez mais amplas e distintas que lhes permitem o envolvimento em actividades de maior complexidade, tal como sustenta Bronfenbrenner (2002).

Perante uma nova situação, o estudante realiza modificações importantes nos esquemas operatórios, dando-se uma *acomodação* da informação. São adquiridos novos saberes, existem saberes que perdem a sua pertinência, as combinatórias de ligação dos saberes são reconstruídas, o que equivale a que exista não apenas reorganização de saberes mas também transposição (Pinto ed. lit., 2009).

O desenvolvimento de competências nos estudantes pode ocorrer no domínio da prática profissional, ética e legal; no domínio da prestação e gestão de cuidados; e no domínio do desenvolvimento profissional.

*“...também aprendi em termos teóricos alguns materiais a utilizar e consegui desenvolver mais a comunicação também” (E7)*

*“Aprendi a fazer coisas novas como por exemplo a fazer a múmia” (E10)*

*“No primeiro penso que fiz aprendi que se calhar havia de ser mais rápida e devia interagir mais com a pessoa ...” (E5)*

*“...aprendi a ver as situações de outra forma” (E3)*

*“...aprendi praticamente conhecimentos teóricos acerca da diabetes e dos cuidados a ter, embora já tivesse algumas noções acho que deu para aprofundar esses conhecimentos e também as estratégias a utilizar para ...” (E7)*

*“A observar, aprendi bastante a observar quer as atitudes dos outros quer as intervenções...” (E6)*

*“... a ter segurança. Acho que tenho melhorado nesse aspecto, mesmo a nível de comunicação, já estou mais à-vontade com os utentes e também com as enfermeiras do módulo.” (OP - Informal)*

*“...a mobilizar os conhecimentos teóricos e teórico-práticos referentes ao doente geriátrico do foro médico e geriátrico adquiridos em contexto de sala de aula e em estágios anteriores (OP - Informal)*

*“...a respeitar os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão” (OP - Informal)*

*“O sigilo profissional foi um aspecto sempre presente, assim como o respeito pelos direitos e valores do doente aquando da prestação de cuidados.” (E12)*

*“Também melhorei a minha relação com o doente, família e prestadores de cuidados. Esta foi uma das competências mais treinadas neste estágio em que as educações para a saúde informais foram uma constante.” (OP - Informal)*

*“Penso que a dignidade e privacidade dos doentes foram mantidas, respeitando sempre a individualidade, convicções, crenças e decisões dos utentes.” (OP - Informal)*

*“No respeitante ao desenvolvimento de competências técnicas considero que me sinto mais autónoma, e mesmo tendo em conta o facto de que o processo de agilização e aperfeiçoamento da destreza manual nas técnicas de enfermagem ser uma constante desde o início do Ensino Clínico, considero agora, talvez pela maior*



*autonomia senti ter tido mais oportunidades para concretizar este meu objectivo.” (OP - Informal)*

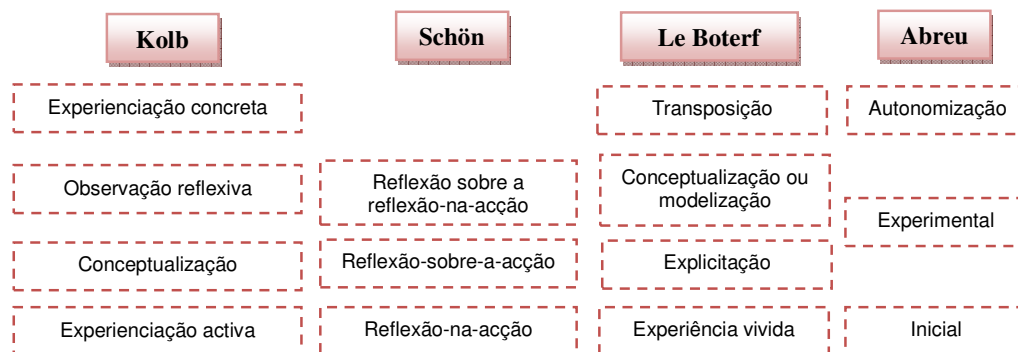
*“Na prestação directa de cuidados tive dias que foram ricos na execução de determinados procedimentos, que embora me encontre no último ano do curso, não tinha tido ainda muitas oportunidades para os executar, nomeadamente a introdução de sondas nasogástricas, de cateteres urinários e de cateteres venosos periféricos. A introdução de cateteres venosos periféricos era uma das técnicas na qual inicialmente tinha ainda, por vezes, algumas dificuldades, mas que com o decorrer do estágio consegui ultrapassar.” (OP - Informal)*

*“...no entanto, estas foram superadas pelas competências a nível relacional através do contacto com os doentes.” (OP - Informal)*

Destes relatos, percebemos que os estudantes adquirem competências nos domínios defendidos pela OE, o que quer dizer que, ao longo do curso, são adquiridas as competências interpessoais, instrumentais e sistémicas que lhe permitirão prestar cuidados gerais como enfermeiro, no final do mesmo.

Tendo em conta as constatações dos estudantes, tentei articular quatro construtos teóricos que me permitiram compreender a aprendizagem e o desenvolvimento de competências no estudante ao longo do seu trajecto formativo e que está representada na figura 10.

**Figura 10.** *Aprendizagem experiencial, abordagem reflexiva, aprendizagem experimental e processo de mentorship*



Na abordagem experiencial de Kolb (1984), a aprendizagem é concebida como um processo transformador da experiência no qual ocorre a construção do saber. Este processo compreende a experienciação concreta, a observação reflexiva, a conceptualização abstracta e a experienciação activa. O modelo processa-se através da observação e da reflexão, a partir da qual a experiência é analisada e conceptualizada.

Os conceitos que resultam deste processo de transformação servem de fio condutor às novas experiências.

Na abordagem reflexiva de Schön (1983), a aprendizagem é concebida como um processo decorrente da reflexão. Esta abordagem compreende as componentes da reflexão-na-acção, reflexão-sobre-a-acção e reflexão sobre a reflexão-na-acção. Cada abordagem processa-se tendo como base a reflexão efectuada a partir da acção, iniciando-se por esta acompanhar a acção e posteriormente atingindo níveis mais elevados e profundos, com distanciamento da mesma.

A aprendizagem experimental de Le Boterf (2005) é concebida em quatro momentos: o momento da experiência vivida, o momento da explicitação, o momento da conceptualização ou da modelização e o momento da transferência ou da transposição para novas situações. Em cada um dos momentos existe um envolvimento do estudante com a acção. No momento da experiência vivida o estudante confronta-se com a acção. O momento da explicitação é o primeiro distanciamento e corresponde à reflexão e o momento da conceptualização ou da modelização corresponde a um novo patamar de reflexividade que permite compreender os conceitos da acção. A última etapa, a transposição para novas situações, é a acção ou a reacção tendo em conta as lições adquiridas a partir da experiência.

O processo de *mentorship* proposto por Abreu (2007) é concebido em três fases: inicial, experimental e de autonomização. A fase inicial consiste na aprendizagem por imitação, na necessidade de desenvolver a segurança pessoal, na existência de uma experiência limitada e de uma elevada ansiedade canalizada para um elevado desempenho. A fase experimental corresponde à fase reflexiva. A fase de autonomização supõe que o estudante desenvolveu um conjunto de competências e caracteriza-se pela existência de alterações significativas na conduta do estudante, nomeadamente na sua independência e autonomia.

Reunindo vários relatos acerca de um exemplo prático semelhante, podemos verificar que a aprendizagem se processa num sentido crescente que passa por mecanismos de observação e imitação até ao seu aperfeiçoamento completo.

*“Como era a primeira vez, recusei administrar o injectável. Optei por ficar a observar e ver como a enfermeira fazia. Combinei com ela que para a próxima era eu a administrar” (OP - Informal)*

*“Como era a primeira vez que eu ia administrar um injectável, durante todo o tempo estive preocupada a pensar o que é que tinha de fazer, cada passo que tinha de dar, partir as ampolas, misturar, abrir o material, etc.” (OP - Informal)*

*“Hoje administrei dois injectáveis a uma utente. Consegui introduzir bem a agulha, e consegui aspirar melhor do que nas vacinas da gripe. Apesar do nervosismo, consegui preparar sem problemas o injectável. Tive mais dificuldade em aspirar e em manter a agulha e a seringa estável. Como estava tão concentrada na administração, não me lembrei de ir conversando com a utente”. (OP - Informal)*

*“Hoje tive a oportunidade de administrar alguns injectáveis e estou a habituar-me a aspirar só com uma mão. Consegui conversar com a utente enquanto administrava a medicação e, assim, consegui prolongar o tempo da administração do injectável, ao contrário do que tem acontecido.” (OP - Informal)*

*“Durante a manhã de hoje tive a oportunidade de administrar um injectável intramuscular e, ao contrário da última vez, executei o procedimento com mais confiança, apesar de achar que ainda tenho muito, mesmo muito a melhorar”. (OP - Informal)*

*“...por exemplo algumas técnicas como a preparação e administração de injectáveis, [...] já não são novidade para mim, consigo executá-las sem dificuldade” (OP - Informal)*

*“...sinto que a componente que mais se desenvolveu foi a capacidade de estabelecer raciocínios rápidos, ou seja, de pensar e anteceder situações que poderiam originar outras de maior gravidade, como exemplo as complicações pós-cirúrgicas.” (OP - Informal)*

Do exposto, percebemos que os estudantes aprendem através das vivências da prática. Apesar dos treinos simulados em laboratório, por vezes, ainda se sentem inseguros preferindo observar mais uma vez ou, pelo menos, uma vez em contexto real antes de serem eles os protagonistas da acção. Seguidamente, a estratégia utilizada é a imitação acompanhada de reflexão-na-acção, ao que Le Boterf (2005) chama de experiência vivida, Kolb (1984) de experimentação activa e Abreu (2007) de fase inicial.

Posteriormente, os estudantes reflectem sobre o que fizeram, fazem uma reflexão-sobre-a-acção que corresponde ao que Le Boterf (2005) chama de explicitação, Kolb (1984) de conceptualização abstracta e Abreu (2007) de fase experimental. Ainda na fase experimental, os estudantes reflectem de forma a conseguir construir esquemas ou modelos que os conduzam à compreensão da acção, promovendo o seu crescimento.

Finalmente, o estudante faz a transposição da aprendizagem efectuada para novas situações de forma segura, independente e autónoma, é o que Kolb (1984) chama

de experimentação concreta, Le Boterf (2005) de transposição e Abreu (2007) de autonomização.

A aprendizagem experiencial vai ocorrendo sempre da mesma forma ao longo dos ensinamentos clínicos, permitindo aos estudantes adquirir as suas competências de forma construtiva e satisfatória.

*“Fazendo um balanço final do estágio que teve agora o seu término, posso dizer que me sinto muito satisfeita com a minha aprendizagem. Saio deste Ensino Clínico com a ideia clara de que aprendi muito nestas nove semanas, mas também com a certeza absoluta que tenho ainda muito para aprender. Tudo o que aqui vivi contribuiu para o meu crescimento pessoal como futura profissional. Acho que ele foi compensador e de extrema importância para a minha formação, nomeadamente na conquista da autonomia que necessitava”. (OP - Diário)*

De facto, no último ano de curso é mais visível a satisfação dos estudantes relativa ao percurso formativo efectuado. Mas a aprendizagem surge fruto do esforço e empenho pessoal do estudante.

*“Esta semana, um senhor com uma úlcera venosa pôs-me a pensar e cheguei a ir debater com a minha tutora sobre o produto que deveria ser aplicado naquela úlcera. Após observação e discussão chegamos a um consenso.” (OP - Informal)*

*“Ao longo destas semanas de estágio, fui treinando e aperfeiçoando as diferentes técnicas de enfermagem.” (OP - Informal)*

*“...priorizei o desenvolvimento e o aperfeiçoamento das competências relacionais.” (OP - Informal)*

*“Tentei desenvolver mais as minhas competências relacionais com os utentes e sua família, porque considero que para uma boa prestação de cuidados é fundamental uma boa relação entre enfermeiro – utente, muito mais do que qualquer técnica executada na perfeição.” (OP - Informal)*

*“...tenho também investido na conquista da minha autonomia.” (OP - Informal)*

*“No que respeita à mobilização de conhecimentos teóricos, penso ter aprendido algo de novo todos os dias.” (OP - Informal)*

*“A diversidade de situações, exigiu-me um esforço complementar no que toca a pesquisas quase diárias em base de dados multimédia e bibliográficas, que penso ter conseguido ultrapassar.” (OP - Informal)*

*“...fiz questão de actuar em conformidade com os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, privilegiando sempre a preservação da privacidade do doente.” (OP – Diário)*

Estes relatos mostram-nos que os estudantes empenham e investem na sua aprendizagem durante os ensinamentos clínicos, através de reflexões, discussões com tutores, pesquisa, empenho e esforço pessoal no desenvolvimento das tarefas, priorizando o desenvolvimento de competências, mobilização de saberes e conquista da autonomia, dados consistentes com os encontrados por alguns autores (Callister et al., 2009; Erdil e Korkmaz, 2009; Numminen, Arend e Leino-Kilpi, 2009; Wadensten et al., 2008).

A conquista da autonomia é, sem dúvida, um dos últimos patamares a ser atingido e representa a conquista da segurança, confiança e independência.

*“Com a conquista da autonomia, consegui ter capacidade para avaliar um doente, planear e implementar os cuidados a lhe serem prestados, bem como a fazer uma avaliação desses mesmos cuidados actuando no sentido da reabilitação e independência do doente. Para isto, contribuiu a confiança que o tutor depositou em mim e no facto de me permitirem modificar os planos de cuidados sempre que considerasse necessário. O facto de inicialmente ter ficado com um menor número de doentes e ter finalizado o estágio com todos os doentes do meu tutor à minha “responsabilidade”, permitiu-me aprender a gerir o tempo e conseguir estabelecer prioridades na prestação de cuidados, de uma forma progressiva e gradual, desenvolvendo uma maior capacidade para lidar com as situações inesperadas que surgem diária e rapidamente no contexto do serviço.” (OP - Informal)*

*“É indiscutível que a crescente responsabilidade aliada à autonomia na prestação de cuidados de enfermagem, foi aumentando de uma forma gradual ao longo do ensino clínico. A assimilação e consolidação de conteúdos teórico-práticos e o aperfeiçoamento de competências relacionais e comunicacionais, permitiram-me desenvolver a capacidade de compreender o doente no seu todo, numa vertente holística, atendendo assim a todas as suas necessidades, esperanças e expectativas.” (OP - Informal)*

Os estudantes admitem que a conquista da autonomia é algo que acontece de forma gradual, que vai crescendo ao longo do curso, num sentido cíclico, desenvolvimentalista, tal como a aprendizagem. No final do curso encontramos estudantes que nos resumem o seu processo de desenvolvimento da seguinte forma:

*“Cresci, quer a nível pessoal quer como futuro profissional, aguçando-me ainda mais, a vontade de trabalhar e investir, rumo à prestação de cuidados de enfermagem de*

*excelência. Chegado a este momento do estágio, sinto um misto de saudade e alegria pelo «dever cumprido» ». (OP - Diário)*

### **3.3. Escola e desenvolvimento de competências**

A evolução do conhecimento nas múltiplas áreas do saber, assim como a crescente incorporação da inovação tecnológica na prática de cuidados de enfermagem impõe, necessariamente, uma maior formalização de saberes profissionais. O aumento da complexidade da gestão das situações profissionais e a evolução dos contextos de trabalho exigem abordagens multidisciplinares, implicando a emergência de competências colectivas resultantes da cooperação entre as competências individuais. Nesse sentido, os saberes são colocados num interface, numa acção dialéctica entre a natureza dos problemas que surgem na prática de cuidados e as condições que influenciam esses problemas.

A escola, tendo como preocupação analisar a influência dos factores ambientais no desenvolvimento da saúde individual e colectiva dos cidadãos, tem como missão formar profissionais que:

- i) Numa perspectiva da saúde, enfrentem o desafio de cuidar enquanto necessidade da humanização;
- ii) Abordem os novos problemas de saúde relacionados com os estilos de vida;
- iii) Tomem decisões participadas e devidamente fundamentadas assentes nas diferenças dos contextos nos quais assentam;
- iv) Respeitem os direitos e deveres dos cidadãos, a diversidade, a diferenciação e o multiculturalismo;
- v) Considerem a qualidade da formação e dos cuidados, simultaneamente como um problema ético-moral e de dignidade profissional;
- vi) Aceitem o desenvolvimento moral e a educação para a cidadania como a construção de si enquanto profissional;
- vii) Adoptem novas estratégias que promovam a visibilidade da profissão.

A evolução que se tem vindo a sentir no campo da formação em enfermagem leva-nos a reflectir: Em que medida é que as actuais alterações verificadas no sistema educativo se fazem sentir ao nível da produção de cuidados de enfermagem? As aprendizagens implicam a integração de saberes, novas construções conceptuais que

norteiam a acção, ou seja, que auxiliem no que deve ser feito e no como deve ser feito? (Petitat, 1992).

Dos dados recolhidos emergiram como dimensões *Trajectórias da aprendizagem* e *Desafios de ordem ética*, a partir das quais foi possível extrair os domínios que a seguir se apresentam (quadro 17).

**Quadro 17.** Taxonomia das dimensões “*Trajectórias da aprendizagem*” e “*Desafios de ordem ética*”, domínios “*Influência da escola*”, “*Reflexão sobre a prática*” e “*Influência do ensino da ética*”

| DIMENSÃO                     | DOMÍNIO                       | CATEGORIAS                 |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Trajectórias da aprendizagem | Influência da escola          | Competências instrumentais |
|                              |                               | Competências interpessoais |
|                              |                               | Competências sistémicas    |
|                              | Reflexão sobre a prática      | Reflexões em grupo         |
|                              |                               | Diários de Aprendizagem    |
| Desafios de ordem ética      | Influência do ensino da ética | Temática abordada          |
|                              |                               | Metodologia de ensino      |

No processo de codificação efectuado para a dimensão trajectórias da aprendizagem e desafios de ordem ética, relativamente ao trajecto de formação ocorrido em contexto escolar expresso pelos estudantes, consideramos como áreas ou domínios: a influência da escola, a reflexão sobre a prática e a influência do ensino da ética.

De acordo com a OE o exercício de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade) e tomam como foco de atenção a promoção dos projectos de saúde em que cada pessoa vive e persegue. Deste modo, os enfermeiros têm de desenvolver as suas competências de acordo com os padrões estabelecidos pela OE de acordo com o ICN.

Como referimos no ponto 3 do capítulo 3 da I parte do trabalho, o grupo Tuning (CGT, 2009) recomendou a adopção de uma classificação de competências a nível académico que têm como finalidade dar visibilidade e consistência aos programas dos cursos, reconhecendo a sua validade a nível europeu. As competências foram, então, conceptualizadas em: instrumentais, interpessoais e sistémicas.

#### *Competências instrumentais*

As competências instrumentais compreendem as capacidades cognitivas, as capacidades metodológicas e as destrezas tecnológica e linguística, englobando: i) capacidade de análise e síntese; ii) capacidade de planificação, organização e gestão; iii)

capacidade para resolução de problemas e tomada de decisão; iv) conhecimentos básicos e gerais da profissão; e v) comunicação oral e escrita na própria língua e conhecimentos de segunda língua.

*“...a escola preparou-me teoricamente naquilo que eu tinha de executar da melhor maneira que também lhe foi possível, porque as escolas também não têm os recursos que precisariam para nos pôr o mais bem preparado possível. Mas acho que dentro da possibilidade que tinha, penso que me pôs bem preparada para vir para este meio”*  
(E1)

*“Em termos teóricos acho que preparou e preparou muito bem.”* (E3)

*“Acho que há muitos conhecimentos que tivemos que ser nós, alunos a procurar mas acho que... permitiu-nos orientar essa busca de conhecimentos.”* (E8)

*“Preparou no sentido das técnicas, [...] preparam-nos para as técnicas, embora sejam uma pequena amostra, mas também tivemos a oportunidade de levar o material que usamos para casa onde também tivemos oportunidade de experimentar, embora não seja uma situação real. Eu acho que ao nível de técnicas fomos bem preparados”*  
(E4)

*“Agora em termos técnicos, em termos de prática são muito poucas horas, mesmo na algáliação nem todos temos a oportunidade de experimentar, é quase tudo à excepção dos injectáveis, mas é muito diferente treinarmos no boneco e treinar numa pessoa, no boneco eu espeto e ele não se queixa, não lhe vai doer e eu acho que sofro muito com as pessoas. Por exemplo nas punções, nas colheitas de sangue não conseguia fazer aquilo que os enfermeiros faziam que era puncionar e depois procurar a veia eu achava que estava a magoar a pessoa ao puncionar e ver lá dentro, então puncionava e tirava se não conseguia não conseguia, então voltava a puncionar para ver se acertava à primeira, porque acho que sofro muito, tenho muito medo de magoar as pessoas.”* (E5)

*“...por exemplo no centro de saúde não tínhamos kits, eu à bocado disse que tínhamos material mas em relação aos pensos não tínhamos kits fazíamos com luvas esterilizadas e aqui treinamos com kits, isto é um bocado diferente porque na escola trazíamos o kit e tínhamos lá o material todo, tínhamos que organizar o materialmas estava lá tudo e aqui não, tínhamos que pensar primeiro «tenho de ir buscar isto ao armário e abrir e, só depois é que calço luvas», tínhamos de pensar em tudo.”* (E6)

Destes relatos, podemos concluir que os estudantes, durante o seu percurso de formação, adquirem competências instrumentais que sustentam o modelo de formação adoptado pela instituição escolar no que concerne à formação de futuros profissionais.



### *Competências interpessoais*

As competências interpessoais estão relacionadas com os próprios sentimentos, relações sociais, competências interpessoais, aptidão para o trabalho em equipa e expressão de compromisso moral e ético, de forma a facilitar os processos de interacção social cooperante. As competências interpessoais englobam: i) capacidade de crítica e autocrítica; ii) competências interpessoais e capacidade para trabalhar em equipas multidisciplinares; e iii) capacidade para exercer a profissão dentro dos limites legais e éticos.

*“... depois já se sabe que há alguns sentimentos que a escola não prepara e não avisa que pode vir a acontecer, mas que só se consegue aprender depois de viver. Porque temos de “mexer” com os nossos sentimentos para os podermos dominar, não chega fazer para fazer, para depois na altura os conseguir pôr em prática. Portanto a escola não pode fazer mais.” (E1)*

*“Na relação nós não damos muita importância porque andamos a ver casos que achamos que nunca nos vão aparecer à frente e aquilo não dá para nada, mas se calhar até é bom porque há situações que nos rimos e gozamos uns com os outros e se calhar chegamos lá e vamos conseguir...acho que nesse aspecto se investe muito e mesmo nas aulas os professores dizem muito que é necessário estabelecer a relação e mesmo quando dão os passos para uma algáliação ou outra coisa no género dizem sempre não se esqueçam neste passo explicar, falar... é importante.” (E5)*

Do exposto, depreende-se que os estudantes referem que a escola os prepara para as habilidades interpessoais, embora como envolvem sentimentos, eles admitam que sejam difíceis de alcançar em contexto não real. Ter capacidade de expressar e lidar com os próprios sentimentos em situações que envolvem limites da vida humana, são competências referidas como sendo de difícil desenvolvimento, facto também referido por alguns investigadores (Hunink et al., 2009; Numminen, Arend e Leino-Kilpi, 2009; Rees, King e Schmitz, 2009; Schluter et al., 2008; Trobec, Herbst e Žvanut, 2009).

### *Competências sistémicas*

As competências sistémicas são a combinação da compreensão e do conhecimento que permitem ao indivíduo ver como as partes de um todo se relacionam e agrupam. Estas capacidades incluem a aptidão de planificar as alterações, de forma a introduzir melhorias nos sistemas como um todo e delinear novos sistemas. As competências sistémicas ou integradas requerem a aquisição prévia de competências instrumentais e interpessoais, englobando: i) capacidade de aplicar os conhecimentos na

prática; ii) capacidade de investigação científica e prática baseada na evidência; iii) capacidade para aprender e adaptar-se a novas situações; iv) capacidade para compreender e aplicar os princípios de qualidade; e v) capacidade de liderança, autonomia, iniciativa e criatividade.

*“Acho que preparou, há muita gente que não concorda com isso mas eu acho que preparou. Acho que claro que há coisas que não se vão aprender em nenhum outro curso porque uma coisa é uma pessoa entrar numa sala técnica e ver outra pessoa a punccionar outra coisa é treinar numa pessoa em que temos uma pessoa a chorar temos uma veia muito difícil. Existem coisas que não têm muito a ver com a técnica, a técnica uma pessoa tem-na e depois... até nisso eu acho que a escola nos preparou, e mesmo acho que na nossa escola pesa muito a vertente relacional e pelo que eu vejo quando estamos com colegas de outras escolas, acho que temos essa sensibilidade um bocadinho mais apurada.” (E11)*

*“Sem dúvida que preparou. Por vezes oiço as pessoas falarem que a escola não nos prepara para isto ou para aquilo... mas eu acho que é impossível a escola nos dar tudo...é impossível...têm de nos dar as bases e nós a partir daí temos de evoluir. Eu acho que a escola me deu tudo. Obviamente senti necessidade de pesquisar sobre patologias, sobre cirurgias, terapêutica...A escola ensinou-me o que precisei, depois tive de traçar um caminho e compreender cada situação que me surgia adaptando os cuidados às necessidades de cada um” (E12)*

*“...em termos de me preparar e neste ensino clínico, acho que sim, porque depois também parte um bocadinho de cada aluno o querer saber mais ou menos. É assim, dão-nos um cheirinho não é... como se costuma dizer, mas acho que sim, que estava preparada, até porque a exigência era grande.” (E9)*

Durante o seu trajecto de formação, os estudantes admitiram ter alcançado competências sistémicas que os prepararam para a sua actuação futura.

Segundo a Declaração de Bolonha, a formação na área da enfermagem e as competências definidas pela OE, o ensino e as práticas de enfermagem devem ser ancoradas nas seguintes estratégias: juízo acerca das situações; relação de ajuda; comunicação terapêutica; reflexão crítica; *empowerment*; e trabalho em equipa. Estas estratégias devem, por seu lado, ser desenvolvidas em quatro domínios de intervenção: prática de cuidados, gestão, formação e investigação.

De modo a facilitar os processos operacionais de desenvolvimento de competências no estudante ao longo do curso, a instituição escolar organizou os conteúdos programáticos das diferentes unidades curriculares sob a forma de módulos.

Nesse sentido, a organização curricular permite capitalizar o desenvolvimento de competências que visam a aquisição do perfil idealizado para o profissional de enfermagem, através do recurso a contextos clínicos.

De acordo com Zimmerman em 1989, de modo a maximizar o rendimento académico, é necessário potenciar e actualizar a capacidade do estudante para a aprender, devendo estes coordenar as aptidões cognitivas, metacognitivas e motivacionais por serem cruciais no processo de aprendizagem a par do conhecimento de conteúdos. O desenvolvimento de competências do estudante de enfermagem passa pela capacidade de ser “auto-ensinante”, isto é, de ser capaz de preparar, facilitar e regular a aprendizagem, proporcionar *feedback*, fomentar a motivação e a concentração, o que implica conhecimento metacognitivo, controlo eficaz e processos de regulação, transformações ou aptidões eficazes e motivação.

Para Figueira (1994), este processo é encarado como um mecanismo complexo que envolve múltiplos componentes: metacognitivos, comportamentais e motivacionais. Mas, para que ocorra o desenvolvimento de competências, é necessário que o estudante esteja motivado. A vertente motivacional inclui a percepção da auto-eficácia, auto-monitorização, estabelecimento de objectivos e auto incentivos afectivos (Bandura, 1997), bem como, as auto-atribuições que implicam esforços, persistência e crenças positivas (Zimmerman, 1990). Por esse motivo, torna-se fundamental considerar os momentos que a escola proporciona ao estudante como vantajosos para a sua aprendizagem.

É muitas vezes a estratégia e não o conteúdo que define o resultado (Becker, 2009; Pauly et al., 2009), e o resultado que se persegue com a educação em enfermagem é conseguir enfermeiros capazes de gerir situações complexas, decidir com autonomia e responsabilidade, adaptar-se a novas situações, manter-se actualizado e trabalhar em interdisciplinaridade. Um dos meios que parece apontar nesta direcção, referido por Adams et al. (1999), e Tanner (2000), é o desenvolvimento do pensamento crítico que pode ser fomentado quer através dos diários de aprendizagem quer através de reuniões semanais em espaço externo ao contexto clínico.

Um desafio que frequentemente tem vindo a ser considerado na actividade docente, e que se tem traduzido na procura de estratégias adequadas ao desenvolvimento do pensamento crítico, são as reuniões semanais em contexto de escola.

*“São importantes mesmo, porque eu acho que nós transmitimos as experiências acabávamos por aprender uns com os outros, por que cá temos atitudes face a elas diferentes, e com outros exemplos discuti-las também acabamos por aprender com isso.” (E2)*

*“O nosso grupo de estágio, quando nós nos reunimos, reunimo-nos para tentar melhorar; tentar melhorar individualmente para bem do grupo. E damos a nossa opinião o que é que um ou outro deve melhorar e em que aspecto; ou que deve ter mais cuidado, mais atenção. Claro que uma pessoa aprende sempre com... porque uma pessoa fica mais atenta aos erros quando nos apontam. Quando não nos apontam, nós achamos que ...oh não, eu não sou assim... mas começamos a ter maior atenção e a dizer ... afinal tenho que ter mais cuidado com isto...” (E3)*

*“... ela fazia-nos perguntas e nós saíamos de lá mesmo... porque aprendíamos mesmo muito com ela, ela colocava questões “imaginem que eu sou uma mãe, estou aqui com o meu filho e...” e nós tínhamos de responder, era assim essa base e dúvidas que tivéssemos esclarecíamos e era muito produtivo, valiam mais do que um ou dois dias de estágio. Eram importantes porque nos permitiam esclarecer as dúvidas, às vezes, nós dizíamos “professora fiz isto assim está correcto?” e ela esclarecia, por isso acho que eram muito produtivas mesmo.” (E6)*

*“Acho que as reuniões são importantes porque ao ouvir as colegas a falar das experiências que elas vivenciaram, conseguimos também, aprender alguma coisa e mesmo na discussão tanto dos processos de enfermagem como dos diários de aprendizagem porque só se tivermos o feedback do tutor é que conseguimos saber os aspectos em que estamos mal e melhorá-los.” (E7)*

*“A discussão em grupo permite, pelo menos, acho que a mim ajuda-me, muitas vezes eu vejo portanto algo ao analisar os dados que tenho... e penso apenas de uma forma, muitas vezes, conhecer a opinião do colega acho que também ajuda, porque se calhar passamos a perceber as coisas de uma forma que se calhar anteriormente não percebíamos.” (E8)*

*“Eu acho que as reuniões são importantes nomeadamente num primeiro, segundo e até num terceiro ano, porque reflectimos sobre o que fazemos e trocamos experiências e isso é muito bom para a nossa aprendizagem. Num quarto ano acho pouco necessário, porque precisamos de crescer noutros aspectos, por exemplo na autonomia.” (E10)*

Os relatos dos estudantes apontam no sentido de considerarem as reuniões semanais importantes para o seu desenvolvimento pessoal, especialmente nos primeiros anos de curso. Elas facultam o desenvolvimento do pensamento crítico (Becker, 2009;

Callister et al., 2009; Hough, 2008; Pauly et al., 2009). Enquanto estratégia para desenvolver o pensamento crítico, os diários de aprendizagem também são frequentemente utilizados.

*“Acho que ajudam porque permitem organizar ideias porque às vezes as coisas passam de repente e rápido e ao chegar a casa ter de pensar naquilo e pôr no papel alguma coisa mesmo que pequena; permite-nos pensar nas coisas com mais calma, e não na altura não fica tão reflectido tão bem pensado. Ao chegar a casa e rever as coisas com calma e que tenho a certeza que se não tivéssemos de fazer aquilo por obrigação, não íamos fazer. Acho que o ter de fazer nos ajuda bastante porque faz com que voltemos a pensar com mais calma.” (E1)*

*“Inicialmente eu achava porque nos primeiros dias não tinha assim qualquer experiência tocante; era mais em termos de pensos, só depois com o passar dos dias é que vieram outras situações, outros casos. O facto de reflectir ao final do dia faz-nos interiorizar melhor e ao reviver o dia se calhar vamos dar valor a alguma situação que de momento não nos chamou a atenção. Mas ficou memorizada, mas reparamos no olhar, mas só depois de uma análise é que reparamos que aquele olhar é algo que ficou perdido.” (E3)*

*“Os diários foram importantes porque em casa tinha de reflectir naquilo que tinha feito e a professora dizia-nos sempre para não nos esquecermos de dar a nossa opinião acerca de como correu cada actividade, por exemplo na preparação de medicação nós tínhamos de fazer uma espécie de tabela onde púnhamos a actividade e a opinião ali nós púnhamos sempre as nossas dúvidas, o que é que nós tínhamos mais dificuldade em fazer, se calhar aspirar o medicamento, era isso. Se calhar reflectia mais, lembrava-me do que tinha feito e se calhar muitas vezes até fui ver a minha própria evolução, ver como a destreza manual foi evoluindo, já não tinha aquela dificuldade em aspirar ou em manter a prega enquanto estou a dar a vacina.” (E4)*

*“Eu acho que se não nos sentirmos obrigadas a pensar naquilo que vivenciamos naquele dia, por exemplo, os diários de aprendizagem é um bocadinho uma obrigação, que obrigam-nos a pensar no que fizemos, a analisar bem o que fizemos ou as experiências que vivemos e a criticá-las ou... e a reflectir e criticar, porque se não tivéssemos essa “obrigação” passavam-nos algumas coisas ao lado, por isso, acho que é importante fazer. Se calhar reflectíamos em algumas actividades mas não em todas. Mas, mesmo assim, o pouco que reflectimos é importante.” (E7)*

*“Quanto aos diários são importantes por exemplo num primeiro ano, porque nos leva a reflectir naquilo que fazemos. Por exemplo, se cometemos algum erro, temos de escrever e reflectir sobre o sucedido e, nesse caso, leva-nos a pensar em que é que erramos e como deveríamos fazer as coisas. No fundo, reflectimos sobre os aspectos*

*do estágio que durante o mesmo não o conseguimos fazer porque nunca temos tempo. Às vezes é importante escrever sobre as coisas que se fazem para se pensar nelas.” (E10)*

Tal como as reuniões semanais, os estudantes consideram os diários de aprendizagem momentos fortes de reflexão das práticas, por isso são considerados como contributos para o desenvolvimento das suas competências, facto também defendido por diversos autores (Abreu, 2007; Alarcão, 2007; Anderson, Cederfjäll e Klang, 2005; Bandura e Locke, 2003; Boughton, Halliday e Brown, 2010; Braine, 2009; Bem-Sefer, 2006; Fairchild, 2010; Garcia e Pintrich, 1994; Manning et al., 2009; Mooney e Timmins, 2007; Neville, 2004; Rua, 2009; Santos, 2009; Turner e Beddoes, 2007; Zimmerman, 2000).

Alguns investigadores que se dedicaram ao estudo do pensamento crítico e do juízo clínico na área da enfermagem são consensuais no que se refere à necessidade da existência de uma decisão consciente e competente na resposta, mas também de uma conduta proficiente e perita, intuitiva e holística (Adams et al., 1999; Angel, Duffey e Belyea, 2000; Margon, 2000). Estas são algumas das razões para que se considere a importância de possuir habilidades de pensamento crítico para o desempenho profissional, na qual a escola tem um papel fundamental.

A escola, como instituição formadora formal, possui um papel essencial na construção do pensamento dos estudantes; ela permite instrumentalizar a sua percepção para as áreas da formação do enfermeiro, áreas previstas como estruturantes para a pessoa do profissional. Nomeadamente no domínio particular da ética em enfermagem, os estudantes referem:

*“Penso que sim, porque acho que se nós tivéssemos tido disciplinas como ética, que íamos lidar com as situações de maneiras muito diferente; porque nós temos assim, temos noção daquilo que eticamente se espera de nós e o ético não sei se será o mais certo, nós temos que nos reger pela ética, portanto o que a ética diz é o que está certo, e se nós não tivéssemos tido, não saberíamos ou pelo menos não saberíamos numa base teórica o que estava certo e como deveríamos agir. Portanto acho que a ética influenciou a minha aprendizagem e a maneira como encarei este ensino clínico.” (E1)*

*“Um tema que é importante, que eu acho importante falar, é os doentes não reanimáveis, acontece e nós vemos muitas vezes um DNR (Do Not Resuscitate) e nós não sabemos como devemos actuar, sabemos que podemos fazer algo para melhorar a qualidade de vida da pessoa. O sigilo, por exemplo, é um dos aspectos*

*que se fala muito, é das mais faladas. Mas acho que o módulo de ética nos alerta para os casos que surgem na prática clínica especialmente quando lemos os artigos. O código é um bocado a forma como nos devemos comportar é as regras que devemos seguir e é bom.” (E5)*

De facto, relativamente ao domínio da ética em enfermagem, os estudantes referem que a preparação escolar foi importante pelos conteúdos programáticos abordados (temáticas abordadas). Eles foram bons contributos, porque lhes permitiram ter uma visão conceptual de cada temática (Hunink et al., 2009; Numminen, Arend e Leino-Kilpi, 2009; Rees, King e Schmitz, 2009; Schluter et al., 2008; Trobec, Herbst e Žvanut, 2009).

*“...é bom nós termos percepção dos direitos e dos deveres, tanto dos direitos do utente como deveres do utente, e situações, por que nós nas aulas chegamos a falar em situações chocantes, que é que se devia fazer nessas situações, e o facto não tanto a nível de teoria mas aquela relação que houve nas aulas acho que nos prepararam para situações do género. E saber responder, não nos dá resposta a tudo mas já nos dá uma base e tendo uma base uma pessoa já consegue construir.” (E3)*

*“A discussão de trabalhos, a professora dá-nos temas e nós exploramos, discutimos [...] acho que nesta fase nos prepara para a prática porque, no fundo, nos alerta para a existência de certos problemas. Penso que os trabalhos seriam um ponto a manter, porque nos apura o sentido de responsabilidade.” (E4)*

*“Sim, sem dúvida que sim porque nos prepara para estes problemas. Quanto à ética a troca de experiências através da discussão dos trabalhos de grupo levam-nos a reflectir mais, do que propriamente um teste escrito.” (E11)*

Os estudantes também admitem que a metodologia adoptada no módulo é outro aspecto que influencia a forma como as competências são desenvolvidas no estudante, facto também defendido por: Attree, Cooke e Wakefield (2008); Becker (2009); Bem-Sefer (2006); Boughton, Halliday e Brown (2010); Cornish e Jones (2010); Harper, (2006); Mooney e Timmins (2007); Pauly et al. (2009); Schwartz e Abbott (2007) e Wellard, Solvoll e Heggen (2009).

A informação proveniente pode ser vista ou interpretada como mais motivadora. Quando a metodologia atrai o estudante, muitas vezes, deixa marcas positivas que sinalizam o futuro.

*“Eu acho que é uma disciplina importante e depois eu acho que cada um de nós retira da disciplina o que necessita, isso já depende de cada um de nós, uns retiram outros não. Mas eu acho que influencia a aprendizagem no ensino clínico porque nos*

*sensibiliza para alguns aspectos que não sabemos. Sabemos que existem que estão presentes no dia-a-dia em várias pessoas, mas faz-nos pensar mais um bocadinho sobre as situações e como podemos actuar perante determinadas situações.” (E9)*

*“A disciplina, acho que, muitas vezes, nos sensibiliza para os problemas que podemos encontrar na prática, mas na verdade, nunca pensamos muito neles antes de nos aparecerem. Sinto que contribuiu, mas também sinto que precisava de uma maior carga horária, para se poderem explorar melhor e mais aprofundadamente certos problemas da prática clínica.” (E8)*

*“Acho que sim, porque nos alerta para determinados pontos. Acho que nós aprendemos com a ética. Ao longo dos quatro anos lembro-me que fizemos trabalhos, algumas reflexões, filmes para discussão. Em sala de aula fala-se da ética, mas só quando aparece na prática é que realmente aprendemos com ela. Só no confronto com situações reais é que ela nos parece importante. [...] Se me perguntasse se propunha alguma alteração à ministração do módulo eu diria que não, por acaso não, porque é uma disciplina prática só se fosse para debater determinados assuntos, e isso já é feito nas aulas, já se debatem os trabalhos e se fala sobre os assuntos.” (E12)*

De uma maneira geral, os estudantes consideram importante a existência de uma disciplina de ética, consideram que ela não os consegue preparar para todas as situações, mas lhes fornece os fundamentos essenciais que sustentam a tomada de decisão ética. Essencialmente, consideram que é uma disciplina que os faz pensar mas que merecia ter uma maior carga horária.



#### 4. IDEOLOGIA ÉTICA E JUÍZO MORAL EM CONTEXTO CLÍNICO

Na nossa cultura, e particularmente no campo da saúde, recorre-se tanto à ética que, por vezes, soa como algo mágico, que nos encanta, proferido por retóricas e ideologias pouco rigorosas com exigências conceptuais da filosofia moral (Canto-Sperber, 2001). Do que temos vindo a referir, ao longo deste trabalho, no campo da saúde, a utilização do conceito de ética (re)emergiu de forma exponencial, a partir das necessidades decorrentes do aparecimento das novas tecnologias que permitiram tratar da saúde, da doença e prolongar a vida dos indivíduos. Actualmente, diante da proliferação dessas novas tecnologias e das suas consequências para os clientes enquanto indivíduos, mas também enquanto representantes do humano, acabou por surgir um novo conceito, o de bioética.

Nas instituições de saúde a preocupação com a ética e a moral também tem crescido nos últimos anos, nomeadamente a partir do final do século passado (Ferrel, Fraedrich e Ferrell, 2001). Muitas das instituições de saúde têm apresentado como preocupação a divulgação dos seus valores e, inclusivamente, adoptado o reforço de algumas das alíneas que constam nos códigos de ética dos profissionais de saúde, de modo a orientar as práticas institucionais.

Diante da ambiguidade e da crescente complexidade das práticas actuais, fruto das novas exigências de eficiência, inovação, qualidade e competitividade, a reflexão ética serve de base para a obtenção da coesão institucional. Uma vez que os dilemas e as incertezas aparecem de forma incessante, prever os riscos torna-se cada vez mais difícil. Desse modo, as decisões a tomar dentro de uma instituição não devem ser neutras; quem decide faz escolhas entre diferentes cursos de acção e desenvolve consequências. É aí que entra a reflexão ética, porque o mais importante não é saber se a instituição dispõe de uma “essência moral”, mas saber se as consequências das decisões tomadas são ou não benéficas para a maioria das partes envolvidas.

De modo a compreendermos a forma como as situações vividas na prática clínica promovem a ideologia ética e o juízo moral nos estudantes, analisamos: i) a ideologia ética e o juízo moral na decisão clínica; ii) a construção do pensamento ético: do processo ao conteúdo; e iii) a ética em enfermagem: contributos para o desenvolvimento do pensamento em contexto clínico.

#### 4.1. Ideologia ética e juízo moral na decisão clínica

No interior de cada um de nós existe sempre a adesão a um código ético-moral, a um conjunto de regras de conduta, o que explica facilmente, a adopção de uma determinada acção em detrimento de outra (Benari, 2009; Carnevale, 2009; Fowler, 2009; Jensen e Lidell, 2009; Moser et al., 2009; Presut, 2009). Nesse sentido, eu adopto um padrão de resposta que, para mim, é a que se me apresenta moralmente mais correcta, e adopto-a em todas as circunstâncias.

Agir é escolher, e escolher é manifestar alguma preferência, fazer algum juízo de valor a respeito de uma linha de acção que se apresenta ser melhor que outra. Escolher a inacção ou a passividade diante dos valores da comunidade também envolve uma escolha, a escolha de não fazer nada, de não agir (Pinto e Abreu ed. lit., 2009a).

A decisão ética é concretizada na resposta à questão: Até onde é que nós podemos agir? Efectivamente, pensamos que é no questionamento sobre as nossas possibilidades que se define o quadro, se não mesmo o perfil, da nossa acção. Diariamente, no desempenho da actividade profissional, os enfermeiros são continuamente colocados perante escolhas que têm de fazer, selecções que têm de executar e triagens que têm de realizar. De nada lhes serve procurar no dever a regra do seu poder. Se o fizerem, permanecerão prisioneiros de um discurso moral e normativo, que os deixa, frequentemente, divididos. Seria, pois, errado dizer que são os meios que regulam o fim. Contudo, convém não esquecer e reflectir sobre a questão fundamental dos limites a respeitar. É, muitas vezes, por se ter definido, de princípio, claramente o campo prévio da escolha, que se fica paralisado ou hesitante diante da solução a adoptar.

Efectuar um juízo é uma acção que nos expõe. Jesus Cristo resumiu isso claramente no Novo Testamento quando disse algo semelhante a: “tal como julgares, serás julgado”. A pessoa que efectua um juízo ético frequentemente sente-se confusa, indecisa ou perdida, porque o acto de ajuizar envolve “uma escolha” que se relaciona com uma decisão da consciência humana, e relativamente à qual não sabemos qual vai ser o resultado mas sabemos que estaremos sujeitos à apreciação dos outros.

Decidir com adequação implica uma acção de escolha em que se prescinde de outras hipóteses a favor da julgada mais conveniente e ajustada num determinado contexto real. Para isso, a pessoa, para além de se assumir como membro participante, tem de efectuar juízos socorrendo-se de filosofias morais. Estas reportam-se a princípios ou regras que as pessoas utilizam para as ajudar a decidir o que é certo ou errado

(Benari, 2009; Ferrel e Fraedrich, 1997; Fowler, 2009; Jensen e Lidell, 2009; Moser et al., 2009; Repenshek, 2009) sendo, então, consideradas como um dos factores de decisão ética indispensável no contexto de trabalho (Grasham, 1985).

Do que apresentamos nos capítulos da I parte deste trabalho, verifica-se que tem sido bem aceite na literatura referente à ética que, frequentemente, para tomarem decisões, as pessoas apelam a *guidelines* baseando-se, para isso, em filosofias morais pessoais quando confrontadas com problemas éticos (Dubinski, Natarajan e Huang, 2004; Singhapakdi, Vitell e Franke, 1999). A literatura tem-nos demonstrado que a filosofia moral baseada nos contributos, de Forsyth relativamente ao idealismo e relativismo moral, tem servido de base e de guia a vários estudos empíricos.

Hunt e Vitell (1986), no seu estudo, enunciaram que o juízo ético individual corresponde à avaliação ética que cada pessoa faz baseando-se em uma filosofia individual moral distinta. Já em 1980, Forsyth referia que existem variações individuais no que concerne a comportamentos morais que podem ser explicados pela adopção de diferentes filosofias morais. Para o autor, a variação do comportamento adoptado por cada um sugere que, em geral, as pessoas apresentam um sentido particular relativo à ética e que a posição adoptada, ou seja, a ideologia moral individual influencia o modo como as pessoas efectuam os seus juízos.

Para Forsyth (1980), cada pessoa apresenta uma aproximação individual que lhe permite formular juízos morais conjugando um conjunto único de elementos produzidos pela experiência de vida no confronto e resolução de questões morais. Porém, estas características são complementadas pela ligação a filosofias morais individuais das pessoas. O que quer dizer que a maioria da filosofia moral individual adopta uma posição com respeito à utilidade da moral absoluta como guia para a acção e o juízo moral.

Os quadros 18 e 19 mostram-nos os dados relativos ao posicionamento dos estudantes face às dimensões: idealismo e relativismo, relativamente a duas variáveis: sexo e ano de curso.

**Quadro 18.** *Relação entre sexo e as dimensões: idealismo/relativismo*

|             |       | Feminino |      | Masculino |      | Total |      |
|-------------|-------|----------|------|-----------|------|-------|------|
|             |       | ni       | %    | ni        | %    | ni    | %    |
| Idealismo   | Baixo | 27       | 9.7  | 6         | 2.1  | 33    | 11.8 |
|             | Alto  | 212      | 75.7 | 35        | 12.5 | 247   | 88.2 |
| Relativismo | Baixo | 313      | 76.1 | 35        | 12.5 | 248   | 88.6 |
|             | Alto  | 26       | 9.3  | 6         | 2.1  | 32    | 11.4 |

Não é novidade nenhuma que a profissão de enfermagem é uma profissão tipicamente feminina, logo os participantes no estudo são também maioritariamente do sexo feminino (85.3%). Relativamente à atitude dos estudantes face ao seu posicionamento numa ideologia mais idealista ou relativista, verifica-se que independentemente do facto de pertencerem ao sexo feminino ou masculino não existe grande variação nos seus modos de pensamento. No total dos participantes, 88.2% posicionaram-se com *score* de alto idealismo (75.7% pertencentes ao sexo feminino e 12.5% ao masculino) e 88.6% com *score* de baixo relativismo (76.1% referentes ao sexo feminino e 12.5% ao masculino).

Estes dados, muito embora não estando em consonância com os provenientes de todos os estudos desenvolvidos com este instrumento, são consistentes com os encontrados por vários autores (Axinn et al., 2004; Barnett, Bass e Brown, 1994, 1996; Barnett et al., 1998; Batista, 2006; Bonzu e Zwick, 2007; McInteyre, Capen e Minton, 1995; Caswell e Gould, 2008; Chiu e Erdener, 2003; Cui et al., 2005; Davis, Andersen e Curtis, 2001; Davis, Johnson e Ohmer, 1998; Fernando, Dharmage e Almeida, 2008; Schlenker, 2008; Forsyth e Berger, 1982; Forsyth, Nye e Kelley, 2001; Giacalone, Fricket, Beard, 1995; Hartikainen e Torstila, 2004; Henle, Giacalone e Jurkiewicz, 2005; Homer e Kahle, 1988; Kleiser et al., Park, 2005; 2003; Redfern e Crawford, 2004; Robertson et al., 2008; Schlenker e Forsyth, 1977; Singhapakdi et al., 2008; Tian, 2008; Vitell e Singhapakdi, 1993).

A filosofia moral individual idealista acentua o bem-estar ao outro. O idealista assume que as pessoas deveriam evitar causar danos aos outros; nesse sentido, enquanto agente moral, o idealista assume que nunca deve praticar uma acção que cause danos, mesmo que o resultado final seja eticamente bom (Forsyth, 1980). Dos

resultados recolhidos através da observação participante nos estudantes de enfermagem também se verifica a predominância da dimensão idealista no juízo moral.

*“Isso chocou-me, fazendo-me reflectir e sentir mesquinha por valorizar coisas supérfluas na vida, quando existem pessoas com problemas tão grandes que lhes diminuem de forma acentuada o seu bem-estar interior.” (OP - Informal)*

*“Apesar deste ligeiro défice de conhecimentos inicial tenho consciência que actuei sempre com responsabilidade e em conformidade com a condição de cada doente, nunca colocando em risco a sua integridade física e/ou mental.”. (OP - Informal)*

*“...devemos respeitar sempre a opinião dos doentes, eles têm um papel activo no seu tratamento, no entanto, é importante ter atenção e não sermos influenciados pelo doente para lhe satisfazer um pedido sem sentido. Devemos sempre fazer uma avaliação objectiva e ponderada das diferentes possibilidades pelas quais se pode optar. É também importante explorar os motivos porque pedem as coisas [...] É neste contexto que o enfermeiro deve socorrer-se de um instrumento terapêutico fundamental – a relação de ajuda – como forma de minimizar danos, oferecendo meios e argumentos para que possa prosseguir o seu caminho, dessa forma o enfermeiro associa o rigor técnico à humanização de cuidados”. (OP - Informal)*

Dos relatos expostos, podemos verificar que os estudantes manifestam posicionar-se segundo uma dimensão idealista nos seus juízos morais. Os idealistas são indivíduos que acreditam que nunca se deve causar danos psicológicos ou físicos, nem praticar uma acção que poderá ameaçar de alguma forma a dignidade e bem-estar de outro indivíduo, por isso “enganar alguém” é um acto não ético. Para eles pode sempre obter-se a acção correcta, para isso devem assegurar-se de que as suas acções nunca causem intencionalmente danos a outra – idealismo (Forsyth, 1980).

**Quadro 19.** *Relação entre ano de curso e as dimensões: idealismo/relativismo*

|             |       | 1ºAno |      | 2ºAno |      | 3ºAno |      | 4ºAno |      | Total |      |
|-------------|-------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
|             |       | Ni    | %    | ni    | %    | ni    | %    | ni    | %    | ni    | %    |
| Idealismo   | Baixo | 18    | 6.4  | 8     | 2.9  | 3     | 1.1  | 4     | 1.4  | 33    | 11.8 |
|             | Alto  | 52    | 18.6 | 62    | 22.1 | 67    | 23.9 | 66    | 23.6 | 247   | 88.2 |
| Relativismo | Baixo | 58    | 20.7 | 62    | 22.1 | 64    | 22.9 | 64    | 22.9 | 248   | 88.6 |
|             | Alto  | 12    | 4.3  | 8     | 2.9  | 6     | 2.1  | 6     | 2.1  | 32    | 11.4 |

Relativamente à atitude dos estudantes face ao seu posicionamento por ano de curso também se verifica uma tendência para uma atitude ideológica que vai sendo mais marcada com o decorrer do curso. Por exemplo, no primeiro ano de curso o alto idealismo assume um *score* de 18.6%, no segundo ano de curso esse *score* assume o valor de 22.1%, no terceiro ano passa para 23.9% e no quarto ano o *score* desce só ligeiramente para 23.6%.

Do exposto, os estudantes revelaram-se efectivamente mais idealistas do que relativistas. Estes dados são concordantes com outros provenientes de diferentes estudos empíricos que mostram que o idealismo tem uma maior influência no juízo ético dos indivíduos do que o relativismo (Steenhaut e Kenhove, 2006; Batista, 2006; Barnett, Bass e Brown, 1996; Barnett et al., 1998; Bass, Barnett e Brown, 1998; Caswell e Gould, 2008; Davis, Andersen e Curtis, 2001; Douglas, Davidson e Schwartz, 2001; Forsyth, Nye e Kelley, 2001; Hartikainen e Torstila, 2004; Redfern e Crawford, 2004; Singhapakdi et al., 2008).

O quadro 20 mostra as dez afirmações referentes à dimensão idealista e as respectivas médias e desvios padrão específicas, tendo-se obtido, no conjunto um valor de média para a totalidade das afirmações de 4.02.

**Quadro 20.** *Dados estatísticos referentes às afirmações da dimensão idealista*

| <b>Afirmações</b>   | <b>Média</b> | <b>Desvio Padrão</b> |
|---|--------------|----------------------|
| <b>1.</b> As pessoas devem assegurar que as suas acções nunca causem intencionalmente danos a outra, mesmo que eles se manifestem em grau reduzido. | 4,50         | 0,830                |
| <b>2.</b> Colocar o outro em risco não deve ser tolerado em circunstância alguma, independentemente desse risco ser pequeno.                        | 4,16         | 0,940                |
| <b>3.</b> A existência de potenciais danos a outra pessoa é sempre um acto errado, independentemente dos benefícios que daí advenham.               | 3,24         | 1,177                |
| <b>4.</b> Nunca se deve causar danos psicológicos ou físicos a outro.   | 4,55         | 0,770                |
| <b>5.</b> Nunca se deve praticar uma acção que poderá ameaçar de alguma forma a dignidade e bem-estar de outro indivíduo.                           | 4,50         | 0,743                |
| <b>6.</b> Se uma acção puder causar danos a um inocente, então não deverá ser realizada.  | 4,44         | 0,601                |
| <b>7.</b> Decidir a execução ou não de um acto através da ponderação das suas consequências positivas e negativas, é imoral.                        | 4,08         | 1,483                |
| <b>8.</b> A dignidade e o bem-estar das pessoas devem ser as preocupações mais importantes em qualquer sociedade.                                   | 4,47         | 0,687                |

|   |      |       |
|---|------|-------|
| 9. Nunca é necessário sacrificar o bem-estar de outros.   | 2,95 | 1,080 |
| 10. Os comportamentos morais são as acções que mais se aproximam dos ideais da acção mais "perfeita". | 3,27 | 0,841 |

Estes resultados revelam que os estudantes demonstram ter um elevado grau de idealismo nas suas formas de pensamento (valor de média de 4.02), o que quer dizer que os enfermeiros em contexto da sua formação inicial acreditam na realização e concretização de objectivos, tendo em consideração as atitudes éticas e correcção da acção. Em termos práticos, através das respostas obtidas, podemos deduzir que os estudantes estão conscientes da responsabilidade dos seus actos e anseiam assumir um modelo ideal que lhes permita responder perante as situações clínicas que ocorram na sua futura vida profissional.

A afirmação que obteve o valor de média mais elevado (4.55) é a afirmação “*Nunca se deve causar danos psicológicos ou físicos a outro*”, seguindo-se as afirmações “*As pessoas devem assegurar que as suas acções nunca causem intencionalmente danos a outra, mesmo que eles se manifestem em grau reduzido*” e “*Nunca se deve praticar uma acção que poderá ameaçar de alguma forma a dignidade e bem-estar de outro indivíduo*” com um valor de média de 4.50. Estes dados são também sustentados por algumas expressões dos estudantes através dos dados recolhidos pela observação participante.

*“Eu agi assim, porque tinha de pensar no doente em primeiro lugar, não podia nunca pôr a sua vida em risco” (OP - Diário)*

*“Na nossa profissão é assim, temos de pensar sempre na vida e também na qualidade de vida que damos aos nossos doentes” (OP - Informal)*

*“Cada indivíduo tem a sua dignidade e há que preservá-la e respeitá-la...” (OP - Informal)*

De facto, estes resultados demonstram que os estudantes apresentam um forte vínculo aos princípios da bioética, nomeadamente à beneficência e à não-maleficência. Desde os tempos da medicina grega, o princípio da beneficência tem sido associado à excelência profissional encontrando-se exposto no Juramento de Hipócrates: “*Usarei meu poder para ajudar os doentes com o melhor de minha habilidade e julgamento; abster-me-ei de causar danos ou de enganar a qualquer homem com ele*” (Hippocrates, 1983:94).

Em termos práticos, beneficência quer dizer praticar o bem, o que significa que temos a obrigação moral de agir para o benefício do outro, fazer o que é melhor para o doente, não só do ponto de vista técnico e assistencial, mas também do ponto de vista ético.

A não-maleficência preconiza ajudar e, ao mesmo tempo, não causar danos (*primum non nocere*) e é utilizado como uma exigência moral das profissões de saúde, um mínimo ético, um dever profissional. Nesse sentido, temos de usar todos os conhecimentos e habilidades profissionais e colocá-las ao serviço do outro, considerando os juízos, as tomadas de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios nas acções a realizar.

O princípio da beneficência obriga o profissional a ir além da não-maleficência, de não causar danos intencionalmente e exige que se contribua para o bem-estar do outro através de acções de promoção do bem e remoção do mal ou dano, avaliando para isso a utilidade do acto através dos benefícios *versus* custos e/ou riscos.

*“...quando errei, pensei muito, pensei essencialmente como seriam importantes as consequências da minha acção, caso se tivesse concretizado” (OP - Diário)*

A afirmação nove “*Nunca é necessário sacrificar o bem-estar de outros*” obteve a pontuação mais baixa 2.95, o que demonstra que os estudantes consideram importante a necessidade da ponderação das acções que se tomam de modo a minimizar as consequências dos actos e promover o bem-estar do outro. Neste sentido, dignidade e bem-estar são dois valores envolvidos na tomada de decisão ética e que envolvem o juízo dos estudantes.

O quadro 21 apresenta as dez afirmações referentes à dimensão relativista e as respectivas médias e desvios padrão específicas, tendo-se obtido no conjunto um valor de média para a totalidade das afirmações de 3.24.



**Quadro 21.** *Dados estatísticos referentes às afirmações da dimensão relativista*

| Itens  | Média | Desvio padrão |
|--|-------|---------------|
| 11. Não existem princípios éticos que sejam tão importantes que devam fazer parte de um código de ética.   | 1,82  | 0,930         |
| 12. O que é ético varia de acordo com a situação e a sociedade em que se insere.   | 3,95  | 1,072         |
| 13. Os padrões morais podem ser vistos como factos individuais, o que quer dizer que, o que uma pessoa considera um acto moral poderá ser julgado como imoral por outra. | 3,87  | 1,059         |
| 14. Os diferentes tipos de moralidade não podem ser comparados a respeito da sua “rectidão”.   | 3,39  | 0,865         |
| 15. As questões acerca do que é a ética nunca serão resolvidas, uma vez que a atitude moral depende exclusivamente do indivíduo.   | 3,24  | 1,046         |
| 16. Padrões morais são simplesmente regras pessoais que indicam como uma pessoa se deve comportar, e não devem ser aplicadas para efectuar julgamentos acerca de outros. | 3,45  | 1,046         |
| 17. As considerações éticas nas relações interpessoais são tão complexas que deveria ser permitido aos indivíduos formularem as suas próprias regras.                    | 2,20  | 1,039         |
| 18. A classificação rígida da posição ética, que impeça certos tipos de acções, poderá constituir um obstáculo a um melhor ajustamento das relações humanas.             | 3,70  | 0,890         |
| 19. Não pode ser formulada nenhuma regra referente a mentir; se a mentira é admissível ou não, só depende da situação.   | 3,22  | 1,191         |
| 20. O julgamento da moralidade ou imoralidade da mentira depende das circunstâncias que envolvem a acção.  | 3,55  | 1,083         |

Segundo Forsyth e Nye (1990), os relativistas não acreditam na existência de morais absolutas, o que quer dizer que, para eles, a ética de uma acção depende das circunstâncias particulares que a envolvem. Tendencialmente, são indivíduos que adoptam condutas consideradas como “não éticas” a favor do seu próprio interesse. Oderberg (2009) afirma: “A tese central do relativismo pessoal é a de que a verdade e a falsidade (o valor de verdade) das afirmações morais varia de pessoa para pessoa, dado que a moralidade é uma simples questão de opinião” (p.32). Os relativistas não acreditam na existência de regras nem princípios morais. O valor baixo de média 1.82 encontrado para a afirmação “Não existem princípios éticos que sejam tão importantes que devam fazer parte de um código de ética”, justifica o facto de os estudantes apresentarem baixo score de relativismo.

A afirmação “*As considerações éticas nas relações interpessoais são tão complexas que deveria ser permitido aos indivíduos formularem as suas próprias regras*” também obteve um valor de média de 2,20. Esta afirmação reforça o fundamento da dimensão relativista. Os indivíduos altamente relativistas acreditam que é impossível fazer juízos éticos precisos sem o conhecimento de todas as circunstâncias específicas, logo as relações interpessoais assumem-se como processos complexos que interferem na decisão da acção a tomar, o que quer dizer que, face à sua complexidade e originalidade, a sua forma de tratamento não pode, de todo, ser uniforme. Mais uma vez os estudantes revelaram não se identificar com este tipo de ideologia.

As afirmações “*Não pode ser formulada nenhuma regra referente a mentir; se a mentira é admissível ou não, só depende da situação*” e “*As questões acerca do que é a ética nunca serão resolvidas, uma vez que a atitude moral depende exclusivamente do indivíduo*” obtiveram valores de média de 3.22 e 3.24 respectivamente.

*“Por vezes torna-se muito difícil abordar os problemas éticos porque as visões das pessoas são diferentes, eu penso que isto acontece porque cada um de nós acredita numa realidade única e que, por isso, não é igual para o outro” (OP - Informal).*

Estes resultados identificam que os estudantes, face à subjectividade da situação, utilizam padrões e atitudes éticas conferindo um factor individual a cada acto permitindo-lhe ser julgado. Por vezes, existirá contradição entre o cepticismo de chegar a um consenso sobre as questões éticas e a resolução pessoal dessas questões, pois se, por um lado, existem opiniões de que a individualidade será o “fio-condutor” que orienta as atitudes, dando espaço, para decisões pessoais e personalizadas, por outro, existem opiniões de que poderá haver consensos entre as atitudes já formalizadas, e como tal recorrer a suportes pré-estabelecidos.

*“Penso que é muito importante seguirmos regras de conduta, algo que nos identifique e que nos oriente como devemos agir perante determinadas situações que à partida são semelhantes” (OP - Informal)*

De seguida apresentamos os dados relativos ao posicionamento dos estudantes face à sua atitude ética relativamente a duas variáveis: sexo e ano de curso (quadro 22 e quadro 23).

**Quadro 22.** *Relação entre sexo e ideologia ética*

|                      | Feminino |      | Masculino |      | Total |      |
|----------------------|----------|------|-----------|------|-------|------|
|                      | ni       | %    | ni        | %    | ni    | %    |
| <b>Situacionista</b> | 8        | 2.9  | 0         | 0.0  | 8     | 2.9  |
| <b>Absolutista</b>   | 204      | 72.8 | 35        | 12.5 | 239   | 85.3 |
| <b>Subjectivista</b> | 19       | 6.8  | 6         | 2.1  | 25    | 8.9  |
| <b>Excepcionista</b> | 8        | 2.9  | 0         | 0.0  | 8     | 2.9  |

Tal como já referimos os participantes no estudo eram maioritariamente do sexo feminino. Relativamente à ideologia adoptada, os estudantes posicionaram-se maioritariamente na posição absolutista, independentemente do factor de pertencerem ao sexo feminino ou masculino. Nas suas ideologias éticas o absolutismo prevalece, obtendo um *score* de 85.3% (72.8% pertencentes ao sexo feminino e 12.5% ao masculino).

Estes dados estão em consonância com os provenientes de outros estudos desenvolvidos com este instrumento (Barnett, Bass e Brown, 1996; Barnett, Bass e Brown, 1994; Barnet et al., 1998; Davis, Andersen e Curtis, 2001; Forsyth, Nye e Kelley, 2001; Hartikainen e Torstila, 2004; Vitell e Singhapakdi, 1993).

**Quadro 23.** *Relação entre ano de curso e ideologia ética*

|                      | 1ºAno |      | 2ºAno |      | 3ºAno |      | 4ºAno |      | Total |      |
|----------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
|                      | ni    | %    | ni    | %    | ni    | %    | ni    | %    | ni    | %    |
| <b>Situacionista</b> | 0     | 0.0  | 3     | 1.1  | 3     | 1.1  | 2     | 0.7  | 8     | 2.9  |
| <b>Absolutista</b>   | 52    | 18.6 | 59    | 21.0 | 64    | 22.9 | 64    | 22.9 | 239   | 85.4 |
| <b>Subjectivista</b> | 12    | 4.3  | 6     | 2.1  | 3     | 1.1  | 4     | 1.4  | 25    | 8.9  |
| <b>Excepcionista</b> | 6     | 2.1  | 2     | 0.7  | 0     | 0.0  | 0     | 0.0  | 8     | 2.9  |

Relativamente à ideologia ética adoptada pelos estudantes ao longo do curso também se verifica uma tendência para o absolutismo que vai sendo mais marcante com o decorrer do mesmo. O absolutismo atinge assim um *score* total de 85.4% que se divide

no primeiro ano de curso em um *score* de 18.6%, no segundo ano um *score* de 21.0%, no terceiro ano um *score* de 22.9% e no quarto ano um *score* de 22.9%.

Os absolutistas são pessoas que acreditam que todas as acções envolvem ou se relacionam com normas, regras ou princípios, inalteráveis. Os seus defensores socorrem-se das leis fundamentais para justificar a legitimidade das acções e defendem a autoridade como a forma de governo mais adequada visto esta simbolizar, melhor que qualquer outra, a orientação estabelecida num sentido único. Nesse sentido ser absolutista é seguir o princípio da fundamentação racional das normas morais.

*“Sempre que me surge uma situação ou dilema ético penso logo nos princípios da bioética e tento, sempre que possível, reflectir sobre a situação de modo a chegar a algum consenso. Penso que seguir os princípios e as regras do código deontológico nos ajudam a saber como actuar perante determinadas situações” (OP - Informal)*

Os absolutistas confiam nas regras para a concretização das acções e consideram-nas correctas na medida em que maximizam o bem do ser humano e ignoram os elementos como a justiça e o mérito. Para eles, as acções devem ser sempre examinadas em termos de ganhos e perdas para o outro (bem comum).

Os absolutistas concordam com as afirmações que são consistentes com a filosofia moral conhecida como deontologia. Uma teoria ética recebe o nome de deontológica quando o valor de uma acção não depende exclusivamente das consequências da própria acção ou da regra com a qual se confronta. As teorias deontológicas sustentam que o dever em cada caso particular deve ser determinado por regras que são válidas independentemente das consequências de sua aplicação.

Para o deontologista, a moralidade não depende unicamente das consequências da acção, pois existem outros factores que determinam a permissividade dos actos. O que interessa é “aquilo que se faz” e não tanto “aquilo que acontece” no mundo; como agente moral o deontologista tem como prioridade evitar praticar o mal (*primum non nocere*).

Os deontologistas reconhecem que o agente moral possui determinadas capacidades que o obrigam permanentemente a maximizar o bem. Embora costumem admitir o predomínio do princípio de beneficência, atribuem-lhe um alcance limitado, ou seja, este princípio rivaliza com outros, como por exemplo, o da autonomia ou integridade do próprio agente. Nesse sentido, apesar de sentir a obrigação moral de maximizar o bem, é inconcebível consentir praticar uma acção, ainda que a finalidade seja produzir um bem, quando isso implica um custo significativo para o agente moral.

Os deontologistas também reconhecem que existem determinadas restrições que envolvem o agente moral. Por exemplo, não matar ou maltratar pessoas inocentes são, talvez as expressões mais consensuais e que melhor expressam estas restrições. Entender este dever como restrição centrada no agente, implica defender não só que é errado matar uma pessoa inocente, mas que é errado matá-la para impedir que outros agentes morais matem pessoas inocentes.

Na medida em que a ideologia ética, segundo os resultados da investigação empírica, depende da filosofia moral individual, conseguimos igualmente identificar expressões que caracterizam uma dessas filosofias: a deontologia.

*“Cada doente é único e como tal, procurei personalizar o mais possível a assistência prestada e respeitar a individualidade dos mesmos. Através da comunicação terapêutica penso que consegui demonstrar ao doente disponibilidade, atenção, aceitação e respeito, estabelecendo uma relação empática.” (OP - Informal)*

*“Também não me consegui manter indiferente ao realizar os cuidados ao corpo, eu sei que é um corpo morto, alguém que já não existe, mas que existiu e, por isso, deve ser respeitado como tal.” (OP - Informal)*

*“Cada indivíduo tem a sua dignidade e há que preservá-la e respeitá-la desde o seu nascimento até à sua morte”. (OP - Diário)*

*“...cada caso deve ser analisado de forma a beneficiar-se sempre o doente e a respeitar a sua autonomia e dignidade” (OP - Informal)*

*“Não concordo com essa decisão, se a jovem não quer que se conte, a sua opinião deve ser respeitada” (OP - Diário)*

Segundo o exposto, os estudantes manifestam uma aproximação à deontologia. Na deontologia a base da avaliação moral e da racionalidade para determinar o juízo moral são as regras morais universais. Sendo assim, os actos são julgados como morais ou imorais comparando com as regras morais universais absolutas, não sendo permitidas excepções. Da análise efectuada, apuramos que no início do curso os estudantes possuem já um juízo moral que lhes permite guiar a sua prática; contudo, ao longo do curso, este é aprimorado permitindo-lhes, no final do mesmo, mobilizar normas de ética e códigos de conduta quando se confrontam com os dilemas da prática de cuidados (Randle, 2002).

Nos excertos expostos conseguimos identificar alguns valores universais contidos também no código deontológico dos enfermeiros e que demonstram que os estudantes estão conscientes da responsabilidade dos seus actos seguindo as regras morais

universais, o que demonstra existir uma interferência dos princípios da ética associados à prática do cuidar (Pinto e Abreu ed. lit., 2009, 2009a).

#### 4.2. Construção do pensamento ético: do processo ao conteúdo

É através do contacto directo com a realidade que o estudante estrutura a sua forma de pensar, alicerçada num sistema complexo composto por diversos contextos e actores. Sem dúvida, é em contexto de prática clínica que os estudantes constroem um referencial identitário próprio, aprendendo a tomar consciência de si como profissionais, privilegiando a aprendizagem pela experiência. Contudo, a realização pessoal não depende exclusivamente do próprio mas, também, de todo um contexto envolvente onde se insere o contexto da profissão, na qual o estudante se integra para desempenhar a sua actividade num futuro próximo e o contexto de cuidados (hospitalar ou centro de saúde) onde toda a dinâmica institucional nem sempre é a ideal, podendo também não corresponder às expectativas.

Dos dados recolhidos resultou como dimensão *Desafios de ordem ética* a partir do qual foi possível construir a taxonomia que a seguir se apresenta.

**Quadro 24.** Taxonomia da dimensão “Desafios de ordem ética”, domínios “Situações complexas”, “Atitudes dos estudantes” e “Valores envolvidos”

| DIMENSÃO                | DOMÍNIO             | CATEGORIAS                           |
|-------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| Desafios de ordem ética | Situações complexas | Atitude face ao cuidado no domicílio |
|                         |                     | Vontade de viver                     |
|                         |                     | Confidencialidade                    |
|                         |                     | Privacidade                          |
|                         |                     | Direitos humanos                     |
|                         |                     | Interrupção da gravidez              |
|                         |                     | Informação/ Consentimento            |
|                         |                     | Gestão do regime terapêutico         |
|                         |                     | Gestão de sinais e sintomas          |
|                         |                     | Capacidade para o autocuidado        |
|                         |                     | Não adesão ao regime medicamentoso   |
|                         |                     | Confusão e coma                      |
|                         |                     | Angústia da separação                |
|                         |                     | Não-aceitação do estado de saúde     |
|                         |                     | Dor oncológica                       |
|                         |                     | Eutanásia                            |
| Morte e morrer          |                     |                                      |

|                    |                         |                             |
|--------------------|-------------------------|-----------------------------|
|                    | Atitudes dos estudantes | Não tomaram nenhuma atitude |
|                    |                         | Atitude incorrecta          |
|                    |                         | Atitude correcta            |
| Valores envolvidos |                         | Terminais                   |
|                    |                         | Instrumentais               |

No processo de codificação efectuada no campo das situações complexas expressas pelos estudantes através dos seus testemunhos (observação participante e entrevistas), para a análise das situações, foram considerados os pressupostos conceptuais da taxonomia CIPE® Versão 1.0 (2006) e para a análise dos valores envolvidos os pressupostos de Rockeach (1973).

### Situações complexas e atitudes dos estudantes

Várias foram as vivências e experiências dos estudantes a este nível, todas relacionadas com situações de natureza ética. Contudo, quando solicitado, muitas vezes, os estudantes não as identificavam de imediato. Como tal, foi necessário pedir para relatar situações complexas que, de alguma forma, os tivessem “marcado” quer pela complexidade quer pelas características da própria situação em si. A partir desse momento, muitas situações foram relatadas, todas contendo algum grau de subordinação aos referenciais éticos. De facto, verificamos que os estudantes apresentavam algum grau de dificuldade na identificação das situações de natureza ética, mais acentuado nos anos iniciais do curso, o que demonstra que estas situações são, pela sua natureza, complexas logo na sua identificação.

Das situações relatadas nas entrevistas e nas vivências no contexto clínico verificamos que, na sua maioria, a estrutura e terminologia utilizada no início dos relatos era semelhante à utilizada nos registos técnicos e científicos dos processos clínicos dos utentes. Os textos apresentavam um carácter informativo, normalmente divididos em tópicos: descrição dos intervenientes e seu estado clínico, situação envolvente e reflexão, talvez numa tentativa de contextualização. Esses relatos sugeriam a obediência a uma ordem segundo uma estrutura específica ou ordenamento rigoroso dos dados.

*“Comecei o meu dia de estágio na Unidade de Saúde Familiar de Y, sob a orientação da enfermeira Andreia. Eu e minha colega prestamos cuidados ao Srº José de 64 anos que apresentava como diagnóstico...”. (E5)*

*“...era um senhor que estava lá internado desde o início do meu estágio com uma série de complicações e teve uma paragem e foi para outro serviço e depois o doente voltou traqueostomizado...” (E12)*

Sorrel (1994) apresenta uma classificação acerca dos textos escritos considerando que a escrita transaccional é a que se apresenta de forma convencional, concisa, clara, utilizada para informar, induzir ou instruir. A escrita expressiva é considerada, segundo o autor, como a mais utilizada em diários e cartas pessoais. Neste caso, o *verbatim* resultante das entrevistas e os excertos de conversas informais nos diários de bordo apresentavam a predominância de uma forma de escrita transaccional que é ajustada ao conhecimento empírico defendido por Carper (1996).

*“O caso descrito dizia respeito a um casal com HIV positivo que decidiu ter um filho e que, por isso, recorreu à consulta de planeamento familiar. Conscientes da sua seropositividade encaravam com convicção a hipótese de gerar um filho, porque consideravam ser um gosto e um direito seu, apesar de este apresentar grandes hipóteses de vir a ser portador da doença. Fiquei chocado com a decisão e questinei-me quanto à legitimidade ética da acção. [...] Para mim a criança tem o direito a ser saudável e, portanto, pode ser praticada uma interrupção involuntária da gravidez, alegando o aborto eugénico previsto na lei”. (OP - Diário)*

*“Hoje apareceu na consulta uma jovem de 16 anos que estava grávida de 12 semanas e queria interromper a gravidez. Vinha sozinha porque não queria que a mãe soubesse que estava grávida. Era uma pessoa humilde e educada. A enfermeira perguntou porque é que não tinha aparecido para tomar a pílula do dia seguinte e ela simplesmente encolheu os ombros. Da consulta não houve nenhuma decisão clara, apenas foi contactada a assistente social para possível auxílio à jovem. Acho que devia ser contactada a mãe para a colocar a par da situação.” (OP - Informal)*

*“Um senhor que estava muito “escareado” e que eu vi logo no primeiro dia de domicílios, segundo dia cá no CS, e então fui ajudar a fazer o tratamento e a mudar a algália e no segundo dia fui fazer os pensos. E como foi no primeiro contacto o senhor deixou-me, bastante “mexida” porque eu nunca tinha visto uma pessoa tão debilitada e a precisar tanto de tudo, porque o senhor não fazia nada, estava a “vegetar” e acho que nos tocou a todas. Porque nunca tinha pensado em nenhum caso e não sabia o que eram as pessoas estarem a “vegetar”, nunca tinha visto ninguém que me tivesse feito perceber o que realmente era isso. E esse senhor marcou-me por isso. E ver quanto carinho da família para o senhor.” (E1)*



*"Apesar de serem pessoas diferentes percebi que os fundamentos para a realização dos procedimentos eram os mesmos, mas que acima de tudo há que preservar a dignidade e a privacidade da pessoa." (E8)*

Destas descrições, apuramos que os estudantes apresentam dificuldades nas formas de conhecimento que lhe permitem dar explicações teóricas relacionadas com os referenciais éticos. Das várias descrições podemos apurar que, nos primeiros anos de curso, possuem dúvidas e conceitos errados, o que nos leva a pensar que as competências éticas são de complexidade elevada. De facto, se analisarmos as situações descritas verificamos que em cada uma delas, à excepção da última, existiam conceitos que não estavam bem trabalhados a nível conceptual e que se podem repercutir na forma como os estudantes estruturam o seu processo de pensamento.

Com o decorrer da prática clínica as descrições tornam-se mais expressivas dando origem ao aparecimento de outros padrões de conhecimento. O padrão de conhecimento pessoal também surgiu em todos os diários e entrevistas pesquisadas:

*"A primeira vez que disse que não. Quando me disseram "dás este injectável" e eu "não", porque não me sentia preparada, porque achei que iria fazer ali um buraco enorme e não ia acertar, ou ia acertar no nervo ou em alguma coisa..." (E5)*

*"...tenho outra negativa que foi quando fiz o meu primeiro penso. Foi muito complicado. O penso não era nada de especial, mas eu estava muito nervosa, por isso não consegui falar com a senhora e acabei por deixar cair as pinças. A senhora foi muito simpática dizendo «Deixe lá menina, tenha calma». Eu acabei não sei bem porquê mas sentia-me pressionada." (E6)*

*"uma experiência foi o meu primeiro injectável. Foi numa senhora espectacular, porque ela sabia que eu era aluna e não se importou nada com isso. Falou comigo, pôs-me muito à-vontade e no fim até me contou coisas acerca da sua vida. Foi uma experiência muito boa." (E4)*

Dos testemunhos verificamos que os estudantes identificam formas de conhecimento pessoal. Esta forma de conhecimento, segundo Carper (1996), é subjectiva, real, existencial e tem relação com o encontro e o entendimento do *self* individual. No fundo, é este tipo de conhecimento que promove a totalidade e integridade no relacionamento pessoal, negando uma orientação manipuladora, impessoal.

*"...na sexta-feira estive nos domicílios e houveram situações que me marcaram bastante. Inicialmente fomos a casa de uma paciente que tinha uma úlcera varicosa bastante evoluída. O marcante não foi a ferida nem a evolução desta, foi a frieza do marido perante a dor da cónjuge. A enfermeira perguntou se estava a magoar mas o*

*marido disse «não magoa nada, isso não é nada, faça o que tem que fazer que ela aguenta» ...achei essa atitude duma crueldade tremenda. Independentemente da relação que eles tenham, é sempre importante, para mim, saber como se sente o doente antes do tratamento, durante e após. Não acho justo que alguém se comporte assim e chocou-me a frieza da relação.» (E5)*

*“Outra coisa que me marcou foi o carinho das pessoas para conosco em muitas casas onde fomos, viam-se famílias que mudavam as casas e as vidas, e que mudavam tudo; por terem uma pessoa doente e que mesmo assim continuavam a gostar da pessoa e não pareciam senti-la como um estorvo. Continuavam a dar-lhe carinho e apoio mesmo quando a pessoa não percebia.” (E1)*

*“Uma senhora impressionou-me uma senhora que tinha um coto, que tinha... portanto, a senhora praticamente não falava, devia ter quarenta anos, mas ela já tinha um dos membros amputados depois fez amputação ao outro e ela tinha uma deiscência, aquilo era uma ferida que a senhora tinha muita dor e isso impressionou-me bastante ela suportava bem a dor mas parecia ficar sempre mais aliviada quando chegávamos e conversávamos um pouco com ela. Apesar de não nos responder grande coisa, a sua face ficava mais aliviada, mais feliz.” (E8)*

Os estudantes conseguem identificar situações que envolvem relações entre as pessoas no sentido de despertar a capacidade de cuidar do outro. Cuidar de uma pessoa significa dar atenção, ter cautela, vigilância e zelo, atitudes que irão proporcionar conforto e bem-estar, segundo Carper (1996) um conhecimento estético. Para Boff (1999), cuidar é mais do que um acto, é uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento com as pessoas. Sendo assim, o cuidado deve ser integral de modo a que as necessidades das pessoas possam ser satisfeitas na sua plenitude resultando na valorização da vida e da dignidade humana.

*“...durante esta semana fiz domicílios o que me fez pensar ainda mais. Estive em casas onde ainda não tinha ido. Vi uma utente acamada e deficiente que era maltratada pelo cuidador (não sei se era familiar ou não). Este episódio fez-me realmente muita impressão. Como é que um amigo ou familiar pode ser duro e agressivo com uma pessoa debilitada e acamada? Esta pessoa não tem culpa de nada e não pode ser maltratada. Não consigo perceber qual a razão que leva alguém a agir assim...” (OP - Informal)*

*“...hoje fomos a casa de uma senhora com Alzheimer que tinha também úlceras de pressão, fomos lá para lhe fazermos os pensos. Desta vez não fiquei impressionada pelo penso em si mas pelo facto de ela me ter tratado por mãe e chamava intensamente pela sua mamã. Tinha também um ursinho para conseguir dormir...É*

*triste que, após tantos anos de vida independente, se chegue a uma determinada idade e se venha a necessitar de forma intensa dos cuidados de alguém sem noção da realidade. Se fosse eu não sei, nunca fui a favor da eutanásia, nunca pensei nisso. Mas depois desta situação começo a pensar se não seria melhor, porque considero que assim não há qualidade de vida. Mas se tivesse de ser eu a tomar essa decisão não sei se teria coragem.” (OP - Informal)*

*“Penso que a minha atitude foi correcta porque penso que consegui demonstrar ao doente disponibilidade, atenção, aceitação e respeito, estabelecendo uma relação empática.” (OP - Informal)*

O padrão do conhecimento ético envolve o questionamento das razões que justificam as escolhas realizadas e envolvem o respeito pelo código deontológico do enfermeiro (Carper, 1996). Os estudantes estabelecem objectivos e realizam intervenções, o que implica uma escolha entre diferentes possibilidades que envolve uma dimensão ética. Este padrão do conhecimento é o mais difícil de atingir, apenas os estudantes do terceiro e quarto ano do curso o conseguem efectuar, muitos dos estudantes nos outros níveis de formação não conseguem responder a este padrão:

*“Perante tal situação questionei-me muito e questionei essencialmente uma coisa, mas também não consegui encontrar uma resposta para essa minha questão.” (OP - Informal)*

*“Numa determinada altura houve um estudante que colocou uma questão à qual nem ele conseguia dar uma resposta concreta.” (OP)*

*“...ao mesmo tempo não conseguia dar uma resposta da conduta mais correcta” (OP - Informal)*

É importante notar que os padrões de conhecimento propostos por Carper (1996) não são independentes, mas profundamente inter-relacionados. Portanto, em algumas situações, a classificação num determinado padrão de conhecimento como, por exemplo, o padrão ético, estético ou pessoal é discutível. O conhecimento empírico é, sem dúvida, o que mais facilmente se pode distinguir dos outros, muito embora não possamos afirmar que, na base de um conhecimento empírico, não existam outros tipos de conhecimento, como, por exemplo, um conhecimento ético.

Foi possível observar que os estudantes apresentam alguma dificuldade no padrão de conhecimento empírico, mas conseguem identificar as próprias emoções, ou seja, desenvolvem um conhecimento de si, dos seus limites e possibilidades. O reconhecimento de si permite reconhecer o outro como diferente. É este tipo de

conhecimento (pessoal) que, segundo Carper (1996), permite à enfermeira estabelecer um relacionamento autêntico com o outro (conhecimento estético). O padrão de conhecimento estético torna-se visível na acção, mas também pode ser observado na forma como os estudantes narram determinadas situações. O conhecimento estético está associado à percepção que vai além do reconhecimento e implica reunir detalhes e particularidades numa totalidade sintética. A experiência percebida é específica e singular.

O padrão de conhecimento ético também aparece com frequência; no entanto, as questões mais vinculadas são as relacionadas às condutas assumidas pela equipa de saúde, particularmente a de enfermagem, e às falhas da instituição que comprometem o atendimento dos utentes, talvez por serem as de mais fácil identificação. O questionamento acerca dos objectivos estabelecidos para a sua própria acção e das decisões tomadas aparecem de forma ainda discreta. Este nível de conhecimento requer o questionamento das razões e a justificação das escolhas, o que exige maturidade e capacidade para tomar decisões profissionais.

Como é óbvio, o conhecimento ético pressupõe a existência prévia de conhecimento empírico. De facto, os estudantes apresentam lacunas de conhecimento empírico a nível dos referenciais éticos. Mas o que é certo é que, apesar das lacunas existentes, os estudantes se questionam acerca das razões que justificam as opções tomadas. Também constatamos, não através destes relatos que aqui expusemos mas através da nossa permanência no campo, que o conhecimento empírico é de mais fácil detecção noutras áreas do conhecimento de enfermagem que não a ética.

### **Valores envolvidos**

A pessoa vive, toma partido, crê numa multiplicidade de valores e hierarquiza-os, dando assim sentido à sua existência mediante opções que ultrapassam as fronteiras do seu conhecimento. Quando decidimos fazer algo, estamos a realizar uma escolha, manifestamos certas preferências por umas coisas em vez de outras, evocamos então certos motivos para justificar as nossas decisões. Todos estes motivos apoiam-se em factos, mas têm sempre implícitos valores que justificam ou legitimam as preferências (Salvater, 2006).

Os valores podem ser definidos a partir de várias dimensões: i) critérios segundo os quais valorizamos ou desvalorizamos as coisas; ii) razões que justificam ou motivam

as nossas acções, tornando-as preferíveis a outras. Em geral, reportam-se sempre a acções, fundamentando-as. Mas nem todos possuímos os mesmos valores ou os valorizamos da mesma forma, por isso, são limitados à adesão de grupos restritos.

Os valores não são coisas nem simples ideias que adquirimos, mas conceitos que traduzem as nossas preferências. Existe uma enorme diversidade de valores que se podem agrupar quanto à sua natureza. Das várias situações relatadas, foram identificados os valores envolvidos em cada uma delas que compuseram um montante significativo. Na análise dos valores descritos utilizamos os pressupostos de Rockeach (1973) e para os quais vamos citar apenas um exemplo de cada.

Rockeach (1973) considera dois tipos de valores: os valores terminais e os valores instrumentais. Os valores terminais reportam-se às situações escolhidas de ser/estar; os instrumentais referem-se aos modos escolhidos de conduta social.

*“...porque os doentes têm o direito a serem informados, mas ao mesmo tempo se tivesse de ser eu a dar-lhe a notícia não sei se o conseguia fazer...ia custar-me muito” (OP - Informal) – **Reconhecimento social***

*“Vi nos olhos daquela paciente um enorme sofrimento, mas no seu olhar para além da dor, sobressaía uma enorme vontade de viver.” (OP - Informal) – **Vida confortável***

*“...foi ver a maneira como os filhos e parentes alteram a sua vida, a disposição das suas casas e muitas outras coisas para tratar dos seus pais e familiares. A vida apresenta-se como algo cíclico, os pais cuidam de nós enquanto filhos e depois somos nós a cuidar deles mais tarde”. (OP - Informal) – **Segurança familiar***

*“Em algumas alturas vi o senhor chorar baixinho enquanto a senhora dormia e, muito honestamente, rezei para que ela não morresse.” (OP - Informal) – **Amor***

*“Isso chocou-nos, fazendo-nos reflectir e sentir mesquinha por valorizarmos coisas supérfluas na vida, quando existem pessoas com problemas que lhes diminuem de forma acentuada a qualidade de vida e bem-estar.” (OP - Informal) – **Harmonia interior***

*“Não concordo com essa decisão, se a jovem não quer que se conte a sua opinião deve ser respeitada” (OP - Informal) – **Liberdade***

*“Perante tal situação questionei-me muito e questionei essencialmente uma coisa, mas também não consegui encontrar uma resposta para essa minha questão. Pensei se não seria melhor a eutanásia...” (OP - Informal) – **Sabedoria***

Os valores referem-se às normas ou critérios de conduta que afectam todas as áreas da nossa actividade (Salvater, 2006). Da apreciação dos casos descritos foram

identificados como valores terminais: o reconhecimento social, a vida confortável, a segurança familiar, o amor, a harmonia interior, a liberdade e a sabedoria.

*“Tentei colocar-me no lugar dele e pensar nas implicações que uma situação destas traz e a transformação que provoca na vida das pessoas.” (OP - Informal) – **Intelectual***

*“Se calhar só aprendi coisas que promoveram o meu desenvolvimento pessoal, mas também acho que crescendo pessoalmente, cresço profissionalmente porque agora preocupo-me mais em conversar de forma a colher dados e a não julgar as pessoas pelas aparências. Às vezes, é importante identificar os recursos das pessoas e quais das visitas é que são os pontos de referência” (OP - Informal) – **Honesto***

*“Lembro-me numa das aulas discutirmos isso em que a professora disse que os cuidados paliativos tinham como um dos pontos-chave a qualidade de vida e o controlo dos sintomas e que se acontecesse o doente morrer não era considerado eutanásia. Tentei colocar-me no lugar dele, sou absolutamente a favor da defesa da vida mas se fosse em mim preferia ter menos quantidade com mais qualidade de vida.” (OP - Informal) – **Lógico***

*“Eu sei que até eu tive vontade de o contar a amigas minhas mas o sigilo profissional é para ser cumprido e não para toda a gente do hospital saber o que a jovem tinha.” (OP - Informal) – **Responsável***

*“No caso da discussão os valores que estavam envolvidos eram a educação, o sentido de tentar compreender as coisas e não ver apenas o ponto de vista particular, de tentar compreender. A sua compreensão não estava assim muito apurada e a responsabilidade também não. Ela não devia ter essa atitude e dizer aquilo tudo à frente da utente. Considero que foi um pouco mal-educada.” (E4) – **Educado***

Os valores tendem a organizar-se em termos de oposições ou polaridades (Salvater, 2006). Preferimos a Verdade à Mentira, a Justiça à Injustiça, o Bem ao Mal, a Beleza à Deformidade, a Genorosidade à Mesquinhês. Habitualmente, a palavra valor é apenas aplicada num sentido positivo. Embora o valor seja tudo aquilo sobre o qual recai o acto de estima positiva, ele pode referir-se tanto ao Bem como ao Mal. Os estudantes, nas suas descrições salientaram valores relacionados com os modos de ser, valores instrumentais, dos quais se realçam: o intelectual, o honesto, o lógico, o responsável e o educado.

Em suma, o grupo de estudantes considera que existem valores profissionais que devem ser respeitados baseados, essencialmente, nas regras morais universais. Realçam a importância da protecção da vida humana e da sua dignidade, liberdade e

privacidade, mas entendem que deve prevalecer o respeito pelas decisões das pessoas. Sendo assim, identificam os valores envolvidos nas situações éticas com que se depararam na sua prática clínica, dados compatíveis com os de vários autores (Arber e Gallagher, 2009; Gray, 2008; Heijkenskjöld, Ekstedt e Lindwall, 2010; Rassin, 2008; Redman, 2008; Salvater, 2006; Vanlaere, Coucke e Gastmans, 2010; Wadensten e Ahlström, 2009; Whitty-Rogers et al., 2009).

#### **4.3. Ética e enfermagem: contributos no desenvolvimento do pensamento em contexto clínico**

A enfermagem é uma profissão que centra a sua actividade na pessoa humana. Por esse motivo toda a sua actividade deve ser encaminha para promover o bem à população que tem a seu cuidado. Em cada acto profissional, o enfermeiro tem de fazer escolhas, tomar decisões, tendo sempre em conta a pessoa a quem a acção é dirigida.

O agir profissional, ou seja, a prestação de cuidados centra-se na relação entre a pessoa cuidada e a pessoa do enfermeiro, em que o enfermeiro contribui com os seus conhecimentos e experiência, e a pessoa cuidada com as suas vivências, necessidades e recursos. Tal como nos refere Collière (1999) “*cuidar é ter em conta os dois parceiros dos cuidados*” (p.155). Por esse motivo, ambos são sujeitos activos no processo de cuidar. Dito de outra forma, os saberes entre pessoa cuidada e enfermeiro complementam-se, com o objectivo de determinar e pôr em prática acções que promovam um bem, em que estas devem ser extensivas e integrativas, não só para a pessoa cuidada, como também para os seus familiares.

A orientação para o cuidar apela para uma acção centrada na pessoa como sujeito de cuidados e para os aspectos relacionais, abrangendo a pessoa e o seu ambiente. Mitos antigos e pensadores contemporâneos ensinam-nos que a essência humana não se encontra na inteligência, na liberdade ou criatividade mas, basicamente, no cuidado humano; integra-se no *ethos* do fundamento humano onde se encontram os princípios, os valores e as atitudes (Boff, 1999).

São diversas as conceptualizações acerca do cuidar. Para Mayeroff (1990), cuidar de outra pessoa é ajudá-la a crescer e a actualizar-se, é encorajá-la e ajudá-la a criar e a encontrar os seus próprios recursos para ser capaz de cuidar de si própria. É no cuidar que se experienciam as potencialidades e necessidades de crescimento do outro, de modo que quem cuida seja guiado pela direcção do crescimento do outro e determine

respostas relevantes mantendo a independência e respeito pelas necessidades identificadas. Collière (1999) considera cuidar um acto individual que se presta a si próprio quando se tem autonomia, um acto de reciprocidade que se presta às pessoas que, temporária ou definitivamente, necessitam de ajuda.

Podemos identificar dois tipos de cuidados de natureza diferente: os cuidados quotidianos habituais (*care*) e os cuidados de reparação (*cure*). Os primeiros, têm por função manter e assegurar a continuidade da vida reabastecendo-a de energia de natureza alimentar, afectiva, psicossocial. Por outro lado, os cuidados de reparação visam limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas através do seu tratamento – o fim último é curar. Estes só fazem sentido se associados aos cuidados correntes com o seu suporte relacional.

*“Na escola falam-nos muito do cuidar de doente e não apenas de os tratar. Penso que sabemos um pouco o que isso quer dizer, mas na verdade a verdadeira essência do que é cuidar aprendemos quando contactamos com a realidade prática.” (OP - Informal)*

*“Aqui nós temos de cuidar de pessoas, olhar para elas em todas as suas vertentes e necessidades e nunca esquecer nenhum pormenor. Olhá-las como seres únicos, totais e na sua globalidade. Porque numa situação de doença apresentam muitas necessidades, nem sempre só físicas” (OP - Informal)*

Diferentes aspectos do cuidar integrado na saúde são apresentados por Hesbeen (2000). Para ele, “cuidar” ou “prestar cuidados” traduzem uma atenção especial, particular e singular que se resume à escuta indispensável que é dada a uma pessoa que vive uma situação particular, com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar e a promover a sua saúde. É por isso que o autor conceptualiza a prática do cuidar como uma arte e não uma ciência. Para ele é arte, na medida em que combina elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que permitem ajudar alguém, na sua situação singular. Cuidar é também valor, por ser aquilo que se atribui importância, que é acessível a todos, aberto ao conhecimento, que permite melhorar, enriquecer e tornar mais pertinente a ajuda prestada.

Quando o enfermeiro cuida está sempre perante a presença do outro, ao qual lhe presta cuidados numa situação única, particular, que lhe diz respeito. Essa pessoa singular atravessa um processo de transição numa determinada etapa da sua vida.

*“...eu aprendi que é importante tratar de cada pessoa de modo singular e único, porque cada pessoa é única, não existem pessoas iguais, existem é, processos de*



*doença semelhantes e, portanto, as pessoas passam por processos adaptativos parecidos” (OP - Informal)*

*“...o ensino clínico permitiu-me constatar que todos somos diferentes e senti que era necessário ter um olhar holístico sobre a pessoa” (OP - Diário)*

De facto, os estudantes reconhecem que a finalidade da profissão de enfermagem é manter o bem-estar das pessoas que cuidam identificando, para isso, as suas necessidades e reconhecendo-as na sua singularidade. Podemos dizer que essa finalidade não é meramente científica, mas de ordem moral, uma vez que assenta na preocupação com os outros, porque é através da fragilidade da vida que se tornam presentes as ameaças e se conjugam esforços para humanizar a mesma.

*“É incrível como numa situação de doença as pessoas se apresentam tão frágeis, tão vulneráveis” (OP - Informal)*

*“Aprendi que temos de ter a capacidade de ajudar e estar presente no momento certo” (E4)*

*“Aprendi que o trabalho em equipa é fundamental” (E6)*

Tendo como foco de atenção dos cuidados “a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2002) ao longo de todo o ciclo de vida a acção do enfermeiro baseia-se em promover o bem do outro. Os enfermeiros têm o poder de fazer o bem ou mal às pessoas às quais prestam cuidados; este potencial para “fazer o bem” depende, por um lado, dos recursos e competências do profissional e, por outro, dos valores das pessoas envolvidas. Por outro lado, a preocupação com o bem-estar do outro e com as consequências da acção relembra-nos uma orientação de ordem moral numa dimensão idealista, característica que se tem vindo a verificar no nosso grupo de participantes (Pinto e Abreu ed. lit., 2009a).

*“É sempre preciso pensar primeiro, pelo menos antes de tomar alguma decisão ou fazer alguma coisa importante, nas consequências que isso pode ter para o doente e também no que ele pode beneficiar com isso” (OP - Informal)*

A prestação de cuidados em enfermagem é um processo complexo que requer a articulação com várias áreas do saber. Quando se trabalha com seres humanos, com seres únicos, irrepetíveis, com diferentes formas de agir, é necessário a construção, formação, clarificação e desenvolvimento de códigos éticos e deontológicos facilitadores da promoção da saúde e prevenção da doença, pois assim, permite-nos agir de forma competente, capaz de ir ao encontro das necessidades da pessoa cuidada. Mas, agir

com responsabilidade e consciência é também efectuar juízos que determinam as acções a tomar.

*“...o estágio permite uma integração gradual e sólida na profissão e ainda, a percepção da realidade da profissão de enfermagem, permitindo-nos a adaptação ao mundo de trabalho.” (OP - Diário)*

O enfermeiro é um profissional do cuidado que visa proteger e salvaguardar a dignidade da pessoa humana nas suas intervenções. O cuidado, pela sua natureza é humanizado e humanizador, atento ao percurso existencial e à situação concreta da pessoa. Só é possível fomentar a humanização se o ambiente for humanizador. Logo, o desafio para o enfermeiro é criar um espaço físico esteticamente agradável, confortável, funcional e seguro mas, sobretudo, desenvolver na equipa uma “cultura de humanização”. Numa equipa em que cuidar é uma prioridade, todos desenvolvem capacidades, humanizam-se. Nesta óptica, os ensinamentos ou estágios clínicos assumem-se como oportunidades únicas de aprendizagem para os estudantes, na medida em que lhes proporcionam contactos com situações da vida real, possibilitando-lhes ter uma proximidade com o contexto da prática.

*“É no contacto com a realidade prática que verdadeiramente aprendemos. Aprendemos a lidar com situações complexas, a tomar decisões, a prestar todos os cuidados e a dar atenção à pessoa doente.” (E11)*

*“É através da prática que se conseguem atingir determinadas competências, nomeadamente a capacidade de resposta a situações de doença. É também através da prática que os aspectos da teoria se consolidam”. (E12)*

*“...é na prática que nos deparamos com os problemas da vida real e com o facto de termos de tomar decisões” (OP - Informal)*

O ensino ou estágio clínico é um momento privilegiado de aprendizagem, no qual é pretendido que o estudante promova o seu crescimento pessoal de forma a obter a formação profissional futura. Deste modo, é proporcionada a inserção em contextos reais de cuidados para que os recursos individuais do estudante sejam mobilizados, verificando-se, então, o desenvolvimento das competências necessárias para a prática de cuidados gerais.

*“...aprendi a tomar decisões.” (E6)*

*“...aprendi que todas as pessoas são diferentes e que é importante dar-lhes atenção e carinho.” (E1)*

*“... aprendi a ter um olhar holístico sobre a pessoa.” (E5)*

*“Aprendi como é importante e, por vezes, difícil comunicar com as pessoas.” (E3)*

*“Aprendi a trabalhar em equipa.” (E4)*

*“Aprendi que temos de ter capacidade de ajuda a estar presente no momento certo.” (E9)*

*“Aprendi a respeitar a vontade das pessoas, o que por vezes, nem sempre é feito.” (E12)*

*“Aprendi a pensar.” (E2)*

No contacto com os estudantes, também se verifica que a sua primeira experiência clínica deixa sempre recordações, por vezes positivas, outras vezes negativas. Existem estudantes que referem que, por vezes, essa experiência é geradora de ansiedade quer quando assumem o papel de “aprendiz” quer mesmo no confronto da “situação real” com a sua estrutura pessoal.

*“...uma das minhas dificuldades foi ultrapassar a fase de integração. É muito complicado chegar a um serviço com uma organização própria e tentar fazer tudo como aprendemos na escola sem prejudicar o normal funcionamento do serviço.” (OP - Informal)*

*“...uma das minhas dificuldades foi sentir falta de condições de trabalho tanto materiais como humanas.” (OP - Informal)*

*“...tenho tido algumas dificuldades em gerir os cuidados, nomeadamente face ao tempo que dispenso para os executar.” (OP - Informal)*

*“...existem doentes no corredor do serviço, o que dificulta a prestação e organização de cuidados.” (OP - Informal)*

Sem dúvida, o momento de imersão do estudante no quotidiano das unidades de cuidados pode trazer recursos riquíssimos para a sua aprendizagem e processo de produção de cuidados, mas, para isso, é essencial a sua integração. *“A formação válida é aquela que desenvolve saberes práticos, úteis para o trabalho e adquiridos directamente pelo exercício”* (Dubar, 1997: 49). É, nesse sentido, que se compreende que a realidade dos cuidados de enfermagem começa, realmente, a ser interiorizada a partir da realidade que o estudante observa no contexto, integrando-a a partir de saberes anteriormente adquiridos. Através de uma atitude reflexiva o estudante dá conta da distância existente entre um mundo em que se enunciam as verdades (segundo a lógica didáctica) e um mundo em que se exige eficácia (em nome da lógica produtiva) (Carvalho, 2003).

*“Eu acho que a ética é uma disciplina importante e que influencia a aprendizagem no ensino clínico porque nos sensibiliza para alguns aspectos que não sabemos. Sabemos que existem, que estão presentes no dia-a-dia em várias pessoas e em diversas situações, mas quando acontecem, parecem-nos sempre muito diferentes do que aprendemos. Tudo nos parece mais difícil. A ética é muito complicada, só nos arranja problemas.” (E8)*

*“Acho que a disciplina nos ajuda muito porque nos alerta para determinados pontos importantes. Mas, só no confronto com situações reais é que ela nos parece importante porque tudo o que nos pareceu simples, claro, torna-se agora difícil e complicado. Os casos não parecem nada iguais aos que discutimos, são muito mais complexos. Alguns casos são semelhantes e esses, claro, já são evidentes. Mas tudo que é novo, parece muito complicado.” (E12)*

O ensino ou estágio clínico como momento privilegiado para o desenvolvimento de aprendizagens relacionadas com a profissão, consolidação de conhecimentos adquiridos e reflexão sobre as práticas, promove o desenvolvimento do pensamento ético do estudante.

Considerando que parte dos saberes dos estudantes se constituem para a acção, o ensino ou estágio clínico ocupa parte central da sua elaboração. Mais do que a aprendizagem implica, necessariamente, um trabalho de conceptualização da prática, ou seja, o estudante vai inserir-se num ambiente vivo que actua sobre ele e sobre o qual ele reage, aprende a interiorizar os elementos sócio-culturais do meio, integrando-os na estrutura da sua personalidade, por influência de experiências com agentes significativos, e aprende a adaptar-se a este ambiente (Mill, 2005). É na interacção recíproca entre a pessoa do estudante e o contexto em acção (Bronfenbrenner, 2002) que se constrói o seu saber profissional (Martin, 1991). Este saber é construído através de interacções com os referenciais da prática (enfermeiros), nomeadamente através da análise das práticas quotidianas dos enfermeiros, em comparação com os saberes teóricos.

O ensino ou estágio clínico permite ao estudante desenvolver conhecimentos, hábitos, valores e identidade profissional (ele aprende a pensar e a ver-se como um enfermeiro). Para isso, o estudante deve imitar, rejeitar, e experimentar, por ele próprio, as práticas de enfermagem, os comportamentos e os conhecimentos adquiridos. É no ensino clínico que o estudante forma, de modo particular e progressivo, o seu sistema de valores, a sua forma de comportamento perante a profissão, o seu sentido ético, em função das suas características, das pessoas que cuida e das concepções de cuidados que apresenta acerca da enfermagem (Martin, 1991).

*“É muito importante sermos nós a prestar os cuidados, pois só assim é que aprendemos; só através do treino é que aprendemos a cuidar.” (E4)*

*“Na escola treinamos os procedimentos várias vezes, mas quando temos de efectuar os cuidados numa situação real é que verdadeiramente os aprendemos, porque deixamos de efectuar actos isolados, temos de relacionar todos os conhecimentos. Experimentamos novos procedimentos, aprendemos...” (E8)*

Todo o processo de ensino/aprendizagem é influenciado pela experiência do tutor, sua relação com o estudante, pelo planeamento do ensino e pela importância da participação activa do estudante em todo este processo; mas, para que isso aconteça, torna-se necessário conhecer as suas necessidades, expectativas e a realidade com a qual ele vai trabalhar. Assim, o tutor torna-se no principal mediador entre a motivação e a aprendizagem que precisa ser desenvolvida e experienciada na prática clínica.

*“O tutor surpreendeu-me. Surpreendeu-me o apoio e em termos de orientação, acho que não podia esperar mais, nem querer mais porque acho que deu o máximo. Sempre que precisava de apoio chegava lá, sempre que tinha qualquer dúvida chegava lá. Por vezes, não o questionava porque não surgia oportunidade, mas ele estava sempre a lembrar ... alguma dúvida, quer esclarecer alguma situação, tem algum problema ... sempre se mostrou muito disponível para me apoiar e aos colegas também, ... por acaso foi excelente.” (E3)*

Estudos recentes têm salientado a influência do ensino da ética na aprendizagem do estudante e do seu contributo a nível do desenvolvimento profissional no contexto da prática clínica, através do desenvolvimento de atitudes positivas face à aprendizagem. A participação activa, construtiva e autónoma dos estudantes face à aprendizagem substancia-se numa gestão adequada de recursos internos e externos, com vista à aquisição do objectivo pretendido e, actualmente, presume-se que seja um forte contributo na construção dos processos de pensamento.

*“Um aspecto que considero muito importante é estar motivada para aprender.” (E12)*

*“Um aspecto importante é estar aberta para aprender e agarrar as oportunidades.” (E11)*

Destes testemunhos, podemos verificar que os estudantes consideram ser fundamental para o desenvolvimento dos processos de pensamento a vontade que demonstram para aprender. O envolvimento no processo de aprendizagem é um aspecto também salientado por Anderson, Cederfjäll e Klang (2005), Gray e Smith (2009), Mill (2005), Mullan e Kothe (2010) e O’Keefe-McCarthy (2009) nos seus estudos.

Tal como outras disciplinas do conhecimento, a ética não é excepção; a sua diversidade e especificidade inerente a cada contexto da prática faz com que os estudantes apresentem uma maior dificuldade na tomada de decisão.

*“Sinto-me sempre muito confusa quando tenho de tomar alguma decisão que envolve questões éticas, penso que não é nada fácil.” (E9)*

*“De facto, admito que só agora me sinto preparada para poder participar nas discussões clínicas que envolvem decisões éticas. Nos anos anteriores eu já tinha conhecimentos, mas considero que neste momento esses conhecimentos estão mais sólidos porque possuo outra maturidade e também conhecimentos que adquiri em experiências anteriores de outra natureza.” (E12)*

Embora muitos autores se tenham dedicado à reflexão acerca das dificuldades com que se confrontam enfermeiros e estudantes de enfermagem na prática clínica, ainda não conseguiram identificar como é que a aprendizagem e o pensamento ético se desenvolvem na pessoa do estudante. Porque entendemos que só o próprio consegue expressar a sua forma de pensamento, recorremos com frequência às descrições.

As descrições acerca de casos reais da prática de cuidados são, sem dúvida, o modo mais adequado de conhecer os “meandros da consciência” de cada um, pois só através da “vida vivida” é que se poderá ter acesso à consciência individual, embora nunca de modo absoluto. É certo que transportamos sempre o nosso vivido para a interpretação de cada experiência sensível. Cada um vive o acontecimento sempre de modo particular de tal forma que, mesmo este sendo comum a várias pessoas, cada uma delas o relatará de forma distinta, pois cada consciência acede ao mundo através de um corpo fáctico, que transporta com ele as marcas do tempo e das vivências anteriores, num estilo sempre próprio.

O mundo vivido é o lugar onde os fenómenos acontecem, sendo nele que encontramos o sentido. Na realidade, a consciência é a fonte absoluta do sentido, mas esta consciência e este sentido são sempre situados num determinado contexto. Quando se narra uma situação real e particular, a pessoa que a está a narrar e que a viveu deixa, certamente, transparecer, não somente os factos conforme os sentiu e os viveu, mas também toda a reflexão que envolveu a situação, qualquer que tenha sido o momento ou os momentos em que ela ocorreu.

De facto, é a consciência enquanto fonte absoluta do sentido que é também fonte de toda a ponderação ético-moral. Cada consciência é invadida por um mundo particular e único, cada pessoa possui uma abertura ao seu mundo e ao dos outros que a cercam e

é neste contexto que poderemos perceber o modo distinto como emergem estas diferentes consciências no contexto eminentemente bioético do cuidar (França, 2003).

O desenvolvimento de competências pessoais e profissionais em contexto é, assim, a acção central do estudante em contexto clínico, possibilitando-lhe ser proficiente, ou seja, possibilitando a tarefa de aprender, promovendo o saber, o saber fazer, o saber ser e o saber estar, de forma a obter uma preparação efectiva para aprender ao longo da vida.

*“Antes de ir para o estágio eu tinha muitas expectativas, queria muito aprender, tinha efectivamente muita vontade de aprender a ser enfermeira” (E1)*

*“Quería aprender muito, aproveitar todas as oportunidades e desenvolver todas as competências que me fosse possível” (E3)*

Rosário, Núñez e Pienda (2006) identificam quatro aspectos determinantes que constituem o cerne para que o estudante consiga atingir a proficiência: i) possuir uma ideia definida e esclarecida dos objectivos que pretende alcançar; ii) estar consciente dos obstáculos que podem dificultar a sua aprendizagem; iii) utilizar estratégias de aprendizagem; e iv) controlar afectos e cognições.

Cada vez mais se considera importante estimular e desenvolver, no estudante, as competências que lhe permitem desempenhar um papel activo e construtivo no seu processo de aprendizagem. O foco de atenção tem estado centrado nas capacidades do estudante para regular a sua própria aprendizagem e nas competências dos tutores para criar ambientes favoráveis ao desenvolvimento dos processos de auto-regulação nos seus estudantes.

Os estudantes devem ser ensinados a compreender e utilizar os recursos pessoais que lhe permitem reflectir sobre as suas acções, exercer um maior controlo sobre os seus próprios processos e reforçar as suas competências para aprender (Pinto e Abreu ed. lit. 2009). É a posse consciente, conhecedora e controlada desses meios internos e externos que os pode levar a exercer um papel activo na construção dos seus saberes, na concretização das suas aspirações, na elaboração e direcção dos seus objectivos intelectuais, afectivos, sociais e profissionais, e a garantir-lhes uma integração activa e responsável no mundo de trabalho (Boekaerts, 1996).

Segundo Zimmerman (2000), a aprendizagem auto-regulada é *“o processo de auto-direcção, através do qual os alunos transformam as suas aptidões mentais em competências académicas”* (p.15). A auto-regulação da aprendizagem é um guião que

ajuda o estudante a orientar o seu agir (Valadares e Moreira, 2009). Ela sugere que cada um deve assumir o governo dos seus actos, a responsabilidade última por tudo aquilo que faz no contexto de cuidados e na vida. Por isso, só é possível aprender se existir vontade; esforço e luta são dois termos que fazem parte do aprender. Este guião de aprendizagem é composto por duas faces *will* e *skill* (vontade e competência).

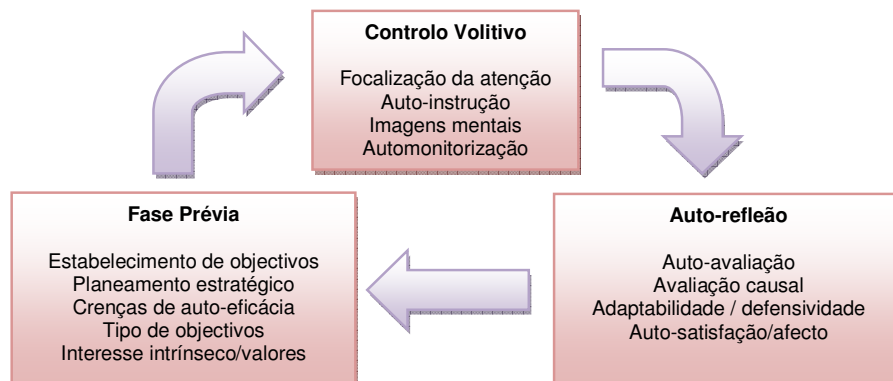
São muitos os autores que se têm dedicado ao estudo da abordagem da auto-regulação da aprendizagem, conceptualizando-a a partir de distintas linhagens teóricas (Boekaerts, 1995, 1996, 1999; Boekaerts e Niemirirta, 2000; Corno, 1993; Monteverde, 2009; Pintrich, 1994, 2000; Pintrich e De Groot, 1990; Rosário, 2004; Rosário et al., 2004, 2004<sup>a</sup>, 2005; Valadares e Moreira, 2009; Zimmerman, 1998, 2000, 2002; Zimmerman e Martinez-Pons, 1986, 1988), no entanto todas partilham de circunstâncias comuns. De facto, verificamos que o desenvolvimento do processo de pensamento nos estudantes de enfermagem se processa de forma crescente, no sentido do desenvolvimento humano defendido por Bronfenbrenner (1979/2002), assemelhando-se também às fases identificadas na aprendizagem auto-regulada pelo estudante.

Segundo a perspectiva sociocognitiva de Zimmerman (2002), os estudantes são encarados como construtores activos, facto também defendido por Bronfenbrenner (1979/2002) e referido pelos estudantes

*“Para mim é muito importante, como estudante e aprendiz de uma profissão, manter-me sempre activa, ser um membro participante. Assim, sinto que consigo melhorar a minha aprendizagem, sinto-me mais motivada e integrada, sinto-me como se fosse também membro da equipa”. (OP - Informal)*

Para Zimmerman (2000), os processos de aprendizagem dos estudantes podem ser descritos em três fases que se encontram representadas na fig. 11.

**Figura 11.** Fases do ciclo de aprendizagem auto-regulada



(Reproduzido de Zimmerman 2000:27, 2002:69)



A fase prévia refere-se aos processos e às crenças que influenciam e precedem os esforços dos estudantes para aprender, marcando o ritmo e o nível dessa aprendizagem. Nesta fase o estudante manifesta ter presente determinados objectivos que tem intenção de alcançar na prática, associados a estratégias que já tem no seu planeamento mental e algumas crenças de auto-eficácia. Os factores intrínsecos, nomeadamente o interesse (motivação) pela actividade e o tipo de objectivos que apresentam, são também factores importantes para o sucesso da aprendizagem e, conseqüentemente, do desenvolvimento dos processos de pensamento.

*“Eu já contava que o ensino clínico me corresse bem, porque usei algumas estratégias. Primeiro estudei bem todos os conteúdos das aulas que achei que poderia precisar, tinha falado com os colegas que estiveram nesse campo de estágio e já sabia mais ou menos como é que era e depois estabeleci para mim objectivos. Por exemplo, na primeira semana tinha de me conseguir integrar no serviço e fiz uma lista onde coloquei tudo o que tinha de saber e fazer. Na segunda semana tinha de efectuar certas técnicas correctamente e assim tudo correu bem.” (E6)*

*“Como gosto muito deste serviço, já o conhecia porque já tinha estado lá no ano anterior contava que o ensino clínico me corresse bem. No fundo sabia que iria gostar, que ia ter muitas oportunidades para aprender, não estava ansiosa, estava mais confiante” (E9)*

A fase de controlo volitivo é influenciada pela anterior e envolve os processos que ocorrem durante a aprendizagem afectando a tarefa e a monitorização da volição na direcção dos objectivos. Nesta fase, a atenção é focalizada para o estudante no sentido de proteger dos distractores. Para o desempenho das tarefas os estudantes socorrem-se de auto-instruções<sup>19</sup>, de modo a melhorar a aprendizagem e diminuir erros. A automonitorização também fornece informação sobre os progressos e fracassos face a um determinado critério de referência. Consoante os estudantes vão adquirindo as suas competências, a automonitorização das tarefas diminui, dando lugar à automatização das mesmas. Este facto pode facilitar a ocorrência de erros, uma vez que pode haver o relaxamento da atenção na tarefa.

*“Quando executo algum cuidado tento sempre concentrar-me ao máximo no que estou a fazer para não me distrair.” (E2)*

*“Sinto que neste momento já consigo executar alguns cuidados de forma mais autónoma, já não preciso de pensar em cada um dos passos que tenho de executar*

---

<sup>19</sup> Auto-instruções são verbalizações sobre os passos a empreender durante o desempenho das tarefas (Schunk, 1998).

*como por exemplo acontecia nos anos anteriores. Faço já algumas das coisas de forma um pouco automática, ...” (E10)*

Por fim, a fase da auto-reflexão envolve os processos que ocorrem após a aprendizagem. Face à sua natureza cíclica, esta fase influencia a fase prévia e os esforços conducentes à aprendizagem (Zimmerman, 2000, 2002). Nesta fase, o estudante efectua a auto-avaliação, ou seja, o estudante reflecte sobre a sua actuação no sentido de comparar os resultados obtidos com os objectivos delineados para a sua aprendizagem. Os processos de atribuição causal desempenham um papel importante na auto-reflexão porque ajudam os estudantes a identificar as fontes dos seus erros e a reorganizar o perfil estratégico da sua aprendizagem (por exemplo, um determinado insucesso pode ser atribuído a causas que podem ser alteradas: empenho individual, estudo insuficiente). Existem, no entanto, outros aspectos como as auto-reacções favoráveis e a satisfação pessoal que são igualmente importantes. As auto-reacções favoráveis promovem crenças positivas acerca de si próprio como estudante, promovem a percepção de auto-eficácia e orientações mais centradas nos objectivos de aprendizagem. Por seu lado, o aumento da satisfação pessoal no aprender incrementa a motivação.

*“Ainda não sei os resultados por parte do tutor mas sei que me está a correr bem. Sinto-me satisfeita com o meu desempenho.” (E11)*

*“Por vezes o nosso desempenho não é o melhor e temos de pensar sempre qual foi a causa desse insucesso. Às vezes, não temos bem presente a técnica, como se executam todos os passos e depois, claro, existe alguma coisa que falha, que não corre bem. O importante é pensar no que correu mal e corrigir esse erro. Por exemplo, se foi por falta de estudo, há que estudar. No dia seguinte, tenho a necessidade de mostrar à tutora que sei tudo o que me faltava saber no dia anterior”.*  
(E8)

Todas as fases encontradas neste estudo são concordantes com os de outros estudos, nomeadamente com os autores que se têm dedicado à aprendizagem regulada pelo estudante, independentemente do processo psicológico subjacente à auto-regulação da aprendizagem (Bandura, 1986; Bandura e Locke, 2003; Boekaerts, 1999, 1996, 1995; Boekaerts e Nieminiirta, 2000; Corno, 1993; Dweck, 1986; Garcia e Pintrich, 1994; Kanfer e Gaelick, 1986; Nicholls, 1984; Pintrich, 1994, 2000; Pintrich e Schrauben, 1992; Pintrich e De Groot, 1990; Rosário, Núñez e Pienda, 2006; Rosário et al., 2005, 2004, 2004a; Rosário, 2004; Silva et al., 2004; Valadares e Moreira, 2009; Weiner, 1992; Zimmerman e Martinez-Pons, 1988, 1986; Zimmerman, 2000).

Face a estes resultados, podemos concluir que, nos seus ensinamentos ou estágios clínicos, os estudantes ficam muito sensibilizados pelas vivências que têm, quer através das experiências significativas quer através de saberes prévios provenientes de vivências anteriores. Estas, exigem a transferência de saberes e processos reflexivos intensos, envolvendo o conhecimento de si e dos outros numa interacção onde intervêm valores pessoais e profissionais que permitirão tomar decisões éticas conscientes (Pinto ed. lit. 2009a, 2010; Pinto e Abreu ed. lit, 2009).



---

**CONCLUSÃO**



---

---

Este estudo fez com que, hoje, nós possuíssemos uma visão mais apurada acerca do processo de construção e desenvolvimento do pensamento ético, facto que nos permitiu olhar o estudante sob uma nova óptica. Nesse sentido, ao concluirmos esta investigação algumas reflexões emergem, embora não generalizáveis, pois elas integram-se num modelo de interpretação do real a partir das perspectivas dos estudantes participantes. Temos consciência de que, ao reflectirmos sobre as práticas, estamos a trilhar caminhos, a propor sugestões, e a contribuir para a sua aproximação à teoria, procurando compreendê-la.

Pensar no desenvolvimento do pensamento e de competências éticas nos estudantes em contexto clínico, sob uma perspectiva de desenvolvimento humano, implica ter em consideração factores intrínsecos aos estudantes (contexto do sujeito), à profissão (contexto da profissão), aos contextos de cuidados e aos próprios tutores (contexto da acção). Conjuguar estes factores como influenciadores do desenvolvimento do pensamento foi, sem dúvida, o fio condutor que procurámos manter ao longo deste percurso.

Estamos conscientes de que a investigação na área científica da Didáctica e Formação, mais especificamente a que se relaciona com a Supervisão, é um processo complexo, pelo que entendemos que o trabalho aqui apresentado se afigura apenas como um pequeno contributo para a compreensão do fenómeno em estudo, não sendo nossa pretensão, como já referimos, a generalização integral dos resultados obtidos.

Nas últimas décadas tem-se vindo a valorizar não o saber universal ou descontextualizado, fundamentalmente exterior ao sujeito, mas o sujeito produtor e construtor de saberes (Silva, 2007). Podemos, então, perceber que os termos “saber bagagem” ou “saber descartável” coexistem com uma outra concepção de saber e da sua relação com o mundo, ou seja, do “saber inter e intra subjectivo”, o qual se supõe ter uma racionalidade contextual e cultural tendo, por isso, subjacente uma política curricular orientada por uma lógica cultural “*onde se podem identificar actores que produzem saberes*” (Pacheco, 2002:122). Neste caso, o sujeito aprendiz (estudante) adquire a centralidade no processo cabendo-lhe, por um lado, a atribuição de sentido a uma realidade complexa, à qual não é alheia a sua história cognitiva, afectiva e social (Barth, 1996) e, por outro lado, a sua mobilização para autoproduzir a sua vida, utilizando-se a si próprio como recurso no processo de aprendizagem (Charlot, 2002; Silva, 2007).

O ponto de partida desta investigação apoiou-se na questão: *Como se desenvolve o pensamento ético no contexto da formação clínica nos estudantes de enfermagem?*

Esta questão fundamenta-se na nossa experiência como enfermeira na prática de cuidados e como docente numa Escola Superior de Enfermagem, há cerca de vinte anos, estimulados por alguns propósitos que nos conduziram neste processo investigativo, dos quais salientamos: i) o aumento da consciência dos direitos que assistem as pessoas, nomeadamente relacionados com a sua autonomia individual; ii) a situação actual da enfermagem enquanto profissão, assente num trajecto de afirmação da sua autonomia que se manifesta por um corpo de conhecimento próprio, pelo qual todos os membros da profissão são responsáveis; iii) a formação inicial em enfermagem como um dos factores mais importantes e estruturantes na construção dos processos de aprendizagem e desenvolvimento do pensamento nos estudantes; e iv) a formação ética dos enfermeiros como preocupação cada vez mais crescente, e relativamente à qual as escolas apresentam responsabilidades fundamentais.

A relevância deste estudo para a educação em enfermagem relaciona-se com o facto de que a experiência da prática clínica, como campo rico em experiências, deve ser acompanhada de estratégias pedagógicas adequadas promotoras do desenvolvimento de processos de pensamento para a tomada de decisão ética. A partir de práticas devidamente orientadas os estudantes relacionam os novos saberes com os saberes relevantes previamente adquiridos e disponíveis na sua estrutura cognitiva (Ausubel, 2003). Essa aprendizagem a partir da prática, permite ao estudante experienciar, sentir, pensar, agir, construir e desenvolver competências contextualizadas (Abreu, 2007). Conhecendo os significados atribuídos pelos estudantes às suas experiências éticas da prática de cuidados, de modo a conhecer os factores influenciadores do desenvolvimento das suas formas de pensamento, professores e tutores podem desenvolver uma didáctica congruente à natureza e necessidades dos estudantes, potenciando processos de aprendizagem significativa, segundo uma perspectiva de desenvolvimento humano.

Como sustentação teórica debruçamo-nos sobre vários pressupostos relacionados com os dilemas morais da prática de cuidados colocados à enfermagem, onde se conjugam os direitos da pessoa cuidada, os deveres profissionais, assim como as responsabilidades sociais mais alargadas dos enfermeiros, relativas aos princípios do respeito pelas pessoas, da beneficência e da justiça. Não questionámos os conceitos de direitos e de deveres, assumindo que o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça seriam globalmente aceites. Abordámos várias posições éticas, aceitando implicitamente que existe um vasto leque e um consenso, nem sempre bem claro na nossa sociedade, sobre o significado dos conceitos morais e princípios fundamentais. Apresentámos argumentos para as posições que vão desde um relativismo superficial ao idealismo



rigoroso; contudo, não deixamos de realçar a importância das virtudes, dos valores e dos princípios essenciais a todas as sociedades humanas, porque estão associados às relações fundamentais do poder e da responsabilidade que as pessoas partilham em todas as comunidades morais.

Do ponto de vista do processo de construção do conhecimento em enfermagem, que guia a prática do cuidar e as restantes actividades profissionais, explorámos um quadro de referência que englobou conceitos, valores, crenças e pressupostos que correspondem à concepção actual de cuidar em enfermagem. É sabido que, em cada cultura ou subcultura, por exemplo a nível das unidades de cuidados (internamento hospitalar ou centros de saúde), os enfermeiros possuem determinada concepção acerca do cuidar, concepção que é determinante na prestação de cuidados de enfermagem. Como é natural, as associações profissionais e, no nosso caso, a Ordem dos Enfermeiros, em 2003, aprovou um enquadramento teórico para a prática profissional (conceitos de saúde, pessoa, ambiente, cuidados de enfermagem) e enunciados descritivos, que incluem a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto-cuidado, a readaptação funcional, entre outros. Assim, é condição primeira que, para o desenvolvimento dos processos de aprendizagem e de pensamento em enfermagem, se possuam conhecimentos teóricos sustentados alicerçados em concepções teóricas actualizadas, nomeadamente acerca dos contextos de cuidados e dos cuidados de enfermagem, segundo uma perspectiva ecológica.

Explorámos, também, a importância da formação em enfermagem, nomeadamente em contexto clínico. Todo o processo formativo deve apontar no sentido de ser o mais significativo possível e com o máximo de autonomia para o estudante. Nesse sentido, o estudante aprende e desenvolve as suas formas de pensamento ético em contextos em que a sua estrutura cognitiva se torna particularmente rica, fruto do muito trabalho desenvolvido e da consequente familiarização nesse contexto. A produção intelectual de conhecimento pelo estudante é uma forma altamente original e criativa de produção de novos significados, que é influenciada pela forma como este é acompanhado em contexto clínico. Nessa óptica, clarificámos a importância da aprendizagem em contexto clínico, os modelos de acompanhamento e as estratégias para a obtenção de uma supervisão de qualidade, e as modalidades e estratégias que conduzem ao desenvolvimento de competências.

Os aspectos epistemológicos do desenvolvimento do pensamento ético em enfermagem não foram esquecidos. Neste contexto, é importante ter presente o facto dos

enfermeiros, frequentemente, se definirem tanto como pessoas quanto como agentes morais, em termos de sua capacidade de cuidar. Para alguns autores, como Noddings (2003), as estruturas psicológicas profundas podem ser responsáveis por este modo de definição. Contudo, existem diferenças típicas entre várias condutas que poderão ser adoptadas, em busca da ética, nos relacionamentos humanos. Nesse sentido, fazemos referência a vários autores que se dedicaram ao estudo da moralidade, desenvolvimento moral e ideologia moral, salientando as características da dimensão psicológica estruturadora de cada um, assim como da filosofia moral que as sustenta. Os aspectos relativos à decisão ética também são mencionados, nomeadamente a distância entre consciência e acção moral, terminando com a reflexão acerca do processo de formação e da aprendizagem da ética em enfermagem.

A clarificação do referencial teórico revelou-se fundamental para o desenvolvimento do processo investigativo. O conhecimento sustentado, ancorado em concepções de ensino-aprendizagem promotoras e impulsionadoras do desenvolvimento de formas de pensamento ético, revelou-se essencial no processo de formação em enfermagem. Deste modo, para se construir um verdadeiro instrumento de aprendizagem é exigida a definição clara dos objectivos propostos, bem como dos propósitos e enquadramentos que apoiem esses objectivos, requisitos fundamentais na promoção de estratégias didácticas a implementar. Só assim se conseguem formar profissionais eticamente autónomos, emancipados, criativos e reflexivos nas suas práticas cuidativas.

De facto, o conhecimento das actuais exigências em matéria da prestação de cuidados assume-se como um referencial para a selecção e desenvolvimento de estratégias ajustadas à formação dos estudantes de enfermagem. Por um lado, os estudantes face à natureza das situações clínicas, parecem mobilizar os recursos necessários de modo a tomarem decisões mais informadas que tenham em conta a autonomia da pessoa doente; por outro, a atitude do tutor, a supervisão individualizada, a reciprocidade na intervenção, a satisfação do estudante, a equidade na relação, o *feedback* contínuo, o respeito na relação e o sentido da verdade, principalmente em contexto clínico, parecem ser factores que se inscrevem numa didáctica de parceria entre tutor e estudante (Saarikoski e Leino-Kilpi, 2002).

Quando iniciamos este estudo a nossa compreensão sobre o fenómeno era ainda pouco clara e objectiva. Com o decorrer do tempo o foco central da investigação foi-se tornando mais claro e objectivo, o que nos permitiu “ver” e “compreender” o fenómeno tal como esperávamos alcançar. Pudemos, assim, identificar aspectos essenciais em todo o

percurso investigativo. A certeza da relevância dos ensinamentos clínicos para o desenvolvimento do pensamento ético nos estudantes de enfermagem transformou-se num marco determinante para a nossa questão de investigação, questões orientadoras, finalidades e objectivos.

A pesquisa e a reflexão inerentes à construção do enquadramento teórico que sustenta a nossa investigação foram, sem dúvida, essenciais em todo o processo. A reflexão sobre a natureza dos cuidados de enfermagem permitiu reforçar a compreensão da essência da profissão, evidenciando aspectos que se tornam fundamentais no processo de formação, mais especificamente os que se relacionam com os ensinamentos clínicos enquanto espaços privilegiados de formação e de desenvolvimento de competências.

A compreensão dos processos de supervisão de estudantes (mentorado) e de desenvolvimento da moralidade que sustentam este trabalho constituíram a pedra de sustentação de todo o processo, contribuindo para o planeamento da opção metodológica.

Tal como já referimos, o objecto desta investigação centra-se no processo de desenvolvimento do pensamento ético nos estudantes de enfermagem, resultantes da formação académica proporcionada. Para isso foi desenvolvido um estudo etnográfico (Goetz e Le Compte, 1988; Leininger, 1995), descritivo, tipo estudo de caso único (Yin, 2005), inserido num paradigma multimétodo (qualitativo e quantitativo), por nos parecer ser o que mais se adequava para responder à questão de investigação formulada.

Partimos para o trabalho de campo munidos de muitas dúvidas e incertezas e também das nossas concepções. Este revelou ser um percurso exaustivo e moroso, mas também desafiante e motivador. Exaustivo, porque tivemos de dispender de muito do nosso tempo, essencialmente para o tratamento e análise dos dados, face ao montante obtido; motivador, porque, apesar do cansaço, nos conseguiu fornecer momentos ricos de reflexão e aprendizagem.

Tendo como pressuposto conhecer e compreender como se desenvolve o pensamento ético nos estudantes ao longo do CLE em contexto da prática clínica, toda a recolha de informação teve como base os estudantes de enfermagem em contexto formativo de prática clínica; este facto exigiu um esforço no sentido de conciliar o período de recolha de informação com o da prática clínica.

Também de acordo com a metodologia adoptada, este estudo decorreu em três tempos distintos. Num primeiro tempo, foi identificada a orientação ética através da utilização de um questionário (EPQ); segundo constou de uma observação participante no sentido de identificar as formas de pensamento e quais os factores que influenciam ou dificultam o seu desenvolvimento. No terceiro tempo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com o objectivo de examinar e clarificar as informações recolhidas através da observação participante.

O tratamento da informação dependeu do método adoptado para a recolha de informação. Nesse sentido, para o tratamento do questionário recorremos à estatística descritiva (SPSS versão 16.0), para a observação participante baseamo-nos nos pressupostos defendidos por Spradley (1980) e para a análise do conteúdo seguimos os pressupostos de Vala (1989) e Bardin (1995).

Da análise dos dados acedemos aos processos de aprendizagem, às ideologias éticas e à filosofia moral individual dos participantes, facto que nos permitiu compreender a construção das formas de pensamento da moralidade no estudante de enfermagem. Verificamos que a aprendizagem da ética, em contexto clínico, é um sistema complexo que envolve vários saberes que vão desde o conhecimento adquirido (experiência vivida) ao conhecimento do outro (esfera pública), passando pelo conhecimento técnico-científico, conhecimento do contexto (enquanto espaço moral) e conhecimento de si (esfera privada). Realçamos que uma melhor compreensão dos dados pode ser efectuada consultando os documentos em suporte informático incluídos em anexo ao trabalho.

Do estudo salienta-se que a construção do pensamento ético ocorre em paralelo com a construção da aprendizagem. Como forma de pensamento complexo, o pensamento ético emerge da realidade e revela a complexidade do real, onde é necessário tomar decisões num contexto incerto e, por vezes, controverso. Aprender implica mudar comportamentos e juízos acerca das situações. Nesse sentido, aprender corresponde a uma capacidade de desenvolvimento humano, crescimento intelectual e aprendizagem significativa e auto-dirigida (Santos, 2003).

Após este estudo, o universo das questões éticas é muito menos balizado que no início do estudo. Tal como qualquer outro processo, o desenvolvimento do pensamento ético acontece segundo etapas ou fases que, muito embora estando em consonância com as defendidas pelos autores da aprendizagem auto-regulada (Bandura, 1986; Bandura e Locke, 2003; Dweck, 1986; Garcia e Pintrich, 1994; Kanfer e Gaelick, 1986;

---

---

Nicholls, 1984; Pintrich e Schrauben, 1992; Silva et al. 2004; Weiner, 1992; Zimmerman, 2000) e da construção da moralidade (Durkheim, 2008), consideramos três: maturação do pensamento, consolidação do pensamento e autonomização do pensamento.

A fase de maturação do pensamento, como primeira fase é, então, influenciada pelo grau de envolvimento do estudante na execução das actividades (motivação), pelas crenças acerca das competências pessoais para executar “bem” as suas funções (expectativas de auto-eficácia) e pelas crenças sobre os resultados que pode alcançar (expectativas de resultado). Nesta fase, o estudante desenvolve actividades simples (de menor complexidade) de modo a atingir os sentimentos fundamentais que estão na base do temperamento moral; é o tomar consciência dos valores que sustentam os ideais da “boa acção”.

*“A informação, sem dúvida foi um dos dilemas que senti, por vezes é difícil saber quem comunica o quê, não nos podemos nunca esquecer que o doente existe.” (E1)*

*“Eu sempre pensei que a enfermagem fosse uma profissão onde se respeitasse as pessoas. O sigilo profissional e a confidencialidade das situações é muito importante e nunca devem ser violados.” (E3)*

A fase seguinte, a da consolidação do pensamento, é influenciada pela concretização de acções de cariz um pouco mais complexo, habitualmente previamente planeadas pelos estudantes. Esta fase envolve a reflexão e estimula a aprendizagem e o desenvolvimento dos processos de pensamento no seu teor mais afectivo e motivacional, que lhe permite o conhecimento profundo sobre si próprio e sobre os outros, no sentido de delinear as estratégias mais favoráveis para a resolução de problemas. É nesta fase que se desenvolvem grande parte das competências éticas. Como ser moral, o estudante participa na tomada de decisão ética, o que quer dizer que os actos que executa apresentam já a existência manifesta de uma consciência com valor moral, que *a priori* deve ser consistente com o acto moral praticado e cuja finalidade última é o bem do outro.

*“... a senhora que estava a morrer, eu pensei ajudo ou não ajudo, se ajudo o que é que eu vou fazer, não tinha conhecimentos para ajudar uma pessoa a morrer...” (E5)*

*“Eu não ponho em questão fazer ou não (eutanásia) porque sei que não posso, o que eu ponho em prática eu sei o que é porque não chego ao ponto de questionar se estou a fazer certo ou errado. Faria sempre o certo, por mais que me custasse faria sempre o certo, mas na minha consciência o dilema põe-se, depois não sei se faria, mas o dilema põe-se e o principal foi mesmo esse.” (E6)*

A última fase, a da autonomização do pensamento, envolve a elaboração do juízo sobre os resultados alcançados e os desejados e pressupõe que o estudante desenvolveu todo um trabalho no sentido da conquista da sua independência e autonomia. O “bem” atrai a vontade, o desejo, ou seja, o “bem moral” ordena ou reclama do estudante a obediência a uma “lei interior” ou “ideal”, ao qual a sua sensibilidade apela. O estudante responde de forma livre, segundo a espontaneidade do ideal protegido. Compreensão, motivação, segurança e autonomia estáveis, são características desta fase.

*“Existem situações como esta de casos terminais que prestamos essencialmente cuidados de conforto, porque já não há nada a fazer para tratar a doença. Mas, mesmo que se saiba que tudo isso é verdade, depois chegamos a conversar com os familiares e, mesmo assim, questiono-me até que ponto é que a pessoa, deveria permanecer viva ou não face à condição em que se encontra. Realmente por vezes a vida parece injusta. Quando os familiares me perguntaram: «Mas o que é que acha? Acha que devia morrer ou que devia viver?» Respondi: Acho que se ainda está vivo é porque deve viver e por isso devemos tratar dele com dignidade.” (E11)*

*“Outro aspecto, como já disse, era a falta de privacidade quando se prestavam os cuidados, eu corria sempre as cortinas porque considerava que não era agradável para o doente ser exposto quando estava despido. Já era conhecida pela «menina da cortina». Uma vez no segundo ano de curso fui chamada à atenção sobre esse aspecto e a professora disse-me para me tentar sempre colocar no lugar do doente e pensar se gostaria que me fizessem o mesmo. Dei-lhe toda a razão, no fundo, na altura não conseguia pensar assim porque me preocupava mais com as técnicas que tinha de fazer que no caso era o banho no leito, mas posso dizer que esse foi um pormenor do qual nunca mais me esqueci.” (E10)*

*“Neste momento penso que todas as decisões que tomo tenho em consideração a autonomia da pessoa doente, porque nunca mais me esqueço uma vez quando estava a ajudar uma senhora no autocuidado higiene e, sem me aperceber, fui fazendo eu as coisas, quando de repente ela me disse de forma muito cordial e simpática que agradecia a minha amabilidade e simpatia mas que ainda tinha mãos para se lavar. De facto, nunca pensando em substituir a senhora, não contava ouvir essa resposta. Na escola tinha ouvido falar em respeitar a autonomia, mas na verdade essa margem que separa a minha autonomia da autonomia do outro é aprendida no contexto da prática.” (E12)*

Estes resultados levam-nos a concluir que nos ensinamentos clínicos os estudantes desenvolvem o seu processo de pensamento ético, num movimento crescente que se

---

---

inicia com o “aprender a pensar” (reflexão) através do conhecimento acumulado (teórico), de modo a desenvolver as bases da sua actuação profissional através do “aprender fazendo” (prática) de forma a atingir a transição com sucesso para o mundo do trabalho. Este desenvolvimento ocorre numa interacção recíproca e gradativa entre uma pessoa activa e o ambiente, onde a pessoa está em permanente crescimento e o ambiente em constante transformação (Bronfenbrenner, 2002).

Pensamos ser importante partilhar e discutir com algum pormenor os resultados com vista a desvendar o percurso a seguir. Para isso, num primeiro momento, reflectimos sobre os principais achados decorrentes da análise dos dados tentando responder às questões orientadoras e, seguidamente, destacamos as limitações deste estudo. Num terceiro momento apresentamos algumas sugestões que se reportam aos contributos para a prática que pretendemos sustentar, com vista a delinear as estratégias de ensino-aprendizagem que influenciam a aprendizagem da ética em enfermagem.

### **Conclusões**

Ao longo do percurso investigativo fomos identificando elementos que respondiam às questões de investigação e aos objectivos delineados para este trabalho. Outras dúvidas emergiram confirmando a complexidade do fenómeno em estudo. Contudo, este processo, apesar de mais moroso que o esperado, contribuiu para a correcta compreensão do fenómeno.

Como resposta à primeira questão de investigação: “*Qual a diferença na orientação ética dos estudantes entre o início e o terminus do curso de enfermagem?*”, apuramos que, ao longo do curso de enfermagem não se verifica existir diferença na orientação adoptada pelos estudantes, prevalecendo como dimensão ideológica o idealismo. Contudo, a dimensão (alto) idealista vai sendo mais marcada ao longo do curso. No primeiro ano o alto idealismo assume um *score* de 18.6%, no segundo ano um *score* de 22.1%, no terceiro ano o *score* adopta o valor de 23.9% e apenas no quarto ano esse *score* desce ligeiramente para 23.6%.

De facto, os estudantes manifestam orientar-se face a uma posição claramente marcada por uma dimensão idealista quando fazem os seus juízos perante situações éticas. Efectivamente, o desenvolvimento do estudante enquanto ser moral já está patente desde os anos mais tenros da sua idade; nele contribuem vários factores que vão desde a educação moral formal (religiosa) à informal (sociedade, família e escola).

Contudo, o desenvolvimento do estudante de enfermagem, sob o ponto de vista da moral, representa uma projecção de si perante um outro realizável, através da interacção e intervenção. Como profissão da área da saúde, a enfermagem realiza-se num contexto de interacção interpessoal constante onde, com frequência, ocorrem situações que nos colocam perante a fragilidade da vida actual e a incerteza da vida futura. Nesse sentido, na sua moralidade, possui as virtudes mais apuradas, os valores despertos e os princípios mais presentes. Perante o exposto, os estudantes revelaram estar conscientes da responsabilidade dos seus actos, facto que lhes permite assumir um modelo capaz de responder perante as situações clínicas da prática de cuidados.

Agir em benefício do outro (beneficência), fazendo o melhor pela pessoa cuidada, quer sob o ponto de vista técnico e assistencial, quer ético, ajudando-a e não lhe causando danos (não-maleficência), promovendo a sua dignidade e bem-estar, são princípios morais que os estudantes demonstraram ter presentes.

Ainda relativamente à ideologia ética adoptada pelos estudantes de enfermagem ao longo do curso, verificamos existir uma tendência para o absolutismo que vai sendo mais marcante com o decorrer do curso. O absolutismo apresenta assim um *score* de 18.6% no primeiro ano, um *score* de 21.0% no segundo ano, 22.9% no terceiro ano e no quarto ano mantém o *score* de 22.9%.

Adoptando como ideologia ética o absolutismo, os estudantes adoptam condutas em que acreditam que todas as acções envolvem ou se relacionam através do recurso a normas, regras ou princípios inalteráveis. Nesse sentido, socorrem-se das directrizes internacionais e dos códigos de éticas nacionais para justificar a legitimidade das suas acções.

Os absolutistas, nas suas concepções filosóficas subjacentes, recebem grande influência da deontologia, o que nos demonstra existir já alguma interferência da ética enquanto disciplina teórica.

Como resposta à segunda questão de investigação: “*Qual a natureza das situações éticas da prática de cuidados?*”, verificamos que os estudantes apresentaram dificuldades na sua nomeação, revelando-se evidentes quando designadas de “situações complexas”.

Os aspectos que foram referenciados como situações complexas e que, de forma mais ou menos profunda, condicionaram o desenvolvimento do pensamento ético dos estudantes, são de índole variada: atitude face ao cuidado no domicílio, vontade de viver,



---

---

confidencialidade, privacidade, direitos humanos, interrupção da gravidez, informação/consentimento, não-adesão ao regime terapêutico, confusão e coma, gestão do regime terapêutico, gestão de sinais e sintomas, capacidade para o autocuidado, angústia da separação, não-aceitação do estado de saúde, dor oncológica, eutanásia, morte e morrer.

Todas estas situações evidenciam ser experiências emocionalmente intensas que acompanham o ciclo de vida humano, desde o nascimento à morte, passando por situações de sofrimento relacionadas com a dor, mas também com a luta pela vida, a não-aceitação do estado de saúde, a angústia da separação, a confusão e o coma. Encontramos, também, situações relacionadas com questões éticas da prática de cuidados diária dos enfermeiros, de que são exemplos: a gestão e a não-adesão ao regime terapêutico, a confidencialidade, a privacidade, a gestão de sinais e sintomas e a capacidade para o autocuidado. Estas situações, muito embora menos marcantes, são igualmente importantes pelas questões éticas que levantam.

Existem determinadas situações que foram referenciadas, de que é exemplo a interrupção da gravidez e a eutanásia, nas quais o envolvimento do enfermeiro é mais indirecto. Ele pode ter uma opinião clara e bem fundamentada sobre o assunto e os princípios em questão, pode ser consultado como membro da equipa acerca de determinada decisão, pode mesmo, em casos especiais, participar na decisão institucional sobre o assunto, mas os verdadeiros dilemas morais que se lhes colocam estão relacionados com o seu envolvimento na tomada de decisão. Face a estas situações, o enfermeiro assume um papel subordinado; nesse sentido, o dilema surge quando o enfermeiro recebe instruções para fazer algo com que discorda.

Associados às situações complexas, os estudantes conseguiram identificar os valores que as envolveram. Perante as situações anunciadas foram identificados dois tipos de valores: terminais e instrumentais (Rockeach, 1973). Como valores terminais, foram identificados: o reconhecimento social, a vida confortável, a segurança familiar, o amor, a harmonia interior, a liberdade e a sabedoria; como instrumentais os estudantes enumeraram: o intelectual, o honesto, o lógico, o responsável e o educado.

Na globalidade, os estudantes demonstraram estar cientes das questões que dizem respeito aos seus próprios papéis e responsabilidades. Julgamos contudo, que a confrontação com situações emocionalmente intensas, como o sofrimento e a morte, implicam práticas de confronto consigo próprios, factor promotor de crescimento pessoal (desenvolvimento humano).

Tentando dar uma resposta à terceira questão de investigação: “*Que factores influenciam a construção do pensamento ético nos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem?*”, verificamos que os estudantes apresentaram uma multiplicidade de factores influenciadores, uns internos à pessoa do estudante e outros externos.

A nível dos factores internos à pessoa do estudante salientamos a existência de experiências anteriores e os aspectos motivacionais: o desejo de aprender, a procura constante das situações éticas como oportunidades de aprendizagem, o envolvimento nas decisões éticas e a reflexão sobre as práticas.

A nível dos factores externos à pessoa do estudante, verificamos a existência de factores contextuais, factores processuais e factores humanos que interferem e promovem o desenvolvimento do pensamento ético.

A multiplicidade de contextos, actividades e interacções colocam, indubitavelmente, desafios aos estudantes, condicionando as suas formas de pensamento. Nesse sentido, cada unidade de cuidados, quer através da sua estrutura física e organizativa, quer através dos modelos de prestação de cuidados adoptados podem promover ou dificultar a aprendizagem da ética em contexto clínico.

A nível dos factores processuais os estudantes relataram o conhecimento prévio do contexto e a metodologia adoptada no processo de integração, como sendo os principais factores que condicionam o desenvolvimento do pensamento.

A nível humano são identificados vários intervenientes: os enfermeiros da prática de cuidados, os tutores e a pessoa cuidada. Todos são considerados em termos do apoio e acolhimento proporcionado. Os enfermeiros da prática de cuidados afiguram-se como os referenciais para os estudantes. Dos dados obtidos, podemos nos aperceber que os enfermeiros da prática de cuidados revelaram ser uma influência positiva, contribuindo para a construção da forma de pensamento ético dos estudantes: através das suas atitudes na relação com os utentes; na concepção, prestação e gestão de cuidados; no apoio e orientação do estudante (esclarecimento de dúvidas), através das suas práticas, o enfermeiro influencia todo o processo de reflexão e construção do pensamento do estudante.

De facto, o contexto clínico, pela sua complexidade e pela mobilização dos múltiplos saberes que exige, pressupõe a interacção do estudante, o que representa um potencial formativo. É integrado na equipa de enfermagem que o estudante estabelece relações mais equitativas e próximas com os enfermeiros da prática, aprendendo com

---

---

eles uma “enfermagem prática”, facto que lhe facilita a inserção futura no mundo do trabalho. É através desta interacção entre o indivíduo, a formação e o contexto de trabalho, que todo o processo formativo de desenvolvimento do pensamento ético e de pensamento criativo ocorre.

São estas transformações que evidenciam o desenvolvimento do estudante enquanto pessoa e futuro profissional e, simultaneamente, influenciam o aparecimento de situações promotoras de desenvolvimento, tal como Bronfenbrenner e Morris (1998) defendem.

Na resposta à quarta questão de investigação: “*Que padrões de resposta são activados pelos estudantes quando confrontados com situações éticas?*”, analisámos as respostas dos estudantes face às situações complexas com que se deparavam no contexto de cuidados.

Ao longo do seu percurso de formação, os estudantes vão adquirindo saberes provenientes de experiências clínicas anteriores. Mas o processo de formação não se resume ao somatório ou acumulação de saberes e experiências adquiridas; ele constrói-se através de um processo de reflexão sobre a prática. Nesse sentido, os estudantes desenvolvem as suas competências num trajecto crescente de maturação pessoal. Nas suas primeiras experiências clínicas não possuem ainda a agilidade necessária que lhes permita mobilizar os saberes para o desempenho, sem dificuldades, dos cuidados. Os saberes e a prática advêm, exclusivamente, da componente teórica do curso e a visão da enfermagem ainda está muito direccionada para a vertente técnica, verificando-se a procura constante de experiências nessa área (instrumentais). Consoante vão progredindo no curso, o leque de saberes e experiências vai alargando, permitindo-lhes ter uma visão da enfermagem mais abrangente. Sendo assim, esperam ter oportunidade para praticar algumas experiências técnicas da profissão, área pela qual se sentem mais atraídos, valorizando também outras áreas de actuação. No último ano da formação, a conquista da segurança e da autonomia revela ser a maior das preocupações dos estudantes.

Do exposto, percebemos que os estudantes aprendem através das vivências da prática. Apesar de, na componente teórica do curso, existirem treinos simulados em laboratório, aquando das suas primeiras experiências os estudantes ainda se sentem inseguros, preferindo observar mais uma vez ou, pelo menos, uma vez em contexto real de cuidados para, posteriormente, serem eles os actores nos cuidados. A estratégia que os estudantes utilizam é a imitação acompanhada de reflexão-na-acção (Schön, 2000), e

corresponde à fase que Le Boterf (2005) denomina de experiência vivida, Kolb (1984) de experientiação activa e Abreu (2007) de fase inicial.

Posteriormente, os estudantes reflectem sobre o que fizeram, fazem uma reflexão-sobre-a-acção (Schön, 2000). De igual forma, corresponde à fase que Le Boterf (2005) chama de explicitação, Kolb (1984) de conceptualização abstracta e Abreu (2007) de fase experimental.

Segue-se a reflexão sobre a reflexão-na-acção (Schön, 2000), que segundo Abreu (2007) acontece ainda na fase experimental, em Kolb (1984) na da observação reflexiva e em Le Boterf (2005) na de explicitação. Nesta fase, os estudantes reflectem de forma a conseguir construir esquemas ou modelos que os conduzem à compreensão da acção, promovendo o seu crescimento.

Por fim, o estudante faz a transferência da aprendizagem efectuada para novas situações de forma segura, independente e autónoma. Kolb (1984) denomina esta fase de experientiação concreta, Le Boterf (2005) de transferência e Abreu (2007) de autonomização.

A aprendizagem experiencial ocorre sempre da mesma forma ao longo das práticas clínicas, permitindo aos estudantes desenvolver e aperfeiçoar as suas competências e processos de pensamento, de forma construtiva e satisfatória.

A par da aprendizagem experiencial ocorre o desenvolvimento de padrões de conhecimento, tal como Carper (1996) sustenta. Das descrições depreendemos que, por vezes, os estudantes apresentam dificuldades no padrão de conhecimento empírico, mas reconhecem as próprias emoções, ou seja, desenvolvem um conhecimento de si, dos seus limites e possibilidades. Este tipo de conhecimento (pessoal) permite-lhes estabelecer um relacionamento autêntico com o outro (conhecimento estético). O padrão de conhecimento estético torna-se visível na acção, mas também pode ser observado na forma como os estudantes narram determinadas situações (Carper, 1996).

O padrão de conhecimento ético também aparece com frequência; no entanto, as questões mais vinculadas são as relacionadas às condutas assumidas pela equipe de saúde, particularmente a de enfermagem, e às falhas da instituição que comprometem o atendimento dos utentes. O questionamento acerca dos objectivos estabelecidos para sua própria acção e as decisões tomadas aparecem de forma ainda discreta.

Como é óbvio, o conhecimento ético pressupõe a existência prévia de conhecimento empírico. Durante o seu percurso de formação, os estudantes apresentam

---

---

ainda algumas lacunas no conhecimento empírico a nível dos referenciais éticos. Contudo, apesar das lacunas existentes os estudantes questionam-se acerca das razões que justificam as opções tomadas. Também constatamos, através da nossa permanência no campo, que o conhecimento empírico é o de mais fácil detecção noutras áreas do conhecimento de enfermagem que não a ética.

Como resposta à quinta questão de investigação: “*Qual a influência do ensino da ética ao nível do juízo moral nos estudantes de enfermagem?*”, verificamos que a componente ética teórica do curso, embora não introduzindo alterações muito marcantes na ideologia ética e filosofia moral individual do estudante, ao longo do curso, influencia o desenvolvimento do seu pensamento ético.

É notório, pelos testemunhos dos estudantes, que eles apresentam dificuldades quando se confrontam com a prática clínica. Embora o contexto da prática, enquanto espaço, seja visto como um contexto amplo em experiências e aprendizagens, enquanto tempo, constitui uma etapa geradora de stress e ansiedade, dominada pela incerteza dos casos da vida real, em constante mutação. A inexperiência e o medo de errar são citados como os maiores receios dos estudantes. Na prática, cada estudante tem de conquistar a sua autonomia enquanto aprendiz, através de um processo de integração e socialização eficazes. As suas maiores dificuldades prendem-se com as estratégias utilizadas na integração no contexto, o desconhecimento da unidade de cuidados, o acolhimento na unidade de cuidados e os métodos de trabalho adoptados pelos enfermeiros. Ainda no seu processo de integração, uma das dificuldades mais visíveis nos anos iniciais do curso é o estabelecimento de uma relação interpessoal com a pessoa cuidada e a utilização da classificação internacional da prática de enfermagem.

De facto, a fase de integração no contexto reveste-se de especial relevo porque é nela que os estudantes aprendem os valores, compreendem as interligações e as relações de poder, interiorizam as normas e os procedimentos estabelecidos para assumirem o seu papel activo de aprendizes e futuros profissionais. Desse modo, cada estudante deve trabalhar no sentido da construção da identidade profissional futura, compreendendo o sentido social, cultural e simbólico da profissão com vista à conquista da sua autonomia enquanto estudante e futuro membro da profissão.

O ensino ou estágio clínico em enfermagem remete-nos para a existência de diferentes espaços de formação, cada um dos quais cometidos de responsabilidades e papéis específicos ao longo do processo de formação. Wong e Wong (1987) admitiram que a prática clínica é uma componente essencial na formação dos profissionais,

designando-a de “coração” da educação profissional e cujos objectivos são *“preparar os estudantes para a aplicação de conhecimentos adquiridos previamente, nos cuidados a prestar aos utentes; adquirir habilidades pessoais e profissionais, atitudes e valores, necessários à socialização profissional”* (p.505).

No curso de enfermagem é indispensável a existência de uma formação prática que, de alguma forma, alterne com a formação teórica, onde é meta última a produção e desenvolvimento de competências. É no agir em situação que se desenvolvem as diversas formas do saber, dito de outro modo, é através da acção em contexto real de cuidados que a ciência e a arte de enfermagem se formam em um todo integrado.

Dos relatos expostos, os estudantes admitiram ter adquirido na componente teórica do curso, ao longo do seu processo de formação, competências instrumentais, interpessoais e sistémicas que lhes permitiram ter alcançado a preparação desejada para a sua actuação futura. Salientam que as competências interpessoais, na medida em que envolvem sentimentos, relação com o outro, são as de mais difícil alcance porque só em situação real conseguem ser desenvolvidas na sua plenitude.

Não restam dúvidas que é necessário uma articulação entre os dois espaços de formação para que os estudantes possam desenvolver as competências clínicas que lhes permitam construir um processo de pensamento ético efectivo para a tomada de decisão clínica. O desenvolvimento de competências éticas não só servirá para facilitar a transição do contexto escolar para o do trabalho e para uma melhor socialização profissional, como também para potenciar o seu desenvolvimento pessoal e social. No contexto da prática, os estudantes podem potenciar a aprendizagem da ética através do desenvolvimento de processos de pensamento uma vez que estão mais próximo, quer com um padrão de horário mais contínuo da unidade curricular, quer com o tutor. Afastados da escola, em pequenos grupos, os estudantes podem reencontrar o sentido do trabalho que desenvolveram, o reconhecimento das suas capacidades e tornarem-se mais cooperantes uns com os outros através da partilha de experiências, tarefas e desafios.

A esse propósito, os estudantes referiram que a troca de experiências em reuniões semanais foi um dos aspectos que se revelou de interesse para o desenvolvimento pessoal, especialmente nos primeiros anos de curso. Essencialmente, elas facultam o desenvolvimento do pensamento crítico, uma vez que, através do testemunho e das experiências dos colegas são reproduzidas situações, discutidas estratégias de actuação e referenciais de fundamentação teórica, que permitem chegar a

consensos acerca das situações. Enquanto estratégia de desenvolvimento do pensamento, os estudantes também fazem alusão aos diários de aprendizagem, referindo-se a eles, primariamente, como “uma obrigação”, mas que ao longo do processo formativo, são momentos “ricos de reflexão”.

De facto, da articulação entre teoria e prática surgirão benefícios mútuos não só para os estudantes mas também para os professores e ainda para as instituições envolvidas. Conhecendo melhor a realidade, a escola identificará os problemas e poderá fazer uma aproximação entre os conteúdos programáticos e os problemas mais sentidos no contexto da prática.

Relativamente à sexta questão de investigação: “*Como é que se pode auxiliar o estudante a integrar o conhecimento ético teórico, na prática clínica?*”, verificamos que este envolve vários intervenientes, dos quais os principais actores são, para além do estudante, os professores, os tutores e os enfermeiros da prática de cuidados, assim como o próprio contexto de cuidados.

Ao reflectir sobre as metodologias de orientação de estudantes verificamos que esta deve ser considerada numa perspectiva triangular professor ou tutor / enfermeiro / estudante, já que todos eles são actores sociais em interacção constante no período de ensino clínico e, como tal, importantes no “processo de socialização” na passagem de estudante a enfermeiro. Na realidade, os enfermeiros da prática constituem um “recurso-chave” da aprendizagem, necessitando porém de serem motivados e orientados nos métodos de ensino para se utilizarem e implicarem de forma efectiva no processo de ensino/aprendizagem (Oliveira e Neves, 1995).

Formar enfermeiros converge com a formação de cidadãos competentes em que se encontram resumidas as seguintes características: autonomia, selectividade, premeditação, interacção social, cooperação, flexibilidade e criatividade. Um modelo de aprendizagem que atenua as necessidades do tempo actual, que acredite que o estudante deve receber a informação pronta e ter como única tarefa repeti-la na íntegra, demonstra ser desajustado.

A promoção da aprendizagem deve fundamentar-se num modelo dinâmico, no qual o estudante é o actor principal, um membro activo, com todos os seus saberes e interconexões mentais. A verdadeira aprendizagem ocorre quando o estudante descodifica, (des) e (re) constrói o conhecimento de forma a obter conceitos sólidos sobre o mundo, o que vai possibilitá-lo a “agir” e “reagir” diante da realidade.

Estamos convictos de que, no mundo actual, já não existe espaço para a repetição automática, para a falta de contextualização e para a aprendizagem que não seja significativa. Efectivamente, todos os referenciais teóricos são importantes porque sem eles as nossas concepções seriam erradas. Mas, quando se fala na formação em enfermagem, é a estratégia e não o conteúdo que definem o seu resultado. De facto, o resultado é conseguir enfermeiros capazes para gerir situações éticas complexas, decidir com autonomia e responsabilidade, adaptando-se a novas situações (plasticidade), mantendo a actualização contínua e trabalhando em interdisciplinaridade.

Mas para que isso aconteça, é necessário em primeiro lugar, que o estudante possua disposição para aprender e, em segundo lugar, que o conteúdo a ser aprendido seja potencialmente significativo, ou seja, ele tem que ser lógico e psicologicamente significativo. O que é sugerido é a participação activa do estudante, o que supõe a participação pessoal na construção dos seus saberes, de maneira que eles não sejam uma repetição ou cópia dos enunciados pelo formador (professor, tutor ou enfermeiro) ou pelos livros, mas uma reelaboração pessoal.

Por outro lado, o formador, como perito da sua área de conhecimento, é uma ferramenta do saber do estudante. Se ele for um entusiasta na sua área de domínio e for capaz de transmitir esse entusiasmo ao estudante, este, por sua vez, poderá ter um interesse crescente e seguir o mesmo caminho.

Uma forma de facilitar a aprendizagem dos referenciais teóricos na prática clínica, através das estruturas do aluno, consiste na mediação das experiências de aprendizagem em contexto da prática. O formador (professor, tutor ou enfermeiro) tem aí um papel preponderante, quer na selecção dos casos reais mais favoráveis à aprendizagem quer na motivação para a mesma. Os casos de aprendizagem devem ir aumentando gradualmente em complexidade e possuir algum grau de discordância ou conflito que represente desequilíbrio a partir do qual, mediante processos reflexivos, o estudante consiga conquistar o reequilíbrio, superando a discordância através do desenvolvimento de competências éticas e da reconstrução de saberes.

Nóvoa e Finger (1988) referem que a formação deve desenvolver, nos estudantes, as competências necessárias para mobilizar, em situações concretas, os recursos teóricos e técnicos adquiridos. Costa (1995) acrescenta que, pela sua própria natureza, as situações práticas não implicam uma aplicação directa e linear da teoria. Contudo, existem situações práticas que manifestam incerteza, singularidade, instabilidade e conflito de valores, exigindo um processo de reflexão e de interpretação. Por sua vez,



---

---

Figueiredo (1995) defende que o mundo da prestação de cuidados de enfermagem é construído a partir de situações em que não pode haver respostas certas nem procedimentos padrão e em que o domínio das teorias e das técnicas não nos dão garantias de competência profissional.

Por outro lado, o ambiente também deve ser promotor de aprendizagem. Uma vez que é no agir em situação que se desenvolvem as competências, o ambiente de cuidados deve ser criteriosamente seleccionado, deve conter experiências ricas quer em termos de variabilidade quer em termos de profundidade dos conteúdos.

No sentido de diminuir o desfasamento entre teoria e prática na formação em enfermagem, Nóvoa e Finger (1988), a propósito da educação de adultos, propõem que se desenvolvam estratégias de formação que viabilizem uma ligação estrutural entre os espaços de formação e de trabalho. Nestes espaços de formação deve contemplar-se o “aprender” e o “fazer”. Esta ideia é partilhada por outros autores. Uns salientam que os enfermeiros da prestação de cuidados e os docentes de enfermagem devem funcionar de tal forma que se possam enriquecer mutuamente com as contribuições de cada uma das partes (Guerrish, 1992). Outros acrescentam que um “ensino de parceria”, em que os pares (professores, enfermeiros e tutores) colaborassem e reflectissem criticamente nas suas experiências de trabalho, poderia promover a resolução de problemas e evitar a sensação de isolamento sentida por muitos docentes (Mendonça, 1996).

De facto, a concretização da aprendizagem da ética em contexto clínico passa por o tutor, professor ou enfermeiro, enquanto mediadores da aprendizagem do estudante, entenderem os passos da (re)construção do conhecimento:

- i) Sentir – toda a aprendizagem assenta num significado contextual e emocional;
- ii) Perceber – após contextualizar, o estudante carece de perceber as características específicas do que está a ser estudado;
- iii) Compreender – acontece quando se dá a construção do conceito, o que garante a possibilidade de utilização do conhecimento em diversos contextos;
- iv) Definir – significa esclarecer um conceito, o estudante define por palavras suas o conceito para que este seja claro;
- v) Comparar – após definir, o estudante precisa relacionar logicamente vários conceitos;
- vi) Discutir – o estudante formula uma cadeia de raciocínio através da argumentação;

vii) Transformar – o estudante (re)constrói o conhecimento de forma a poder intervir na realidade (transformação).

O fim último da aprendizagem é a intervenção na realidade; sem esse propósito, qualquer aprendizagem é inócua. A conduta através destes passos passa pela atitude do professor ou tutor no sentido de levar o estudante a intervir de forma autónoma e efectiva.

### **Limitações do estudo**

Ao finalizar este trabalho, não podemos deixar de ter em conta algumas limitações que fomos sentindo ao longo da sua realização e que nos pareceu pertinente partilhar. A sua pertinência revela-se de interesse, uma vez que nos permite compreender melhor as dificuldades sentidas, assim como alguns propósitos que se impuseram na interpretação dos dados obtidos.

Consideramos, assim, as possíveis limitações inerentes a um estudo de caso que, nesta investigação, tem limitações relativas às fontes de informação, pois na sua essência usamos a informação recolhida e produzida pelos estudantes de enfermagem face aos seus processos de pensamento. Consideramos que a informação de alguns informantes privilegiados, tais como: professores, tutores e enfermeiros da prática, poderia ter sido usada para uma compreensão mais abrangente das potencialidades da construção do pensamento e da aprendizagem da ética, ao longo do curso de licenciatura em enfermagem.

Uma outra limitação inerente ao trabalho relaciona-se com as opções metodológicas do mesmo, face aos instrumentos de recolha de informação utilizados, que impunham o acompanhamento e observação dos alunos em contexto da prática clínica ao longo de um dos seus períodos de ensino ou estágio clínico, obrigando-nos a efectuar um esforço e um planeamento que exigiu a nossa presença em simultâneo com as nossas actividades docentes, exigindo um grande esforço a nível da organização e de capacidade de trabalho da nossa parte. De salientar que a nossa actividade de investigadora num contexto nunca foi coincidente com o papel de docente nesse mesmo contexto.

O contexto foi outro dos factores que gerou limitações. Na sociedade actual as unidades de cuidados de saúde tendem a limitar o número de pessoas que transitam diariamente em cada contexto não permitindo, por isso, que um grande número de

estudantes desenvolva a sua prática clínica na mesma unidade de cuidados. Esta conjuntura institucional limitou-nos a observação a um menor número de estudantes em cada unidade de cuidados, facto determinante da decisão do número de participantes por cada ano de prática clínica. Acresce também que, para a efectiva participação dos diferentes actores na investigação, era necessário manter um determinado nível de motivação para a mesma, sendo mais fácil a sua efectivação com um menor número de participantes.

De referir a dificuldade sentida pela quantidade de material que fomos recolhendo no decorrer do trabalho, o que exigiu um grande esforço no sentido do seu tratamento e análise. Acrescentamos também que, apesar da observação feita, sentimos dificuldades em conjugar a maioria das nossas notas de campo com as narrativas das entrevistas e os dados provenientes dos questionários. Este trajecto de tratamento, análise e triangulação dos dados, pela sua complexidade, levou a que toda a análise por nós elaborada fosse revista com algum distanciamento do tratamento inicial. Este aspecto revelou ser pertinente no percurso do desenvolvimento do trabalho e sedimentação de saberes, mas também um factor de atraso no cronograma que tínhamos inicialmente projectado.

Para finalizar, não queremos deixar de mencionar que, na sua maioria, estas limitações foram emergindo no decurso do processo investigativo e que, na medida em que as fomos identificando, procedemos a reorganizações, tentando sempre cumprir os limites que nos tínhamos imposto. Consideramos que o envolvimento em todo o processo por períodos prolongados foi fundamental para o desenvolvimento das nossas competências de investigação. De igual modo, sentimos que sempre que surgia um intervalo, muito embora importante porque nos proporcionava um distanciamento dos dados, mas sobretudo quando o intervalo foi mais longo, dificultou o nosso processo de desenvolvimento, na medida em que havia necessidade de um novo período para reintegração e envolvimento no mesmo nível no processo investigativo.

### **Subsídios para a formação dos enfermeiros**

Ao longo deste trabalho fomos identificando aspectos que carecem de reflexão e de mudança nos contextos da formação em enfermagem, de modo a otimizar o desenvolvimento dos processos de construção e desenvolvimento do pensamento ético nos enfermeiros, em contexto da sua formação inicial. Nesse processo reflexivo, salientam-se algumas implicações que emergem deste estudo a diferentes níveis,

nomeadamente: a nível da formação, principalmente a nível dos contextos de ensino, dos processos supervisivos e da formação dos supervisores; a nível do currículo, sobretudo no que se refere ao projecto de adequação do novo plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem; e, a nível da investigação, particularmente no que se refere ao foco da investigação, à metodologia utilizada e a novos trabalhos de investigação a serem desenvolvidos.

#### *A nível da formação*

Ao tentarmos identificar as implicações que este trabalho possa ter ao nível da formação em enfermagem e, nomeadamente, no que respeita aos contextos de ensino, verificamos que relativamente à formação de enfermeiros existe legislação que prevê a colaboração das instituições de saúde e dos enfermeiros na formação em enfermagem. Esta cooperação assenta no que é legalmente preconizado por um Despacho Ministerial. De facto, existem interligações entre as escolas e certas instituições ou unidades de cuidados, mas é, essencialmente a instituição escolar a grande responsável por todo o processo de ensino/aprendizagem, liderando nas práticas clínicas dos estudantes.

É a instituição escolar que define e selecciona as unidades de cuidados que se lhes apresentam como as mais adequadas à aprendizagem dos estudantes, é ela que planeia os ensinamentos ou estágios clínicos e, na sua maioria, é também a principal responsável pela orientação e avaliação da aprendizagem dos estudantes. O próprio Despacho, anteriormente referido, relata que é da competência dos enfermeiros docentes orientar e avaliar a aprendizagem prática dos estudantes, ainda que com a colaboração dos enfermeiros das respectivas unidades de saúde.

Com a integração do ensino de enfermagem a nível do ensino superior, e com as alterações no modelo de formação em enfermagem, saiu nova legislação que aponta para a necessidade da existência de uma colaboração entre instituição escolar e instituições de saúde. A enfermagem, enquanto ciência e arte, apenas pode ser adquirida através da execução directa de cuidados de enfermagem, onde os estudantes necessitam de se identificar com um modelo onde conste uma prática clínica. Nesse sentido, o estabelecimento de parcerias entre as instituições escolares e as instituições de saúde, com vista a melhorar a aproximação dos objectivos educacionais surge como uma boa opção estratégica.

De igual modo, a incorporação e o investimento na criação de Unidades de Referência, que num trabalho de co-responsabilização entre os estabelecimentos de ensino e os serviços prestadores de cuidados de saúde, colaborassem de forma construtiva na formação inicial, graduada e pós-graduada em Enfermagem, tendo como fim último a formação de qualidade, seria também outra óptima estratégia. Há que tomar consciência de que a orientação em parceria criou uma nova dimensão territorial que obriga professores, tutores e enfermeiros, em conjunto, a recriarem a sua identidade e as suas práticas (Nóvoa, 1992).

Desta forma, as unidades de referência constituem campos ricos de aprendizagem e desenvolvimento dos processos de pensamento e de competências éticas nos estudantes. São unidades onde podem ser implementadas metodologias de ensino que privilegiem a singularidade e especificidade de cada estudante. Na sua essência, estas unidades caracterizam-se por prestarem serviços diferenciados, de acordo com as necessidades e prioridades em saúde, onde se envolve a vertente investigativa com vista à produção de materiais que servirão de referência aos grupos de estudantes, face aos cuidados a serem prestados. De igual forma, estas unidades permitem, ainda, melhorar a inclusão do estudante no verdadeiro mundo do trabalho através do desenvolvimento das suas competências.

A importância desta orientação em parceria na formação dos estudantes e futuros profissionais de enfermagem reside no facto de cada um dos orientadores clínicos contribuir com os saberes e competências que melhor domina, tornando a formação dos estudantes mais completa, coerente e consistente, o que, segundo Malglaive (1997), é hoje um verdadeiro trabalho de gestão pedagógica.

Como é óbvio, a didáctica da formação em enfermagem tem um papel fundamental no processo de desenvolvimento do estudante enquanto pessoa, pelo que se torna necessário que quem os orienta (professores, tutores e enfermeiros) possua formação na área da supervisão de estudantes. A “preparação para a tarefa” leva a implementar novas estratégias de supervisão, levando a ver o estudante como uma “pessoa em crescimento”, facto que, acreditamos ser fundamental para o desenvolvimento do pensamento ético do estudante, uma vez que estando comprometido com o cuidar, se ganha prazer pelo aprender.

### *A nível do currículo*

A Escola Superior de Enfermagem do Porto identifica-se como uma instituição pública de ensino superior, com elementos distintivos no plano nacional e internacional ao nível da excelência da formação de enfermeiros e da criação, transmissão e difusão da cultura, do saber, da ciência e tecnologia, através da articulação do estudo, do ensino e da investigação. Nesse sentido, a ESEP, tem por missão: i) proporcionar ciclos de estudos, bem como outros programas de formação, orientados para o desenvolvimento de competências no domínio da enfermagem; ii) promover investigação e programas de desenvolvimento geradores, quer de novo conhecimento disciplinar, quer de inovação em saúde; e, iii) promover a sua articulação com outras organizações e redes nacionais e internacionais.

Efectivamente, a partir da integração do ensino de enfermagem no ensino superior, as escolas de enfermagem precisaram de construir currículos que dialogassem continuamente com a vida, com o quotidiano. Tendo em conta as alterações no modelo de formação em enfermagem introduzidas com o Processo de Bolonha, a escola passou a centrar-se mais no estudante, nomeadamente no modo como este desenvolve a sua aprendizagem, devendo despertar neste a curiosidade e interesse. Para isso, são necessários bons gestores e educadores, bem remunerados e formados em conhecimentos teóricos, em novas metodologias e no uso das tecnologias de comunicação actuais. Educadores que organizem mais actividades significativas, que sejam efectivamente mais mediadores do que informadores.

A escola precisa cada vez mais de incorporar o humano, a afectividade, a ética, mas também as tecnologias de pesquisa e comunicação, em tempo real. Mesmo compreendendo as dificuldades que o país atravessa neste momento, a escola que hoje não oferece uma base na tecnologia da informação evoluída, deixa de oferecer oportunidades importantes na preparação do estudante para o seu futuro profissional.

Aprender exige envolver-se, pesquisar, ir atrás, produzir novas sínteses fruto de descobertas. O modelo que consiste em transmitir conteúdos e receber a sua devolução é ridículo. Com tanta informação disponível, o importante para o educador é encontrar a ponte motivadora para que o estudante desperte e saia do estado passivo, de espectador. Aprender hoje é buscar, comparar, pesquisar, produzir, comunicar. Só a aprendizagem viva e motivadora ajuda a progredir, a desenvolver o crescimento pessoal. Hoje, milhões de estudantes passam de um ano para o outro sem pesquisar, sem gostar de ler, sem situações significativas vividas. Não guardam nada de interessante do que

fizeram a maior parte do tempo. Há uma sensação de inutilidade em muitos conteúdos aprendidos só para se livrarem das tarefas ou disciplinas obrigatórias; e isso chega até à universidade.

O sucesso pedagógico depende, também, da capacidade de expressar a competência intelectual, de mostrar que conhecemos de forma pessoal determinadas áreas do saber, que as relacionamos com os interesses dos estudantes, que podemos aproximar a teoria da prática e a vivência da reflexão teórica. A coerência entre o que o professor diz e o que faz é um factor importante para o sucesso pedagógico. Se um professor une a competência intelectual, a emocional e a ética, causa um profundo impacto nos estudantes. Estes, muito embora por vezes pareçam distantes, estão muito atentos à pessoa do professor, não somente pelo que diz, mas também pela junção e coerência do que diz com o que faz. Para isso, um factor fundamental é que o professor seja um perito na área para a qual está a preparar os estudantes.

De igual forma, também o currículo escolar deve sustentar-se numa reformulação profunda baseando-se em unidades curriculares que componham um tronco comum e outras que sejam transversais, todas interligadas entre si. Nessa organização curricular, defendemos que o ensino da ética deve estar contemplado como unidade curricular isolada, transversal às unidades curriculares do tronco comum, devendo ser iniciada, não numa fase muito inicial do curso, mas que deve abranger o ensino teórico e prolongar-se ao longo da prática clínica. Este prolongamento pode ser conseguido através das estratégias referidas a nível da formação.

Na actual versão do currículo da ESEP, o desenvolvimento do pensamento ético pode ser operacionalizado na prática clínica, através das estratégias atrás referidas, mas também prolongando a reflexão ética da unidade curricular de Bioética do 2.º ano do curso com a de Cidadania do 4.º ano. Para isso, seria necessário estabelecer um trabalho com uma abordagem transversal e integrada no desenvolvimento do currículo.

#### *A nível da investigação*

No contexto actual em que se encontra a formação em enfermagem, torna-se inevitável dar continuidade ao trabalho por nós iniciado, e que hoje entendemos ser como um início ou primeira etapa para compreendermos todo o processo de construção do pensamento ético dos enfermeiros.

Sustentando a importância da compreensão desta problemática e, tendo em conta os novos paradigmas de formação, pretendemos a partir destes resultados, manter a nossa investigação sobre o desenvolvimento do pensamento ético em contexto clínico. Para isso, a nível do foco da investigação, pretendemos englobar o ponto de vista dos orientadores clínicos que nos podem facultar uma visão quanto às alterações que se operam no estudante e às estratégias que poderão ser utilizadas para facilitar o desenvolvimento dos processos de pensamento ético. A nível da metodologia, pensamos aplicar o questionário (EPQ) face a várias situações da prática de cuidados (casos clínicos ou dilemas), avaliando seguidamente a orientação ética do estudante.

Todo este processo de investigação permitiu equacionar um conjunto de dimensões que atravessam toda a formação do estudante mas que se colocam igualmente na prática profissional dos enfermeiros. Quer no que se refere à actividade independente quer no que se refere à área colaborativa, emergiram ao longo do estudo um conjunto de factores de natureza ética, que permitem a construção de uma decisão mais informada. É fundamental que áreas como a promoção do autocuidado, a gestão do regime terapêutico, o apoio ao prestador de cuidados e mesmo a gestão de sinais e sintomas fossem concretizadas com recurso ao pensamento ético.



---

## **BIBLIOGRAFIA**



## 1. Referências bibliográficas

- ABMA, T. [et al.] - Dialogical nursing ethics: the quality of freedom restrictions. *Nursing Ethics*. 15:6 (2008) 789-802.
- ABREU, W.C. - Etnografia em educação: decidir com o conhecimento das realidades simbólicas. Estudo etnográfico das identidades profissionais dos enfermeiros em contexto escolar. In ESTRELA, A; FERREIRA, J. (Ed.). *Decisão em Educação*. Lisboa: AFIRSE, 1998. p.158-159.
- ABREU, W.C. - *Formação a Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda., 2007.
- ABREU, W.C. - *Identidade, Formação e Trabalho: da formatividade à configuração identitária dos enfermeiros*. Coimbra: Sinais Vitais e Educa, 2001.
- ABREU, W.C. - *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Cadernos Sinais Vitais - nº1. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda., 2003.
- ABREU, W.C. - *Transições e Contextos Multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda., 2008.
- ADAMS, B. [et al.] - Nursing education for critical thinking: an integrative review. *Journal of Nursing Education*. 38:3 (1999) 111-119.
- ALARCÃO, I. - Formação reflexiva: *Revista Referência*, 6: 5 (2001) 53-59.
- ALARCÃO, I. - *Professores Reflexivos em uma Escola Reflexiva*. 5ªEd. São Paulo: Cortez Editora, 2007.
- ALARCÃO, I.; ROLDÃO, M.C. - *Supervisão. Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Mangualde: Edições Pedagogo, 2008.
- ALARCÃO, I.; RUA, M. - Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*. 14:3 (Jul./Set., 2005) 373-382.
- ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Ed. Coimbra: Almedina, 2003.

- ALARCÃO, I.; SÁ-CHAVES, I. - Supervisão de Professores e Desenvolvimento Humano. Uma perspectiva ecológica. *In: Tavares, J. (Org.). Para Intervir em Educação. Contributos dos Colóquios CIDInE*. Aveiro: Edições CIDInE, 1994. p.203-232.
- ALBERONI, F. - *Valores*. Venda Nova: Bertrand Editora, 1993.
- ALBUQUERQUE, M. - Avaliação da qualidade em cuidados de enfermagem. *Servir*. 5: 37 (1990) 261-265.
- ALLMARK, P. - A classical view of the theory-practice gap in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1:22 (1995) 18-23.
- ALMEIDA, L.; TAVARES, J. (Org.) - *Conhecer, Aprender, Avaliar*. Coleção CIDInE. Nº4. Porto: Porto Editora, 1998.
- AMIGUINHO, A. [et al.] - Formar-se no projecto e para o projecto. *In CANÁRIO, R. (Ed.). Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997.
- ANDERSON, N.; CEDERFJÄLL, C.; KLANG, B. - The novice general nurses' view of working in a paediatric setting: a Swedish experience. *Nurse Education in Practice*. 5:4 (Jul., 2005) 191-197.
- ANDERSON, S.V. [et al.] - Clinical supervision of nursing students: A survey in Nepal. *Internal Nursing Review*. 35:4 (1988) 113-116.
- ANDERSON, S.V.; NICHOL, M.; SHRESTHA, N.M.; SINGH, I. - Clinical supervision of nursing students: a survey in Nepal. *Internal Nursing Review*. 4: 35 (1988) 113-116.
- ANDRADE, M.N. - Estágio curricular: avaliação de experiência. *Revista Brasileira Enfermagem*. 42:1 (1989) 27-41.
- ANGEL, B.; DUFFEY, M.; BELYEA, M. - An evidence-based project for evaluation strategies to improve knowledge acquisition and critical-thinking performance in nursing students. *Journal of Nursing Education*. 39:5 (2000) 219-228.
- ANTUNES, C. - *Como desenvolver as competências em sala de aula*. 5 Ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- APÓSTOLO, J. - Portfólio de evidências de aprendizagem como instrumento de inovação pedagógica no ensino clínico de enfermagem. *Revista Referência*. 6: 5 (2001) 15-21.
- ARBER, A.; GALLAGHER, A. - Generosity and the moral imagination in the practice of teamwork. *Nursing Ethics*. 16:6 (2009) 775-785.

- ARENDRT, H. - *A Condição Humana*. Lisboa: Relógio D'Água, 2001.
- ARGYRIS, C. - *Inner Contradictions of Rigorous Research*. San Diego: Academic Press, 1980.
- ARGYRIS, C. - *Knowledge for Action*. San Francisco: Jossey-Bass, 1994
- ASTON [et al.] - An exploration into the role of the teacher/lecturer in practice: findings from a case study in adult nursing. *Nurse Education Today*. 7 (2000) 474-481.
- ATTREE, M.; COOKE, H.; WAKEFIELD, A. - Patient safety in an English pre-registration nursing curriculum. *Nurse Education in Practice*. 8:4 (Jul., 2008) 239-248.
- AUGUSTO, B.; CARVALHO, R. - *Cuidados continuados.Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau, Lda, 2002.
- AUSTGARD, K.I. - What characterizes nursing care? A hermeneutical philosophical inquiry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 22:2 (Jun., 2008) 314-319.
- AUSUBEL, D. - *Aquisição e Retenção de Conhecimentos: Uma perspectiva cognitiva*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2003.
- AXINN, C. N. [et al.] - Comparing ethical ideologies across cultures. *Journal of Business Ethics*. 54 (2004) 103-119.
- AYOOLA, A.; NETTLEMAN, M.; BREWER, J. - Reasons for unprotected intercourse in adult woman. *Journal of Woman Health*. 16: 3 (2007) 302-310.
- BACKES, V.M. - *Estilos de Pensamentos e Praxis na Enfermagem*. Rio Grande do Sul: Editora Unijui, 2000.
- BAIL, K. [et al.] - Potencial scope and impact of transboundary model of nurse practioners in aged care. *Australian Journal of Primary Health*. 15:3 (Sep., 2009) 232-237.
- BAIN, L. - Preceptorship: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 24:1 (1996) 104-107.
- BANDURA, A. - *Social Fundations of Thought and Action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
- BANDURA, A. (Eds.) - *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
- BANDURA, A.; LOCKE, E. - Negative self-efficacy and goals effects revisited. *Journal of Applied Psychology*. 52 (2003) 1-26.

- BANIK, B.J. - Applying triangulation in nursing research. *Applied Nursing Research*. 6:1 (1993) 47-52.
- BARBIER, J.M. - De l'usage de la notion d'identité en recherche, notamment dans le domaine de la formation. *Éducation Permanente*. 128 (1996) 11-25.
- BARCELOS, M.; NEVES, M.P. - O ensino da ética nas Escolas Superiores de Enfermagem. Inquérito nacional. In: NEVES, M.P.; PACHECO, S. (Coord.). *Para uma Ética de Enfermagem. Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. p.555- 565.
- BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*, Lisboa: Edições 70, 1995.
- BARNETT, T. [et al.] - Ethical ideology and ethical judgements of marketing professionals. *Journal of Business Ethics*. 17 (1998) 715-723.
- BARNETT, T.; BASS, K.; BROWN, G. - Ethical Ideology and ethical judgement. Regarding ethical issues in business. *Journal of Business Ethics*. 13 (1994) 469-480.
- BARNETT, T.; BASS, K.; BROWN, G. - Religiosity, ethical ideology and intentions to report a Peer's wrongdoing. *Journal of Business Ethics*. 15:11 (1996) 1161-1174.
- BARTH, B.M. - Construir com Savoir. In: BOURGEOIS, É. (Eds.). *L'Adulte en Formation. Regards pluriels*. Paris: De Boeck, 1996. p.19-36.
- BASS, K.; BARNETT, T.; BROWN, G. - The moral philosophy of Sales managers and its influence on ethical decision making. *Journal of Personal Selling & Sales Management*. 18:2 (1998) 1-17.
- BASTO, M.L. – Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*. 13:2 (Jul./Dez., 2009) 11-18.
- BATTISTICH, V. [et al.] - Schools as communities, poverty levels of student populations, and students' attitudes, motives, and performance: A multilevel analysis. *American Educational Research Journal*, 32 (1995) 627-658.
- BAUDRIT, A. - *A tutoria. Riqueza de um método pedagógico*. 2ªEd. Porto: Porto Editora, 2009.
- BAXTER, P. - The CCARE model of clinical supervision: Bridging the theory-practice gap. *Nurse Education in Practice*. 7 (2007) 103-111.
- BEAUCHAMP, T.; BOWIE, N. - *Ethical Theory and Business*. 5ªEd. Sidney: Prentice Hall, 1997.

- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. - *Principles of biomedical ethics*. 5ªEd. New York: Oxford University Press, 2001.
- BECK, C.; KOSNIK, C. - Professor and the practicum – Involvement of university faculty preservice practicum supervision. *Journal of Teacher Education*. 53:1 (2002) 6-19.
- BECKER, A. - Ethical considerations of teaching spirituality in the academy. *Nursing Ethics*. 16:6 (2009) 697-706.
- BELLMAN, L.; BYWOOD, C.; DALE, C. - Advancing working and learning through critical action research: creativity and constraints. *Nurse Education in Practice*. 3:4 (Dec., 2003) 186-194.
- BENARI, G. - Teaching ethics in religious or cultural conflict situations: a personal perspective. *Nursing Ethics*. 16:4 (2009) 429-435.
- BENNER, P. - *De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 2ª Ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2006.
- BENNER, P.; WRUBEL, J. - *The primacy of caring – stress and coping in health and illness*. Menlo Park-Addison: Wesley Publishing Company, 1989.
- BEN-SAFFER, E. - Lessons from the past for contemporary Australian nursing students: The Nasi euthanasia program. *Nurse Education in Practice*. 6:1 (Jan., 2006) 31-39.
- BERBAUM, J. - *Aprendizagem e Formação*. Porto: Porto Editora, 1993.
- BISHOP, A.; SCUDDER, J. - *Nursing the Practice of Caring*. New York: Nacional League for Nursing, 1991.
- BLASI, A. - Moral understanding and moral personality: the process of moral integration. In: KURTINES, W.; GEWIRTZ, J. (Ed.). *Moral Development: An introduction*. Boston: Allyn and Bacon, 1995.
- BOEKAERTS, M. - Self-regulated learning at the junction of cognition and motivation. *European Psychologist*. 1:2 (1996) 100-112.
- BOEKAERTS, M. - Self-regulated learning: bridging the gap between metacognitive and matamotivation theories. *Educational Psychologist*. 30 (1995) 195-200.
- BOEKAERTS, M. - Self-regulated learning: where we are today. *International Journal of Educational Research*. 31 (1999) 445-457.
- BOEKAERTS, M.; NIEMINIRTA, M. - Self-regulated learning: finding a balance between learning goals and ego-protective goals. In BOEKAERTS, M.; PINTRICH, P.; ZEIDNER,

- M. (Eds.) - *Handbook of Self-Regulation*. New-York: Academic Press, 2000. p.417-450.
- BOFF, L. - *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. 2ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria do Método*. Porto: Porto Editora, 1994.
- BOND, M.; HOLLAND, S. - *Skills of Clinical Supervision for Nurses. A practical guide for supervisees clinical supervisors and managers*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1998.
- BONZU, S.; ZWICK, D. - Exploring consumer ethics in Ghana, West Africa. *International Journal of Consumer Studies*. 31 (2007) 649-655.
- BORIS, L.M.; COYNE, M. - Development of a comprehensive patient care plan form pre-operative ambulatory center to post hospital discharge. *Oncology Nursing Forum*. 34:2 (Mar., 2007) 535-535.
- BOUBON, R. - *O Relativismo*. 1ª Ed. Lisboa: Gradiva Publicações S.A., 2009.
- BOUGHTON, M.; HALLIDAY, L.; BROWN, L. - A tailored program of support for culturally and linguistically diverse (CALD) nursing students in a graduate entry Masters of Nursing course: A qualitative evaluation of outcomes. *Nurse Education in Practice*. In press (Jun., 2010).
- BOYD, C.M. [et al.] - A pilot test of the effects of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults. *Journal of General Internal Medicine*. 23: 5 (May, 2008) 536-542.
- BOYDSTON, A.; BAYSINGER, P.; LEVINE, B. - *Democracy and Education. The middle works of John Dewey 1899-1924*. Vol. 9. Carbondale and Edwardsville: Southern Illinois University Press, 1985.
- BOYLE, J. - Styles of ethnography. In: MORSE, J. (Ed.). *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.
- BRAINE, M. - Exploring new nurse teachers' perception and understanding of reflection: An exploratory study. *Nurse Education in Practice*. 9:4 (Jul., 2009) 262-270.
- BRONFENBRENNER, U. - *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. 2ªEd. São Paulo: Artmed, 2002.



- BRONFENBRENNER, U. - *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.
- BRONFENBRENNER, U. - *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
- BRONFENBRENNER, U.; CECCI, S. - Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*. 101: 4 (1994) 568-586.
- BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. - The ecology of developmental process. In: Damon, W., LERNER, R. (Ed.). *Handbook of Child Psychology*. Vol.1. New York: Wiley, 1998. p.993-1028.
- BROWN, R.; EVANS, W.P. - Extracurricular activity and ethnicity: Creating greater school connection among diverse student populations. *Urban Education*. 37: 1 (2002) 41-58.
- BUBER, M. - *Eu e Tu*. 10ªEd. São Paulo: Centauro Editora, 2006.
- BUTTERWORTH, T.; FAUGIER, J. - *Clinical Supervision and Mentorship in Nursing*. Chapman and Hall: London, 1992.
- CABRITO, B.G. - *Formação em Alternância: Conceitos e prática*. Lisboa: Educa, 1994.
- CALLISTER, L. [et al.] - Ethical reasoning in baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics*. 16:4 (2009) 599-510.
- CAMPBELL, D.; FISKE, D. - Convergent and discriminant validation by multitrait-multimethod matrix. *Psychology Bulletin*. 56 (1959) 81-105.
- CAMPBELL, I. - Learning to nurse in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*. 20:6 (1994) 1125-1131.
- CAMPOS, G.W. - Subjetividade e administração de pessoal. *Um Desafio para o Público. Agir em Saúde*, (1997) 229-266. e, MERHY, E.E. - Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*, 1997. p. 71-112.
- CANÁRIO, R. - *A Escola tem Futuro? Das Promessas às Incertezas*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- CANTO-SPERBER, M. - *L'inquiétude morale et la vie humaine*. Paris: PUF, 2001.
- CARAPINHEIRO, G. - *Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. 2ªEd. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

- CARDOSO [et al.] - O movimento da autonomia do aluno. Repercussões a nível da Supervisão. In ALARCÃO, I. (Org.). *Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de supervisão*. Colecção CIDInE nº1. Porto: Porto Editora, 1996. p.63-88
- CARNEVALE, F. - A conceptual and moral analysis of suffering. *Nursing Ethics*. 16:2 (2009) 173-183.
- CARNEVALE, F. [et al.] - Ethical considerations in cross-linguistic nursing. *Nursing Ethics*. 16:6 (2009) 813-826.
- CARPER, B. - Fundamental patterns of knowing in nursing. In: KENNY, J. (Ed.). *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice*. Massachusetts: Jones and Bartlet Publishers. 1996.p.5-13.
- CARR, L. - The strengths and weaknesses of quantitative and qualitative research: What method for nursing?. *Journal of Advanced Nursing*. 20:4 (1994) 716-721.
- CARTER, B. [et al.] - *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CARVALHAL, R. - *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos: perspectiva dos actores*. Loures: Lusociência, 2003.
- CARVALHINHAS, A. - Desenvolvimento humano e profissional: Uma exigência ética?. *Informar*. 33: Ano X (Jul./Dez., 2004) 24-33.
- CARVALHO, A.; DUARTE, F.; QUEIRÓS, P. - *Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Coimbra: sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1991.
- CARVALHO, A.; RAMOA, M. - *Dinâmicas da Formação. Recentrar nos sujeitos, transformar os contextos*. 1ªEd. Porto: Edições Asa, 2000.
- CARVALHO, L. - *Avaliação da Aprendizagem em Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.
- CARVALHO, M.D. - Expectativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital. *Revista de Enfermagem da USP*. 33:2 (1999) 200-206.
- CASTLEDINE, G.; LLANDAFF, B. - *A Prática de Enfermagem: O processo de enfermagem*. Lisboa: [s.n.], 1988.
- CASWELL, S. V.; GOULD, T. E. - Individual Moral Philosophies and ethical decition. Making of undergraduate athletic training a students and educators. *Journal of Athletic Training*. 43:2 (2008) 205-214.

- CATTELL, R.B.; BUTCHER, H.J. - *The Prediction of Achievement and Creativity*. New York: Bobs-Merrill, 1969.
- CECÍLIO, L.C. - As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4ªEd. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006.
- CEITIL, M. (Org.) - *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. 1ªEd. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2006.
- CHARLESTON, R.; HAPPEL, B. - Coping with uncertainty withing the perceptorship experience: the perceptions of nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 12 (2005) 303-309.
- CHARLOT, B. - *Du Rapport au Savoir. Éléments pour une théorie*. Paris: Anthropos, 2002.
- CHENG, E.M. [et al.] - quality indicators for multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*. 16:8 (Aug., 2010) 970-980.
- CHICK, N.; MELEIS, A. - Transitions: a nursing concern. *In: CHINN, P. Nursing Research Methodology*. Rockeville: Aspen, 1986. p.237-257.
- CHICKERING, A. W.; REISSER, L. - *Education and Identity*. 2ªEd. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1993.
- CHINN, P.L.; KRAMMER, M.K. - Nursing's patterns of knowing. *In Theory and Nursing: A Systematic Approach*. Missouri: Mosby, 1995. p. 1-18.
- CHIU, R. K.; ERDENER, C.B. - The ethics of peer reporting in Chinese societies:evidece from Hong Kong and Shanghai. *The International Journal of Human Resourse Management*. 14:2 (Mar., 2003) 335-353.
- COLBY, A.; DAMON, W. - *Some do Care: Contemporary lives of moral commitment*. New York: Free Press, 1992.
- COLLIÈRE, M.F. - *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 2ªEd. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE/ICNP. Versão beta*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000.

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE/ICNP. Versão 1.0*. Lisboa: Orden dos Enfermeiros, 2006.
- COOPER, D.L.; HEALY, M.; SIMPSON, J. - Student development through involvement: specific changes over time. *Journal of College Student Development*. 35 (1994) 98-102.
- COOPER, J.M. - A student nurse's learning in a leg ulcer outpatient department. *Clinical Journal of Nursing*. 10:3 (2001) 150-161.
- CORLETT, J. - The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse Education Today*. 20 (2000) 499-505.
- CORLETT, J. [et al.] - Role socialization of graduating student nurses: impact of a nursing practicum on Professional role conception. *Journal of Professional Nursing*. 10:6 (2003) 342-349.
- CORNISH, J.; JONES, A. - Factors affecting compliance with moving and handling policy: Student nurses' views and experiences. *Nurse Education in Practice*. 10:2 (Mar., 2010) 96-100.
- CORNO, L. - The best-laid plans: Modern conceptions on volition and educational research. *Educational Researcher*. 22 (1993) 14-22.
- COSER, R.L. - *Life in the Ward*. Michigan: University Press, 1962.
- COSTA, A. - A pesquisa de terreno em sociologia. In: PINTO, M.; SILVA, A. (org.). *Metodologia das Ciências Sociais*. 5ªEd. Porto: Edições Afrontamento, 1986.
- COSTA, M. A. - *Cuidar Idosos*. Coimbra: Educa e Sinais Vitais, 2002.
- COSTA, M.A. - *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século, 1998.
- COSTA, M.A. - Formação prática dos enfermeiros. *Enfermagem*. 6 (Out./Dez., 1995) 6-16.
- CRESWELL, J.W. - *Research design: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.
- CROSNOE, R.; JOHNSON, M.; ELDER, G. JR. - Intergenerational bonding in school: The behavioral and contextual correlates of student-teacher relationships. *Sociology of Education*. 77 (2004) 60-81.

- 
- 
- CRUZ, V.; FONSECA, V. - *Educação Cognitiva e Aprendizagem*. Coleção Educação Especial, Nº9. Porto: Porto Editora, 2002.
- CUI, C. [et al.] - Measuring consumer's ethical position in Austrian, Britain, Brunei, Hong Kong, and USA. *Journal of Business Ethics*. 62 (2005) 57-71.
- DAMON, W. - Self understanding and moral development from childhood to adolescence. In: KURTINES, W.; GEWIRTZ, J. (Ed.). *Morality, Moral Behaviour, and Moral Development*. New York: Wiley, 1984.
- DAVIS, F. - *The Nursing Profession*. Chicago: John Wiley, 1966.
- DAVIS, M.; ANDERSEN, M.; CURTIS, M. - Measuring ethical ideology in business ethics: a critical analysis of the Ethics Position Questionnaire. *Journal of Business Ethics*. 32 (2001) 35-53.
- DAVIS, M.; JOHNSON, N.; OHMER, D. - Issue-contingent effects on ethical decision making: a cross-cultural comparison. *Journal of Business Ethics*. 17 (1998) 373-389.
- DAY, J.; TAPPAN, M. - The narrative approach to moral development: From the epistemic subject to dialogical selves. *Human Development*, 39 (1996) 67-82.
- DE BAL, N. [et al.] - Nurses' involvement in the care process for patients requesting euthanasia. *Nursing Ethics*. 12:1 (Jan., 2005) 110-111.
- DE LA CUESTA, C. - *Investigación cualitativa en el campo de la salud. ROL de Enfermería*, 20:220 (1996) 13-16.
- DEARNLEY, C.; HAIGH, J.; FAIRHALL, J. - Using mobile technologies for assessment and learning in practice settings: A case study. *Nurse Education in Practice*. 8:3 (May, 2008) 197-204.
- DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. - *Analyser les entretiens biographiques*. Paris: Éditions NATHAN, 1997.
- DENZIN, N.K. - *The Research Act: A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw-Hill, 1970.
- DEWEY, J. - *How We Think*. New York: Prometheus Books, 1991.
- DIAS, J. - *Formadores: Que Desempenho?*. Loures: Lusociência, 2004.
- DIONNE, D. [et al.] - Le pour et le contre. *Nursing Québec*. 7: 3 (Mai./Juin. 1987) 32.

- DOUGLAS, P.; DAVIDSON, R.; SCHWARTZ, B. - The effect of organizational culture and ethical orientation on accountants ethical judgements. *Journal of Business Ethics*. 34 (2001) 101-121.
- DOYLE, L. [et al.] - An evaluation of an attendance monitoring system for undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*. 8:2 (Mar., 2008) 129-139.
- DRENNAN, J. - Na evaluation of the role of the clinical placement co-ordinator in student nurse support in the clinical área. *Journal of Advanced Nursing*. 40: 4 (2003) 475-483.
- DUBAR, C. - Formação, trabalho e identidades profissionais. In CANÁRIO, R. (Org.) - *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997.
- DUBAR, C. - *La Crise des Identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris:PUF, 2000.
- DUBAR, C.; TRIPIER, P. - *Sociologie des Professions*. Paris: Armand Colin, 1998.
- DUBAR, C. - *La Socialisation. Construction dès identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin, 1990.
- DUBAR, C.- A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora, 1997a.
- DUBINSKY, J.; NATARAAJAN; R.; HUANG, Y. - The influence of moral philosophy on retail salespeople's ethical perceptions. *The Journal of Consumers Affairs*. 38 (2004) 2.
- DUPPER, D. ; MEYER-ADAMS, N. - Low-level violence: A neglected aspect of school culture. *Urban Education*. 37: 3 (2002) 350-364.
- DURKHEIM, E. - *A Educação Moral*. Petrópolis: Editora Vozes Ltda., 2008.
- DWECK, C. - Motivacional processes affecting learning. *American Psychologist*. 41 (1986) 1041-1048.
- EDWARDS, S.; O'CONNELL, C. - Exploring bullying: Implications for nurse educators. *Nurse Education in Practice*. 7:1 (Jan., 2007) 26-35.
- EISENBERG, N.; FABES, R. - Prosocial development. In: DAMON, W. (Ed.). *Handbook of Child Psychology*. Vol. 3, New York: Wiley, 1998.
- EKLUND-MYRSKOG, G. - Student nurses understanding of caring science. *Nurse Education Today*. 20 (2000) 164-170.
- ENGELHARDT, T. - *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

- ERDIL, F.; KORKMAZ, F. - Ethical problems observed by student nurses. *Nursing Ethics*. 16:5 (2009) 589-598.
- EVANS, N.J.; FORNEY, D.S.; GUIDO-DIBRITO - *Student Development in College. Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998.
- FAIRCHILD, R.M. - Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics*. 17:3 (2010) 353-362.
- FARIA, L. - *Motivação para a Competência. O papel das concepções pessoais de inteligência no desempenho do sucesso*. Porto: Legis Editora, 2008.
- FEENSTRA, J. [et al.] - First-year student's adaptation to college: the role of family variables and individual coping. *Journal of College Student Development*. 42:2 (2001) 106-113.
- FERNANDO, M.; DHARMAGE, S.; ALMEIDA, S. - Ethical ideologies of senior Australian managers: an empirical study. *Journal of Business Ethics*. 82 (2008) 145-155.
- FERREIRA, C. - Modelo de formação reflexiva em ensino clínico com recurso à técnica de espelhamento. Impacto na satisfação dos estudantes. *Revista Referência*. 6: 5 (2001) 5-13.
- FERREIRA, I.M. - *Adaptação e Desenvolvimento Psicossocial dos Estudantes Do Ensino Superior. Factores familiares e sociodemográficos*. [s.l.]: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2009.
- FERRELL, O.; FRAEDRICH, J. - *Business Ethics: Ethical Decisions Making and Cases*. Boston: Houghton Mifflin Company M.A., 1997.
- FERRELL, O.; FRAEDRICH, J.; FERRELL, L. - *Ética empresarial: Dilemas, tomadas de decisões e casos*. 4ªEd. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso, 2001.
- FIELDING, N.G; FIELDING, J.R. - *Linking Data*. California: Sage Publications, 1968.
- FIGUEIREDO, M.C. -. Do ensino à prática. *Enfermagem em Foco*. V: 12 (1995) 16-19.
- FINGER, M.; ASÚN, J. - *A Educação de Adultos numa Encruzilhada*. Porto: Porto Editora, 2003.
- FISHER, M. - Exploring how nurse lecturers maintain clinical credibility. *Nurse Education in Practice*. 5:1 (Jan., 2005) 21-29.
- FLINDERS - From Piaget to the present. In NODDINGS, N.; PALMER, J. A (Ed). *Fifty Modern Thinkers on Education*. London: Routledge, 2001. p.196-232.

- FONTANALS RIBAS, A.; COLELL BRUNET, R.; RIUS TORM, P. - Relación de ayuda en los cuidados enfermeros. *Revista De Enfermería*. 17:190 (Jun., 1994) 67-71.
- FORSYTH, D.; BERGER, R. - The effects of ideology on moral behavior. *The Journal of Social Psychology*. 117 (1982) 53-56.
- FORSYTH, D.; NYE, J.; KELLEY, K. - Idealism, relativism, and the ethic of caring. *The Journal of Psychology*. 122: 3 (2001) 243-248.
- FORSYTH, D.R - Moral judgement: The influence of ethical ideology. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 7 (1981) 218-223.
- FORSYTH, D.R. - A taxonomy of ethical ideology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 39:1 (1980) 175-184.
- FORSYTH, D.R. - Individual differences in information integration during moral judgement. *Journal of Personality and Social Psychology*. 49:1 (1985) 164-272.
- FORSYTH, D.R.; NYE, J.L. - Personal moral philosophies and moral choice. *Journal of Research in Personality*. 24 (1990) 398-414.
- FORSYTH, D.R.; O'BOYLE JR., E.H.; MCDANIEL, M. A. - East meets west: a meta-analytic investigation of cultural variations in idealism and relativism. *Journal of Business Ethics*. 83 (Springer, 2008) 813-833.
- FORSYTH, D.R.; POPE, W.R. - Ethical ideology and judgements of social psychological research: A multidimensional analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46 (1984) 1365-1375.
- FORTIN, M. - *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.
- FOWLER, M.D. - Religion, bioethics and nursing practice. *Nursing Ethics*. 16:4 (2009) 393-405.
- FRIAS, C.; JARROCA, G. - Orientação em parceria: do conceito à prática. *Servir*. 50:3 (Mai./Jun., 2002) 136-140.
- FRIEDBERG, E. - L'analyse sociologique des organisations. *Pour*. 28 (1998) 3-122.
- GADOTTI, M. - *Pedagogia da Terra*. São Paulo: Peirópolis, 2000.
- GALVÃO, C. - Estágio pedagógico – Cooperação na formação. *Revista de Educação*. VI:1 (1996) 71-87.



- 
- 
- GÂNDARA, M. - Dilemas Éticos e Processo de Decisão. In NEVES, M<sup>a</sup> C.; PACHECO, S. - *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. p.403-416.
- GARCIA, T.; PINTRICH, P. - Regulating motivation and cognition in the classroom: the role of self-schemas and self-regulatory strategies. In: SCHUNK, D.; ZIMMERMAN, B. (Eds.). *Self-Regulation of Learning and Performance: Issues and educational applications*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, 1994.
- GASTALDO, D.M.; MEYER, D.E. - A formação da Enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Revista Brasileira de Enfermagem de Brasília*. 42: 1 (1989) 7-13.
- GEERTZ, C. - *The interpretation of culture*. New York: Basic Books, 1973.
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. - *O inquérito. Teoria e Prática*, 2<sup>a</sup>Ed., Oeiras: Celta Editora, 1993.
- GIACALONE, R.; FRICKER, S.; BEARD, J. - the impact of ethical ideology on modifiers of ethical decisions and suggested punishment for ethical infractions. *Journal of Business Ethics*. 14 (1995) 497-510.
- GILLIGAN, C. - *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press, 1982.
- GILLIGAN, C. - *Teoria Psicológica e Desenvolvimento da Mulher*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.
- GLICKMAN, C.D. - *Supervision of Instruction: A developmental approach*. Boston: Allyn and Bacon, 1985.
- GOETZ, J.; LE COMPTE, M. - *Etnografía y Diseño Cualitativo en Investigación Educativa*. Madrid: Morata, 1988.
- GOLDSMITH, P. - Schools' racial mix, students' optimism, and the Black-White and Latino-White achievement gaps. *Sociology of Education*. 77 (2004) 121- 147.
- GOLEMAN, D. - *Inteligência Emocional*. Amadora: Bertrand Editora, 1997.
- GRANERO-MOLINA, J.; FERNÁNDEZ-SOLA, C.; AGUILERA-MANRIQUE, G. - Applying a sociolinguistic model to the analysis of informed consent documents *Nursing Ethics*. 16:6 (2009) 797-812.

- GRASHAM, J. - The influence of culture on business practices negotiations. *Journal of International Business Studies*. 16 (Spring, 1985) 81-96.
- GRAY, B.; SMITH, P. - Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*. 9:4 (Jul., 2009) 253-261.
- GRAY, M.T. - Nursing leaders' experiences with the ethical dimensions of nursing education. *Nursing Ethics*. 15:3 (2008) 332-345.
- GREGORY, J.; HAIGH, C. - Multi-disciplinary interpretations of pain in older patients on medical units. *Nurse Education in Practice*. 8:4 (Jul., 2008) 249-257.
- GREMMO, M.J. - La Médiation formative dans l'autoformation institutionnelle: de la galaxie au paradigme. In: Prairat, E. (Org.). *La Médiation. Problématiques, figures, usages*. Nancy: Presses Universitaires de NANCY, 2007.
- GRIFFITHS, L. [et al.] - Supporting disabled students in practice: A tripartite approach. *Nurse Education in Practice*. 10:3 (May, 2010) 132-137.
- GUEDES, G.F. [et al.] - Ensino clínico na enfermagem: a trajetória da produção científica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62: (Mar./Abr., 2009) 283-286.
- GUERRISH, K. - The nurse teachers' role in the practice setting. *Nurse Education Today*. 12:3 (1992) 227-232.
- HÄGGMAN-LAITILA, A. [et al.] - Nursing students in clinical practice – Developing a model for clinical supervision. *Nurse Education in Practice*. 7 (2007) 381-391.
- HALL, B. - The change paradigm in nursing: growth nursing persistence. *Advances in Nursing Science*. Mariland. 3: 4 (1981) 1-6.
- HAMEL, J. [et al.] - *Case study methods*. London: Sage Publications, 1993.
- HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. - *Ethnography: Principles in practice*. London: Tavistock, 1983.
- HAMRAN, T. - *Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1992.
- HARPER, M. - High tech cheating. *Nurse Education in Practice*. 6:6 (Dec., 2006) 364-371.
- HART, G.; ROTEM, A. - The best and the worst: student's experiences of clinical education. *Australian journal of Advanced Nursing*. 11 (1995) 26-33.

- 
- 
- HARTIKAINEN, O.; TORSILA, S. - Job-related ethical judgement in the finance profession. *Journal of Applied Finance*. (Spring/Summer, 2004) 62-76.
- HARTLEY, J.; JACOBSON, D. - *Job Insecurity - Coping with Jobs at Risk*. Londres: Sage Publications, 1991.
- HAWKEY, K - Roles, responsibilities and relationships in mentoring: A literature review and agenda for research. *Journal of Teacher Education*. 48:5 (1997) 325-335.
- HEIDEGGER, M. – *L'Être et le Temp*. Paris: Gallimard, 1964.
- HEIKENSKJÖLD, K.B.; EKSTEDT, M.; LINDWALL, L. - The patients' dignity from the nurses' perspective. *Nursing Ethics*. 3:3 (2010) 313-324.
- HENDRIX, C. - Informal caregiver training on home care and cancer symptom management prior to hospital discharge: a feasibility study. *Oncology Nursing Forum*. 33:4 (Jul., 2006) 793-798.
- HENLE, C.A.; GIACALONE, R.A.; JURKIEWICZ, C.L. - The role of ethical ideology in workplace deviance. *Journal of Business Ethics*. 56 (2005) 219-230.
- HESBEEN, W. - *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000.
- HESS, W.J.; WINSTON, R.B. - Developmental task achievement and student's intentions to participate in developmental activities. *Journal of College Student Development*. 36:4 (1995) 315-321.
- HIPPOCRATES - *Hippocratic Writings*. London: Penguin, 1983.
- HOGAN, R. - A dimension of moral judgement. *Journal of Clinical Counseling Psychology*. 35 (1970) 205-212.
- HOGAN, R. - Moral conduct and moral character: A psychological perspective. *Psychological Bulletin*. 79 (1973) 217-232.
- HOLM, A.K.; LANTZ, I.; SEVERINSSON, E. - Nursing students' experiences of the effects of continual process-oriented group supervision. *Journal of Nursing Management*. 65 (1998) 105-113.
- HOLM, A.K.; LANTZ, I.; SEVERINSSON, E. - Nursing students' experiences of the effects of continual process-oriented group supervision. *Journal of Nursing Management*. 6 (1998) 105-113.

- HOMER, P.; KAHLE, L. - A structural equation test of the value attitude behavior hierarchy. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54:4 (1988) 638-646.
- HONORÉ, B. - *Sens de la Formation, Sens de L'Être. Un chemin avec Heidegger*. Paris: L'Harmattan, 1990.
- HOUGH, M.C. - Learning, decisions and transformation in critical care nursing practice. *Nursing Ethics*. 15:3 (2008) 322-331.
- HOWARD, J. - Projects for humane care are hopeful. *Hospitals*. 53: 22 (1979) 76-79.
- HUGHES, E.C. - *Men And Their Work*. 2ª Ed. Glencoe: The Free Press, 1967.
- HUGHES, E.C. - The making of a physician. *Human Organization*. III (1955) 21-25.
- HUNINK, G.; LEEUWEN, R.; JANSEN, M.; JOCHEMSEN, H. - Moral issues in mentoring sessions. *Nursing Ethics*. 16:4 (2009) 487-498.
- HUNT, S.; VITELL, S. - A general theory of marketing ethics. *Journal of Macromarketing*. 8 (Spring, 1986) 5-16.
- HUSTED, G.L. - The feelings nurses and patients/families experience when faced with the need to make bioethical decisions. *Nursing Administration Quarterly*. 25: 3 (2001) 46-54.
- IPPERCIEL, D. - Dialogue and decision in a moral context. *Nursing Philosophy*. 4 (2003) 211-221.
- JENSEN, A.; LIDELL, E. - the influence of conscience in nursing. *Nursing Ethics*. 16:1 (2009) 31-42.
- JOHNSON, M.; CROSNOW, R.; ELDER, G. JR. - Students' attachment and academic engagement: The role of race and ethnicity. *Sociology of Education*. 74 (2001) 318-340.
- JONAS, H. - *The Imperative of Responsibility: In Search of Ethics for the Technological Age*. Chicago: University of Chicago Press, 1984.
- JONES, A. - Clinical supervision for professional practice. *Nursing Standart*. 14: 10 (1999) 42-44.
- JORGE, I.C.; SIMÕES, M.C. - A qualidade de cuidados na perspectiva do utente. *Servir*. 43: 6 (1995) 290-296.
- JOWETT, R.; McMULLAN, M. - Learning in practice – practice educator role. *Nurse Education in Practice*. 7: 8 (2007) 266-271.

- JUUJÄRVI, S. - The ethic of care development: A longitudinal study of moral reasoning among practical-nursing, social-work and law-enforcement students. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47 (2006) 193-202.
- KAHN, P. - *The Human Relationship with Nature: Developmental and culture*: Cambridge, MA: The MIT Press, 1999.
- KAHN, P.; LOURENÇO, O. - Reinstating modernity in social sciences research – or – the status of Bullwinkle in a postmodern era. *Human development*. 42 (1999) 92-108.
- KANFER, F.; GAELICK, L. - Self-management methods. In: KANFER, F.; GOLDSTEIN, A. (Eds.). *Helping People Change: A textbook of methods*. 3<sup>th</sup> Ed. New York: Pergamon Press, 1986.
- KANT, I. - *Crítica da Razão Prática*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- KANT, I. - *Crítica da Razão Pura*. 5ªEd. Lisboa: Edições Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.
- KANT, I. - *Fundamentação da Metafísica dos Costume*. Lisboa: Edições 70, 2001a.
- KAVIANI, N.; STILLWELL, Y. - An evaluative study of clinical preceptorship: *Nurse Education Today*. 20:3 (2000) 218-226.
- KEJRIWAL, K.; WILDE, V.C.; BECHER, M.L. - Norovirus outbreak in nursing home: role of integration of care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 9:3 (Mar., 2008) B19-B20.
- KELMAN, H. C.; LAWRENCE, L. H. - Assignment of responsibility in the case of Lt. Calley: Preliminary report on a nacional survey. *Journal of Social Issues*. 28 (1973) 177-212.
- KEMP, C.L. [et al.] - “I get along with most of them”: Direct Care workers’ relationship with residents’ families in assisted living. *Gerontologist*. 49:2 (Apr., 2009) 224-235.
- KÉROUAC, S. [et al.] - *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson, S.A., 1996.
- KILKUS, S. - Self-assertation and nurses: A different voice. *Nursing Outlook*. 38 (1990) 143-146.
- KIMCHI, J.; POLIVKA, B.; STEVENSON, J. - Triangulation: operational definitions. *Nursing Research*. 40 (1991) 364-366.
- KIRKEVOLD, M. - *Practical Knowledge Embedded in the Nursing Care Provided to Stroke Patients*. Institute of Nursing Science. Oslo: Publikasjonsserie, 1989.

- KLEISER, S. [et al.] - Ethical ideologies: efficient assessment and influence on ethical judgements of marketing practices. *Psychology & Marketing*. 20:1 (Jan., 2003) 1-21.
- KOHLBERG, L - Moralization: the cognitive-developmental approach. In: LIKONA, T. (Ed.) - *Morality: Theory, research and social issues*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1976.
- KOHLBERG, L - The child as a moral philosopher. *Psychology Today*. 2: 4 (1968) 25-30.
- KOHLBERG, L. - Moral stages and moralization: the cognitive development approach. In: LICKONA, T. (Ed.) *Moral development and behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1976a.
- KOHLBERG, L. - *The Psychology of Moral Development: Moral stages, their nature and validation*. Vol. 2. New York: Harper & Row, 1984.
- KOHLBERG, L. [et al.] - *A Longitudinal Study of Moral Judgment: A Monograph for the Society of Research in Child Development*. sl: The University of Chicago Press, 1983.
- KOIVUNEN, M.; VÄLIMÄKI, M.; HÄTÖNEN, H. - Nurses information retrieval skills in psychiatric hospitals – Are the requirements for evidence-based practice fulfilled. *Nurse Education in Practice*. 10:1 (Jan., 2010) 27-31.
- KOLB, D. - *Experiencial Learning: Experience as the resource of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.
- KRON, T.; GRAY, A. - *Administração dos Cuidados de Enfermagem ao Paciente: colocando em acção as habilidades de liderança*. 6ªEd. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989.
- KUSHNIR, T. - Stress and social facilitation. The effects of the presence of an instructor on student nurses behaviour. *Journal of Advanced Nursing*. 11 (1986) 13-19.
- LARANJEIRA, C. - Aprendizagem pela experiência em enfermagem. *Revista Universidade Estadual do Rio de Janeiro*. 14:2 (Abr./Jun.,2006) 176-181.
- LAZARUS, R.S. - *Stress and Emotion*. London: Free Associations Books, 1999.
- LE BOTERF, G - *Construir as Competências Individuais e Colectivas*. Resposta a 80 questões. 1ª Ed. Porto: Edições Asa, 2005.
- LE BOTERF, G. - *De la Competence à la Navigation Professionnelle*. Paris: Editions d'Organization, 1997.

- 
- 
- LE FRANÇOIS, R. - Pluralisme méthodologique et stratégies multi-méthodes en gerontology. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*. 14:1 (1995) 52-67.
- LEE, V.; SMITH, J. - High school size: Which works best for whom?. *Educational Evaluation & Policy Analysis*. 19 (1997) 205-227.
- LEININGER, M. - Ethnography and ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis. In: LEININGER, M. (Ed.). *Qualitative Research Methods in Nursing*. [s.l.]: Greyden Press, 1998. p.33-71.
- LEININGER, M. - *Qualitative Research Methods in Nursing*. Orlando: Grune and Approaches, 1995.
- LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETE, G.; BOUTIN, G. - *Investigação Qualitativa. Fundamentos e práticas*. 2ªEd. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.
- LETIZIA, M.; JENNRICH, J. - A review of perceptorship in undergraduate nursing education: implications for staff development. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 29:5 (1998) 211-216.
- LEU, J. - Early childhood music education in Taiwan: an ecological perspective. *Arts education Policy Review*. 109: 3 (Jan.-Feb., 2008) 17-26.
- LEVIN, B.B.; ROCK, T.C. - The effects of collaborative action research on preservice and experienced teacher partners in professional development schools. *Journal of Teacher Education*. 59 (Jan.-Feb., 2008) 55-68.
- LÉVINAS, E. - *Ética e Infinito*. 1ªEd. Lisboa: Edições 70, 2007.
- LÉVINAS, E. - *Totalidade e Infinito*. 3ªEd. Lisboa: Edições 70, 2008.
- LEWIN, D. - Clinical learning environments for student nurses: Key indices from two studies compared over a 25 year period. *Nurse Education in Practice*. 7 (2007) 238-246.
- LEWIN, K.; LIPPITT, R.; WHITE, R. - Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates. *Journal of Social Psychology*. 10 (1939) 271-301.
- LEWIS-HUNSTIGER, M. - Relationship-based care: Customized primary nursing. *Creative Nursing*. 12:1 (Winter, 2006) 4-9.
- LIM, A.; HONEY, M. - Integrated undergraduate nursing curriculum for pharmacology. *Nurse Education in Practice*. 6:3 (May, 2006) 163-168.

- LIN, C.; LU, M.; CHUNG, C.; YANG, C. - A comparison of problem-based learning and conventional teaching in nursing ethics education. *Nursing Ethics*. 17:3 (2010) 373-382.
- LIONIS, C. [et al.] - Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*. 9 (Jul./Sep., 2009) 1-14.
- LOFMARK, A.; CARLSSON, M.; WIKBLAD, K. - Student nurses' perception of independence of supervision during clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. 10 (2001) 86-93.
- LOHNE, V.; AASGAARD, T.; CASPARI, S.; SLETTEBØ, A.; NADEN, D. - The lonely battle for dignity: individuals struggling with multiple sclerosis. *Nursing Ethics*. 17:3 (2010) 301-311.
- LOPES, M. - *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral. Alguns dados e implicações*. [s.l.]: Gráfica 2000, 2000.
- LOPES, N. - Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais. *Enfermagem*. 6 (Out./Dez., 1995) 34-39.
- LORTIE, D.C. - Laymen to lawmen: Law, school, careers and Professional socialization. *Harvard Educational Review*. (1959) 325-369.
- LOURENÇO, O. - Enfermagem, valores e desenvolvimento: Que enfermagem, que valores, que desenvolvimento? *Nursing*. 9:107 (Jan., 1997) 7-14.
- LOURENÇO, O. - *Psicologia do Desenvolvimento Moral. Teoria, dados e implicações*. 3ªEd. Coimbra: Universidade Aberta, 2000.
- LOURENÇO, O. - Reflections on narrative approaches to moral development. *Human Development*. 39 (1996) 83-99.
- LUCENA, A.; GOES, M. - O processo de comunicação no cuidado do paciente submetido ao eco-stress: algumas reflexões. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 20 (1999) 37-48.
- MACIEL, I.C.; ARAÚJO, T.L. - Consulta de Enfermagem: análise das acções junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 11: 2 (Mar./Abr., 2003) 207-214.
- MALGLAIVE, G. - Formação e saberes profissionais: Entre a teoria e a prática. In: CANÁRIO, R. (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997.



- 
- 
- MALHERBE, J.F. - *L'Incertitude en Éthique. Perspectives cliniques*. Québec: Éditions Fides, 1996.
- MALLIK, M.; AYOTT, E. - Facilitating practice learning in pré-registration nursing programmes – a comparative review of the Bournemouth Collaborative Model and Australian models. *Nurse Education in Practice*. 5 (2005) 152-160.
- MANNING, A. [et al.] - Supporting students in practice: An exploration of reflective groups as a means of support. *Nurse Education in Practice*. 9:3 (May, 2009) 176-183.
- MARAMBA, P.J. - Discharge planning process: applying a model for evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*. 19:2 (Abr./Jun., 2004) 123-129.
- MARGATO, C. - A oportunidade da comunidade neste início de século. *Sinais Vitais*. 60 (2005) 2-7.
- MARGON, B.T. - Exploring reflexive thinking in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 31:5 (2000) 1125-1135.
- MAROCO, J. - *Análise estatística. Com utilização do SPSS*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.
- MARTIN, C. - *Soigner pour Apprendre-acuerir un Savoir Infirmière*. Giromagny: I.E.L., 1991.
- MARTIN, L.M. - The relationship of college experiences to psychological outcome in students. *Journal of College Student Development*. 41:3 (2000) 292-300.
- MARTINS, C. - Responsabilidade e bem comum. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. 15 (Dez., 2004) 41-43.
- MASSARWEH, L. - Promoting a positive clinical experience. *Nurse Educate*. 24: 3 (1999) 44-47.
- MAY, K.M.; LOGAN, C.R. - Family type and the accomplishment of development tasks among college students. *Journal of College Student Development*. 34 (1993) 397-400.
- MAY, R. - *O Homem à Procura de Si Mesmo*. 29ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MAYEROFF, M. - *On caring*. New York: Harper Perennial, 1990.

- MCINTEYRE, R.; CAPEN, M.; MINTON, A. - Exploring the psychological foundations of ethical positions in marketing. *Psychology and Marketing*. 12: 6 (Sept. 1995) 569-582.
- MCNAUGHTON, S.S.; GLYNN, T.; ROBINSON, V. - *Pause, Prompt and Praise: Effective tutoring for remedial reading*. Birmingham: positive Products, 1987.
- MCNEAL, R.B. - Extracurricular activities and high school dropouts. *Sociology of Education*. 68 (1995) 62-81.
- MELBY, L.; HELLESØ, R. - Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International Journal of Integrated Care*. 10 (Jan., 2010) 1-9.
- MELEIS, A. [et al.] - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23: 1 (2000) 12-28.
- MELO, R.C. - A relação de ajuda: contexto e práticas de enfermagem. *Servir* . 56:2 (Mar./Apr., 2008) 67-73.
- MENDONÇA, M.T. - Docentes de enfermagem: como articular teoria e prática? *Informar*. II: 6 (Jul./Set., 1996) 18-20.
- MERHY, E.E. - Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*, (1997) 71-112.
- MERLEAU-PONTY, M. - *Phénoménologie de la Perception*. Paris: Éditions Gallimard, 1985.
- MILL, J.S. - *Utilitarismo*. Porto: Porto Editora, 2005.
- MILLER, G.E. - The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*. 65: 9 (1990) 63-67.
- MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa. Janeiro, 2006.
- MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - *Proposta de Reconfiguração dos Centros de Saúde: Criação de agrupamentos de Centros de Saúde*. Lisboa, Junho, 2007.
- MITCHELL, E. - Multiple triangulation: A methodology for nursing science. *Advances in Nursing Science*. 8:3 (1986) 18-26.

- MONTEVERDE, S. - The importance of time in ethical decision making. *Nursing Ethics*. 16:5 (2009) 613-624.
- MOONEY, B.; TIMMINS, F. - Spirituality as a universal concept: Student experience of learning about spirituality through the medium of art. *Nurse Education in Practice*. 7:5 (Sep., 2007) 275-284.
- MOORE, S.; WALSH, G.; RÍSQUEZ, A. - *Ensinando na universidade. Estratexias eficaces e princípios clave*. Vigo: Universidade de Vigo, 2008.
- MORICONI, C.; STABLER-HAAS, S. - Making connections: Integration of psychiatric and medical-surgical nursing and relationship-based care. *Creative Nursing*. 16:1 (2010) 13-17.
- MORIN, E. - *A Educação e a Complexidade do Ser e do Saber*. 4ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- MORIN, E. - *O Método 4: as idéias*. Porto Alegre: Sulina, 2002.
- MORIN, E. - *O Paradigma Perdido: A natureza humana*. 6ªEd. Memorial Martins: Publicações Europa América, 2000.
- MORIN, E. - *Os Sete Saberes para a Educação do Futuro*. Lisboa: Instituto Piaget, 2002a.
- MOSER, A. [et al.] - Autonomous decision making and moral capacities. *Nursing Ethics*. 16:2 (2009) 203-218.
- MULLAN, B.; KOTHE, E. - Evaluating a nursing communication skills training course: The relationship between self-rated ability, satisfaction and actual performance. *Nurse Education in Practice*. In Press (Jun., 2010).
- MURPHY, S. - Human responses to transitions: a holistic nursing prespectiiv. *Holistic Nursing Practice*. 4: 3 (1990) 1-7.
- MYRICK, F.; YONGE, O.; BILLAY, D. - Perceptorship and practical wisdom: A process of engaging in authentic nursing practice. *Nurse Education in Practice*. 10:2 (Mar., 2010) 82-87.
- NAGEL, T. - *A última Palavra*. Lisboa: Gradiva, 1999.
- NATIONAL HEALTH SERVICE MANAGEMENT EXECUTIVE (NHSME) - *A Vision for the Future*. London. Department of Heath, 1993.

- NEVES, M<sup>a</sup> P. - Consciência, Devir Pessoa, Liberdade e Responsabilidade. *Humanidades*. 4 (2001) 52.
- NEVILLE, L. - Moral difficulties in nursing practice: reflections on the practice of a nurse educator. *Nurse Education in Practice*. 4:2 (Jul., 2004) 128-134.
- NICHOLLS, J. - Achievement motivation: conception of ability, subjective experience, task choice and performance. *Psychological Review*. 91(1984) 328-346.
- NIGHTINGALE, F. - *Notes of Nursing: What It Is and What It Is Not*, New York: Dover Publications, 1969.
- NODDINGS, N. - *Caring, a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press, 1984.
- NODDINGS, N. - *Starting at Home: caring and social policy*. Berkeley: University of California Press, 2002.
- NODDINGS, N. - *The Challenges to Care in Schools: an alternative approach to education*. New York: Teachers college Press, 1992.
- NOLAN, P.; MARKERT, D. - Ethical reasoning observed: a longitudinal study of nursing students. *Nursing Ethics*. 9:3 (2002) 243-258.
- NOODDINGS, N. - *Uma Abordagem Feminina à Ética e à Educação Moral. O Cuidado*. São Leopoldo: Unisinos, 2003.
- NORTVEDT, P. - Neds, closeness and responsibility. An inquiry into some rival moral considerations in nursing care. *Nursing Philosophy*. 2:2 (Jul., 2001) 112-121.
- NÓVOA, A. (Org.) - *Vida de Professores*. Porto: Porto Editora, 1992.
- NÓVOA, A.; FINGER, M. - *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: MS/DRHS, 1988.
- NUCCI, L. - Conceptions of personal issues: A domain distinct from moral or societal concepts. *Child Development*. 52 (1981) 114-121.
- NUMMINEN, O.; AREND, A.; LEINO-KILPI, H. - Nurse educators' and nursing students' perspectives on teaching codes of ethics. *Nursing Ethics*. 16:1 (2009) 69-82.
- NUMMINEN, O.; AREND, A.; LEINO-KILPI, H.- Nurses' codes of ethics in practice and education: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23 (2009) 380-394.

- 
- 
- NUNES, L. - Análise dos Deveres Profissionais na Garantia dos Direitos das Pessoas. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. 18 (Set., 2005) 17-26.
- NUNES, L. - *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros "O enfermeiro e o Cidadão: Compromisso (d)e Proximidade", 10 a 12 de Maio, Lisboa, 2006.
- NUNES, L. - Responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. 29:5 (2008) 72-80.
- NUNES, L. [et al.] - Uma matriz de competências para a Licenciatura em Enfermagem. *Percursos*. Separata. 2: 6 (Out./Dez., 2007) 5-64.
- NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. - *Código Deontológico de Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- NUNES, R. - Perspectivas para um Novo SNS II. In NUNES, R.; REGO, G.; NUNES, C. (Coord). *Afectação de Recursos para a Saúde: Perspectivas para um Novo SNS*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2003.
- O'KEEFE-MCCARTHY, S. - Technologically-mediated nursing care: the impact on moral agency. *Nursing Ethics*. 16:6 (2009) 786-796.
- ODERBERG, D.S. - *Teoria Moral. Uma abordagem não consequencialista*. 1ªEd.Parede: Príncípia Editora, 2009.
- OLIVEIRA, I. - *Melhoria Contínua nas Organizações de Prestação de Cuidados de Saúde*. Lisboa: Centro de Estudos de Management, 1998.
- OLIVEIRA, I.; NEVES, L. - Fosso teoria/prática na formação de enfermagem: mito ou realidade? *Informar*. 1 (Abr./Jun.,1995) 7-10.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Competências do Enfermeiro de cuidados Gerais*. Lisboa: OE, 2004.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Recomendações Relativas ao Ensino da Ética e da Deontologia no Curso de Enfermagem*. Lisboa: OE, 2006.
- OSSWALD, W.- Um fio de ética - humanizar a saúde. *Cadernos de Bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- PACHECO, J.A. - *Políticas Curriculares*. Porto: Porto Editora, 2002.

- PAIVA, V.P. - *Produção e qualificação para o trabalho: uma revisão da bibliografia internacional*. Rio de Janeiro: IEI/UFRJ, 1989.
- PARK, H. - The role of idealism and relativism as dispositional characteristics in the social responsible decision-making process. *Journal of Business Ethics*. 56 (2005) 81-98.
- PASCARELLA, E.T.; EDISON, M.I.; NORA, A. - Influences on student's openness to diversity and challenge in the first year of college. *Journal of Higher Education*. 67 (1996) 174-195.
- PAULA, A.; SCATENA, M. - Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 8:4 (Agosto, 2000) 45-51.
- PAULY, B. [et al.] - Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*. 16:5 (2009) 561-573.
- PEARSON, A. - *Primary nursing*. London: Crom Helm, 1988.
- PELLEGRINO, E. - Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 5 (1995) 253-277.
- PELLEGRINO, E.; THOMASMA, D. - *The Virtue in Medical Practice*. New York: Oxford University Press, 1993.
- PENEFF, J. - *L'Hôpital en Urgence*. Paris: Métailié, 1992.
- PERRENOUD, P.; THURLER, M.G. - *As Competências para Ensinar no Século XXI. A formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
- PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N. - *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.
- PETITAT A. - *La Profession Infermière*. Garennes-Colombes: L'Espece Européen, 1992.
- PIAGET, J. - *A Vida e o Pensamento do Ponto de Vista da Psicologia Experimental e da Epistemologia Genética*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1972.
- PIAGET, J. - *De la Pédagogie*. Paris: Odile Jacob, 1998.
- PIAGET, J. - *Le Jugement Moral chez L'enfant*. Paris: Universitaires de France, 1973.
- PIAGET, J. - *Abstracção Reflexionante: Relações lógico-aritméticas e ordem das relações espaciais*. Porto alegre: Artes Médicas, 1995.

- 
- 
- PIEPER, S.K. - The mentoring cycle: a six-phase process for success. *Healthcare Executive*. 19:6 (2004) 16-24.
- PINHEIRO, M. - Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*. 42: 6 (Nov./Dez. 1994) 319-331.
- PINTO, C. ed. lit. - *A Aprendizagem da ética no Curso de licenciatura em Enfermagem: Contributo para a estruturação do pensamento*. X Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação: Actas. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, 2009. ISBN: 978-972-745-102-9.
- PINTO, C. ed. lit. - *Construção do Pensamento Ético em Contexto Clínico: Perspectiva dos estudantes de enfermagem*. XVIII Colóquio da AFIRSE: Actas. Lisboa, 2010.
- PINTO, C. ed. lit. - *Validation for portuguese language of questionnaire used for the evaluation of the ethical position*. 9ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem: Actas. Lisboa, 2006. ISBN:972-98149-6-1.
- PINTO, C.; ABREU, W. ed. lit. - *A Aprendizagem como contributo para a estruturação do pensamento ético*. Congresso de Docencia Universiaria: Actas. Vigo: Universidade de Vigo. Colección Formación e Innovación educativa na Universidade, 2009. ISBN: 978-84-8158-494-3.
- PINTO, C.; ABREU, W. ed. lit. - *O Cuidar ético: Posição e Ideologia ética dos estudantes de enfermagem*. Congresso de Docencia Universitaria: Actas. Vigo: Universidade de Vigo. Colección Formación e Innovación educativa na Universidade, 2009a. ISBN: 978-84-8158-494-3.
- PINTRICH, P.; SCHRAUBEN, B. - Student's Motivational beliefs and their cognitive engagement in classroom tasks. In: SCHUNK, D.; MEECE, J. (Eds.). *Student Perceptions in the Classroom: Causes and consequences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, 1992.
- PINTRICH, P.R. - An achievement goal theory perspective on issues in motivation terminology, theory and research. *Contemporary Educational Psychology*. 25 (2000) 92-104.
- PINTRICH, P.R. - Continuities and discontinuities: Future directions for research in educational psychology. *Educational Psychologist*. 29 (1994) 137-148.

- PINTRICH, P.R.; DE GROOT, E. - Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. *Journal of Educational Psychology*. 82 (1990) 33-40.
- PINTRICH, P.; SCHRAUBEN, B. - Student's Motivational beliefs and their cognitive engagement in classroom tasks. In: SCHUNK, D.; MEECE, J. (Eds.). *Student Perceptions in the Classroom: Causes and consequences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, 1992.
- PIRES, A. -. As novas competências de enfermagem. *Formar*. 10:2/4 (1994) 4-19.
- PLAYLE, J.F.; MULLARKEY, K. - Parallel process in clinical supervision: enhancing learning and providing suport. *Nurse Education Today*. 18 (1998) 558-566.
- POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. 5ªEd. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. - *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem*. 3ªEd. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PORTUGAL, G - *Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: Edições CIDInE, 1992.
- POTTER, P.; PERRY, A. - *Fundamentos de Enfermagem*. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2006.
- POTTER, V. R. - *Bioethic: Bridge to the feature*. [s.l.]: Prentice Hall, 1971.
- PRESUT, B. - Incorporating patients' spirituality into care using gadow's ethical framework. *Nursing Ethics*. 16:4 (2009) 418-428. REPENSHEK, M. – Moral distress: inability to act discomfort with moral subjectivity. *Nursing Ethics*. 16:6 (2009) 734-742.
- PROENÇA, J. [et al.] - *O Hospital Português: Os profissionais de saúde, a gestão e o utente*. Porto: Vida Económica – Conferforum, 2000.
- PURDIE, A.; SHEWARD, L.; GIFFORD, E. - Student nurse placements take a new direction. *Nurse Education in Practice*. 8:5 (Sep., 2008) 315-320.
- QUEIRÓS, A. [et al.] - *Educação em Enfermagem*. Coimbra. Quarteto, 2000.
- RAMOS, V. - Problemas éticos da distribuição de recursos para a saúde. *Cadernos de Bioética*. 6 (1994) 31-43.



- 
- 
- RANDLE, J. - The shapping of moral identity and practice. *Nurse Education in Practice*. 2:4 (Dec., 2002) 251-256.
- RASSIN, M. - Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics*. 15:5 (2008) 614-630.
- REDFERN, K.; CRAWFORD, J. - An empirical investigation of the Ethics Position questionnaire in the people's Republic of China. *Journal of Business Ethics*. 50 (2004) 199-210.
- REDMAN, B. - When is patient education unethical?. *Nursing Ethics*. 15:6 (2008) 813-820.
- REES, J.; KING, L.; SCHMITZ, K. – Autonomous decision making and moral capacities. *Nursing Ethics*. 16:4 (2009) 436-452.
- REIBNITZ, K.S.; PRADO, M.L. - *Inovação e educação em enfermagem*. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.
- REJEH, N. [et al.] - Ethical challenges in pain management post-surgery. *Nursing Ethics*. 16:2 (2009) 161-172.
- RENAUD, I. - O cuidado em enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 14:1 (Jul./Dez., 2010) 2-8.
- RENAULT, M. - Os valores num mundo em mutação. *Brotéria*. 4 (Out., 1994) 299-322.
- REST, J. - *Moral Development: Advances in research and theory*. New York: Praeger, 1986.
- REST, J.R. [et al.] - Judging the important issues in moral dilemmas – An objective measure of development. *Developmental Psychology*. 10 (1974) 491-501.
- RESWEBER, J.P. - *A Filosofia dos Valores*. Coimbra: Almedina, 2002. p.100.
- RIBEIRO, L. - *Cuidar e Tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa - Formação, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1995.
- RICOEUR, P. - *Do texto à Acção*. Porto: Rés-Editora, 1991.
- RICOEUR, P. - *The symbolism of evil*. Boston: Beacon Press, 1969.
- ROBBINS, S.B.; LESE, K.P.; HERRICK, S.M. - Interactions between goal instability and social support on college freshman adjustment. *Journal os Counseling & Development*. 71 (1993) 343-348.

- ROBERTSON, C. J. [et al.] - A cross-cultural comparison of ethical orientations and willingness to sacrifice ethical standards: China versus Peru. *Journal of Business Ethics*. 81 (2008) 413-425.
- ROCKEACH, M. - *The Nature of Human Values*. New York: The Free Press, 1973.
- RODRIGUES, M. A. - Das fontes de informação ao discurso científico. *Referência*. 0 (1998) 41-48.
- ROSÁRIO [et al.] - Processos de auto-regulação da aprendizagem e realização escolar no ensino básico. *Psicologia, Educação e Cultura*. 10:3 (2005) 343-351.
- ROSÁRIO [et al.] - Stories that show how to study and how to learn: na experience in Portuguese school system. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 1 (2004) 131-144.
- ROSÁRIO [et al.] - Trabalho de casa, tarefas escolares, auto-regulação e envolvimento parental. *Psicologia em estudo*. VIII:1 (2004a) 141-157.
- ROSÁRIO, P. - *Estudar o Estudar: As (Des)venturas do Testas*. Porto: Porto Editora, 2004.
- ROSÁRIO, P.; NÚÑEZ, J.; PIENDA, J. - *Cartas do Gervásio ao seu Umbigo. Comprometer-se com o estudar na universidade*. Coimbra: Almedina, 2006.
- RUÉ, J. - *El Aprendizaje Autónomo en Educación Superior*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones, 2009.
- RYAN, G; TOOHEY, S.; HUGHES, C. - The purpose, value and structure of the practicum in the Higher Education: a literature review. *Higher Education*. 31 (1996) 355-377.
- SAARIKOSKI, M. [et al.] - Student nurses' experience of supervision and mentorship in clinical practice: a cross cultural perspective. *Nurse Education in Practice*. 7 (2007) 407-415.
- SAARIKOSKI, M.; LEINO-KILPI, H. - The clinical learning and supervision by staff nurses: Developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies*. 39 (2002) 259-267.
- SÁ-CHAVES - *Seminário inserido na disciplina de Supervisão*. Mestrado de Supervisão Pedagógica. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2003/2004.

- 
- 
- SÁ-CHAVES, I. - *Formação, Conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. 2ªEd. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2007.
- SÁ-CHAVES, I. - *Formação, Conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas de formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000.
- SÁ-CHVES, I. (Org.) - *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Coleção CIDInE, N°3. Porto: Porto Editora, 1997.
- SALVATER, F. - *O Valor de Educar*. 1ª Ed. Lisboa: Publicações D. Quixote, 2006.
- SANTOS, Á. - *Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: Reflexão e conceitos importantes*. São Paulo. Editora Manole, 2007.
- SANTOS, B. - *A Crítica da Razão Indolente. Contra o desperdício da experiência*. Porto: Edições Afrontamento, 2000.
- SANTOS, C.C. - *Vinculação, Estudo e Aprendizagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2003.
- SANTOS, E.; FERNANDES, A. - Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*. 11: 3 (2004) 59-62.
- SCANLON, C.; WEIR, W.S. - Learning from practice? Mental health nurses' perceptions and experiences of clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing*. 26 (1997) 295-303.
- SCHEIN, E.H. - Organizational socialization and profession of management. *Sloan Management Review*. 30:1 (1988) 53-65.
- SCHENKLER, B. - Integrity and character: implications of principled and expedient ethical ideologies. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 27:10 (2008) 1078-1125.
- SCHERER, Z.; LUIS, M. - Percepções e significados atribuídos pelos pacientes à vivência da queimadura. *Acta Paulista de Enfermagem*. 11:2 (Mai./Ago.,1998) 64-72.
- SCHLENKER, B.R.; FORSYTH, D.R. - On the ethics of psychological research. *Journal of Experimental Social Psychology*. 13 (1977) 369-396.
- SCHLUTER, J. [et al.] - Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics*. 15:3 (2008) 304-321.

- SCHMIDT, J.A.; HUNT, P.F. - Relationship between precollege attributes and subsequent development in college students. *Journal of College Student Development*. 35 (1994) 481-485.
- SCHÖN, D. - *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
- SCHÖN, D. - *The reflective Practioner: How Professionals think in action*. New York: Basic Books, 1983.
- SCHOPENHAUER, A. - *A Arte de Ter Razão*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- SCHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. - Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 26: 2 (1994) 119-127.
- SCHUNK, D.H. - Teaching elementary students to self-regulate practice of mathematical skills with modeling. In SCHUNK, D.H.; ZIMMERMAN, B.J. (Eds.) - *Self-Regulated Learning. From Teaching to Self-Reflective Practice*. Hillsdale, Nj: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1998.
- SCHWARTZ, M.; ABBOTT, A. - Storytelling: A clinical application for undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*. 7:3 (May, 2007) 181-186.
- SCHWITZER, A.M.; ROBBINS, S.; MCGOVERN, T. - Influences of goal instability and social support on college adjustment. *Journal of College Student Development*. 34 (1993) 21-25.
- SELDOMRIDGE, L.A.; WALSH, C.M. - Evaluating student performance in undergraduate preceptorships. *Journal of Nursing Education*. 5: 45 (May, 2006) 169-176.
- SERRA, M.N. - Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional de enfermagem. *Sísifo - Revista de Ciências da Educação*. 05 (Jan.-Abr.,2008) 69-80.
- SERRAZINA, L.; OLIVEIRA, I. - Novos professores: Primeiros anos de profissão. *Quadrante, Revista de Investigação em Educação Matemática*. XI: 2 (2002) 55-73.
- SEVERRINSON, E. - Bringing the gap between theory and practice: a supervision programme for nursing students. *Journal of Advanced Nursing*. 27: 6 (1998) 1269-1277.
- SGRECCIA, E. - *Manual de Bioética. Fundamentos e Ética Biomédica*. 1ªEd. Cascais: Príncipia Editora Lda, 2009.

- SHARP, F.C. - Na objective study of some moral judgments. *American Journal of Psychology*. 9 (1989) 198-234.
- SHWEDER, R. - *Thinking through Cultures: Expeditions in cultural psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1991.
- SILVA [et al.] - *Aprendizagem Auto-Regulada pelo Estudante. Perspectivas psicológicas e educacionais*. Porto: Porto Editora, 2004.
- SILVA, A.; MOREIRA, M. - *Formação e Mediação Sócio-Educativa. Perspectivas teóricas e práticas*. Porto: Areal Editores, 2009.
- SILVA, A.M. - Desafios contemporâneos para a educação de jovens e adultos. *Revista Educar*. 29 (Jan./Jun., 2007) 15-28.
- SIMÃO, A.; SILVA, A.; SÁ, I. (Org.) - *Auto-Regulação da Aprendizagem. Das concepções às práticas*. Lisboa: Educa, Unidade de I&D de Ciências da Educação, Centro de Psicometria e Psicologia da Educação, 2007.
- SIMÕES, C.; SIMÕES, H. - Maturidade Pessoal, Dimensões da Competência e Desempenho Profissional. In SÁ-CHAVES, I. (Org.). *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora, 1997.
- SIMÕES, C.; SIMÕES, J. - Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE® segundo as necessidades humanas fundamentais. *Referência*. II Série, 4 (Jun., 2007) 9-23.
- SINGHAPAKDI, A. [et al.] - Antecedents and consequences of perceived importance of ethics in marketing situations: a study of thai businesspeople. *Journal of Business Ethics*. 811 (2008) 887-904.
- SINGHAPAKDI, A.; VITELL, S.; FRANKE, G. - Antecedents, consequences and mediating effects of perceived moral intensity and personal moral philosophies. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 27:1 (1999) 19-35.
- SLETTENOE, A. - Dilemma: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 26: 3 (1997) 449-454.
- SMETANA, J. - Preschool children's conceptions of transgressions: Effects of varying moral and conventional domain-related attributes. *Developmental Psychology*. 21 (1985) 18-29.
- SORRELL, J.M. - Remembrance of things past through writing: esthetic patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Sciences*. 17:1 (1994) 60-70.

- SOUSA, M.A. – Editorial da revista sobre “Políticas de Saúde: Presente e Futuro”. *Revista Ordem Enfermeiros*. 33 (Janeiro, 2010) 1.
- SPRADLEY, J. - *Participant Observation*. London: Wadsworth, Thompson Learning, 1980.
- STEENHAUT, S.; KENHOVE, P. - An empirical investigation of the relationships among a consumer's personal values, ethical ideology and ethical beliefs. *Journal of Business Ethics*. 64 (2006) 137-155.
- STEWART, E. - Individual and school structural effects on African American high school student's academic achievement. *The High School Journal*. (Dez. 2007/Jan. 2008) 16-34.
- STEWART, M. [et al.] - *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand, Oaks, California: SAGE Publications, Inc., 1995.
- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. - *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 2ªEd. Loures: Lusociência, 2002.
- SWISHER, L. - A retrospective analysis of ethics knowledge. in physical therapy (1970-2000). *Physical Therapy*. 7: 82, (July, 2002) 692-706.
- TANNER, C. - Critical thinking: beyond nursing process. *Journal of Nursing Education*. 39:8 (2000) 338-339.
- TAPPAN, M.; PACKER, M. - *Narrative and Storytelling: Implications for understanding moral development*. San Francisco: Jossey-Bass, 1991.
- TAVARES, J. - Construção do Conhecimento e Aprendizagem. In TAVARES, J.; ALMEIDA, L. (Org.) *Conhecer, Aprender, Avaliar*. Porto: Porto Editora, 1998.
- TAVARES, J. - *Formação e Inovação no Ensino Superior*. Coleção CIDInE nº15. Porto: Porto Editora, 2003.
- TAVARES, J.; ALMEIDA, L. (Org.) *Conhecer, Aprender, Avaliar*. Porto: Porto Editora, 1998.
- TAVARES, J.; MOREIRA, A. (Ed.) - *Desenvolvimento, Aprendizagem, Currículo e Supervisão*. Aveiro: [s.n.], 1990.
- TEE, S. [et al.] - Being reasonable: supporting disabled nursing students in practice. *Nurse Education in Practice*. 10:4 (Jul., 2010) 216-221.

- TERENZINI, P.T.; PASCARELLA, E.T.; BLIMLING, G.S. - Student's out-of-class experience and their influence on learning and cognitive development: a literature review. *Journal of College student Development*. 37:2 (1996) 149-163.
- TERRA, M.C. [et al.] - O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: Novas possibilidades para a enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*. 15:Esp. (2006) 164-169.
- THIBAudeau, M. - A qualidade dos cuidados de saúde: uma necessidade. *Enfermagem em Foco*. Ano 4, 15 (1995) 14-16.
- THOMPSON, I.; MELIA, K.; BOYD, K. - *Ética em Enfermagem*. 4ªEd. Loures: Lusociência, 2004.
- TIAN, Q. - Perception of business bribery in China. The impact of moral philosophy. *Journal of Business Ethics*. 80 (2008) 437-445.
- TISAK, M.; TURIEL, E. - Variation in seriousness of transgressions and children's moral and conventional concepts. *Development Psychology*. 24 (1988) 352-357.
- TONG, R. - The ethics of care: A feminist view of care for healthcare practitioners. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2: 23 (1998) 131-152.
- TOREN, O.; WAGNER, N. - Applying an ethical decision-making tool to a good nurse management dilemma. *Nursing Ethics*. 17:3 (2010) 393-402.
- TORNABENI, J.; MILLER, J. - The power of partnership to shape the future of nursing: the evolution of the clinical nurse leader. *Journal of Nursing Management*. 16:5 (Jul., 2008) 608-613.
- TREVINO, L.K.; VICTOR, B. - Peer reporting of unethical behaviour: a social context perspective. *Academy of Management Review*. 35:1 (1992) 38-64.
- TROBEC, I.; HERBST, M.; Žvanut, B. - Differentiating between rights-based and relational ethical approaches. *Nursing Ethics*. 16:3 (2009) 248-291.
- TSCHUDIN, V. - Nursing ethics: The last decade. *Nursing Ethics*. 17:1 (2010) 127-131.
- TURALE, S.; ITO, M.; NAKAO, F. - Issues and challenges in nursing and nursing education in Japan. *Nurse Education in Practice*. 8:1 (Jan., 2008) 1-4.
- TURIEL, E. - *The Development of Social Knowledge: morality and convention*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983. p.34-39.

- TURNER, S.; BEDDOES, L. - Using reflective models to enhance learning: Experiences of staff and students. *Nurse Education in Practice*. 7:3 (May, 2007) 135-140.
- UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING MIDWIFERY AND HEALTH VISITING (UKCCNMHV) - *Clinical Supervision: Guidelines for practice*. London: UKCC, 1996.
- VALA, J. - *Análise de Conteúdo: Metodologia das Ciências Sociais*, 7ªEd., Porto: Edições Afrontamento, 1989.
- VALADARES, J.A.; MOREIRA, M.A. - *A teoria da Aprendizagem Significativa. Sua fundamentação e implementação*. Coimbra: Almedina, 2009.
- VALLERAND, R. (1989). Vers une methodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: *Canadian Psychology*, 30, 662-680.
- VANLAERE, L.; COUCKE, T.; GASTMANS, C. - Experiential learning of empathy in care-ethics lab. *Nursing Ethics*. 17:3 (2010) 325-336.
- VARELA, F.J. - *Sobre a Competência Ética*. Lisboa: Edições 70, 1992.
- VAZ, A. - Novas formas de gestão hospitalar. In: PROENÇA, J. [et al.]. *O Hospital Português: Os profissionais de saúde, a gestão e o utente*. Porto: Vida Económica – Conferforum, 2000.
- VEATCH, R. - Internal and External Sources of Morality for Medicine. In THOMASMA, D; KISSELL, J. - *The Health Care Professional as Friend and Healer: Building on the work of Edmund Pellegrino*. Washington: Georgetown University Press, 2000. p.432-486.
- VEIGA, J. - *Ética em Enfermagem: análise, problematização e (re)construção*. 1ªEd. Lisboa: Climepsi Editora, 2006.
- VITELL, S.; SINGHAPAKDI, A. - Ethical ideology and its influence on the norms and judgements of marketing practitioners. *The Journal of Marketing Management*. (Spring/Summer, 1993) 1-11.
- WADENSTEN, B. [et al.] - A cross-cultural comparison of nurses' ethical concerns. *Nursing Ethics*. 15:6 (2008) 745-760.
- WADENSTEN, B.; AHLSTRÖM, G. - The struggle for dignity by people with severe functional disabilities. *Nursing Ethics*. 16:4 (2009a) 453-465.
- WADENSTEN, B.; AHLSTRÖM, G. - Ethical values in personal assistance: narratives of people with disabilities. *Nursing Ethics*. 16:6 (2009) 759-774.



- WAJSH, C.; HARDY, R. - Dispositional differences in critical thinking related to gender and academic major. *Journal of Nursing Education*. 38:4 (1999) 149-155.
- WAKEFIELD, A.; CARLISLE, C.; HALL, A.; ATTREE, M. - The expectations and experiences of blended learning approaches to patient safety education. *Nurse Education in Practice*. 8:1 (Jan., 2008) 54-61.
- WALLACE, M.J. - *Training Foreign Language Teachers: A reflective approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
- WATSON, J. - *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1988.
- WATSON, J. - *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press, 1985.
- WATSON, J. - Reflections: Florence Nightingale and the enduring legacy of transpersonal human caring. *Journal of Holistic Nursing*. 2:16 (1998) 292-294.
- WATSON, J. - The moral failure of the patriarchy. *Nursing Outlook*. 38 (1990) 62-66.
- WATSON, J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. 2ªEd. Boulder: Colorado University Press, 1985.
- WEINER, B. - *Human Motivation: metaphors, theories and research*. Newbury Park, CA: Sage, 1992.
- WELLARD, S.; SOLVOLL, B.; HEGGEN, K. - Picture of Norwegian clinical learning laboratories for undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*. 9:4 (Jul., 2009) 228-235.
- WHITE, R.; EWAN, C. - *Clinical Teaching in Nursing*. Cheltenham: Chapman & Hall, 1991.
- WHITTY-ROGERS, J. [et al.] - Working with children in end-of-life decision making. *Nursing Ethics*. 16:6 (2009) 743-758.
- WILSON, C. - Developing community in care homes through a relationship centred approach. *Health & Social Care in the Community*. 17:2 (Mar., 2009) 177-186.
- WILSON, E.M. - Nursing students' perspective of learning in clinical setting. *Journal on Nursing Education*. 33: 2 (1994) 81-86.
- WINDSOR, A. - Nursing student's perceptions of clinical experience. *Journal of Nursing Education*. 26 (1987) 150-154.

- WOLCOTT, H. - Ethnographic research in education. *British Journal of Educational Psychology*. 66 (1988) 187-257.
- WONG, J.; WONG, S. - Towards effective clinical teaching in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 12:4 (1987) 505-513.
- WOODS, N.F.; CATANZARO, M. - *Nursing research: theory and practice*. St. Louis, MS: The C. V. Mosby, 1988.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Who-satis Consumer's and caregiver's satisfaction with Mental Health Services: a Multisite Study*. Division on Mental Health, Genève, 1996.
- YEN, M.; LI-HUA, L. - A model for testing the relationship of nursing care and patient outcomes. *Nursing Economics*. 22:2 (Mar./Apr., 2004) 75-80.
- YIN, R. - *Estudo de Caso. Planejamento e métodos*. 3ªEd. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- ZAGONEL, I.P. - Contribuição do cuidado de enfermagem à humanização da parturição. *Cogitare Enfermagem*. 2:2 (Jul./Dez., 1997) 34-38.
- ZEIDNER, M.; BOEKAERTS, M.; PINTRICH, P. - Self-Regulation. Directions and challenges for future research. In: BOEKAERTS, M.; PINTRICH, P.; ZEIDNER, M. (Eds.). *Handbook of Self-Regulation*. London: Academic Press, 2000. p.503-529.
- ZIMMERMAN, B. - Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In: BOEKAERTS, M.; PINTRICH, P.; ZEIDNER, M. (Eds.) - *Handbook of Self-Regulation*. New-York: Academic Press, 2000. p.13-39.
- ZIMMERMAN, B.J. - Developing self-fulfilling cycles of academic regulation: An analysis of exemplary instructional models. In: SCHUNK, D.H.; ZIMMERMAN, B.J. (Eds.) – *Self-Regulated Learning. From Teaching to Self-Reflexive Practice*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1998. p.1-19.
- ZIMMERMAN, B.J. - Academic studying and the development of personal skill: A self-regulatory perspective. *Educational Psychologist*. 33 (1998a) 73-86.
- ZIMMERMAN, B.J. - Becoming a self-regulated learner: An overview. *Theory into Practice*. 41:2 (2002) 64-70.
- ZIMMERMAN, B.J. - Models of self-regulated learning and academic achievement. In: ZIMMERMAN, B.J.; SCHUNK, D.H. (Eds.). *Self-Regulated Learning and Academic Achievement: Theory, Research and Practice*. New York: Springer-Verlag, 1989.

- ZIMMERMAN, B.J. - Self-regulated learned and academic achievement: an overview. *Educational Psychologist*. 25:1 (1990) 3-17.
- ZIMMERMAN, B.J.; MARTINEZ-PONS, M. - Construct validation of a strategy model of student self-regulated learning. *Journal of Educational Psychology*. 80:3 (1988) 284-290.
- ZIMMERMAN, B.J.; MARTINEZ-PONS, M. - Development of a structured interview for assessing student use of self-regulated learning strategies. *American Educational Research Journal*. 23:4 (1986) 614-628.



**2. Documentos legais**

LEI nº 27/2002. D.R. I Série. 258 (2002-11-08) 7150-7154.

LEI nº 48/90. D.R. I Série.195 (90-08-24) 3452-3459.

LEI nº 111/2009. D.R. I Série.180 (2009-09-16) 6528-6550.

DECRETO-LEI nº11/93. D.R. I Série-A. 12 (93-01-15) 129-134.

DECRETO-LEI nº101/2006. D.R. I Série-A. 205 (2006-06-06), 3856-3865.

DECRETO-LEI nº104/98. D.R. I Série-A. 93 (98-04-21), 1739-1757.

DECRETO-LEI nº161/96. D.R. I Série-A. 205 (96-09-09), 2959-2962.

DECRETO-LEI nº281/2003. D.R. I Série-A. 259 (2003-11-08) 7492-7499.

DECRETO-LEI nº353/99. D.R. I Série-A. 206 (1999-09-03) 6198-6201.

PORTARIA nº799-D/99. D.R. I Série-B. 219 (99-09-18), 6510-6512.



### 3. Dissertações e teses

ABREU, W. - *Dinâmicas da formatividade dos enfermeiros: subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar*. Lisboa: na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 1994. Dissertação de Mestrado.

ABREU, W. - *Identidade, Formação e Trabalho: Da formatividade à configuração identitária dos enfermeiros (estudo multicaseos)*. Lisboa: na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 1998. Tese de Doutoramento.

ALMEIDA, T.M. - *Contributo da Supervisão na Gestão do Stress em Ensino Clínico de Enfermagem*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006. Dissertação de Mestrado.

BATISTA, P. - *Os Enfermeiros e a Tomada de Decisão em Situação Crítica: Aspectos socioprofissionais e bioéticos*. Évora: Universidade de Évora, 2006. Dissertação de Mestrado.

BELO, A.P. - *Supervisão de Ensino Clínico em Enfermagem. Perspectiva do aluno*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2003. Dissertação de Mestrado.

CARVALHO, L. - *Factores que influenciam a aprendizagem dos alunos de enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 1996. Dissertação de Mestrado.

COSTA, J. - *Auto-regulação da Aprendizagem: para uma caracterização multidimensional do desenho académico*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2001. Tese de Doutoramento.

FERNANDES, S. - *Vivências e Percepções do Estágio Pedagógico: A perspectiva dos estagiários da Universidade do Minho*. Braga: Universidade do Minho, 2003. Tese de Doutoramento.

FERREIRA, M.J. - *Supervisão e Desenvolvimento de Competências na Relação de Ajuda em Enfermagem*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006. Dissertação de Mestrado.

FIGUEIRA, A. - *Em torno do rendimento escolar*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1994. Dissertação  
LEITÃO, M.N. - *Formação Inicial em Enfermagem. Concepções e Prática de Orientação*. Lisboa: Instituto de Educação da Universidade Católica Portuguesa, 2000. Tese de Mestrado.

- FIGUEIRA, A.P. - *Em Torno do Rendimento Escolar*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1994. Dissertação de Mestrado.
- FONSECA, M.J. - *Supervisão de Ensino Clínico em Enfermagem. Perspectiva do docente*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.
- FRANÇA, P. - *A Emergência da Consciência Bioética e o Cuidar*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2003. Tese de Doutoramento.
- LEITÃO, M.N. - *Formação Inicial em Enfermagem. Concepções e Prática de Orientação*. Lisboa: Instituto de Educação da Universidade Católica Portuguesa, 2000. Dissertação de Mestrado.
- LEITÃO, M.N. - *Formação Inicial em Enfermagem. Concepções e Prática de Orientação*. Lisboa: Instituto de Educação da Universidade Católica Portuguesa, 2000. Dissertação de Mestrado.
- PEREIRA, A. - *Percepção da Relação Professor/Aluno na Prática Clínica de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 1996. Dissertação de Mestrado
- PINTO, C. - *O Respeito no Cuidado de Enfermagem: Perspectiva do Doente Terminal*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2003. Dissertação de Mestrado.
- RODRIGUES, M<sup>a</sup> M. - *Valores Profissionais: A Excelência do Agir em Enfermagem*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, 2000. Dissertação de Mestrado.
- RUA, M. - *De Aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2009. Tese de Doutoramento.
- SANTOS, E. - *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico. Estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2009. Tese de Doutoramento.
- SARNADAS, L. - *Factores desencadeantes de ansiedade e stress durante o ensino clínico*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, 2000. Dissertação de Mestrado.
- SILVA, M. - *Formação e construção da identidade. Um estudo de caso centrado numa equipa multidisciplinar*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2005. Tese de Doutoramento.



SIMÕES, J.F. - *Supervisão de Ensino Clínico em Enfermagem. Perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Aveiro: Universidade de Aveiro. 2004. Dissertação de Mestrado.



#### 4. Documentos electrónicos

- ARAÚJO, E.; VASCONCELOS, E.; LIMA, L. - Os padrões de conhecimento da enfermagem relacionados à síndrome da imunodeficiência adquirida em adolescentes. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 4: 2 (2005). [Consult. 03 Dez. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.uff.br>.
- AVELAR, M.C.; MONGE, R.A. - A assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal: percepção dos enfermeiros. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 8: 1 (2009). [Consult. 03 Dez. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.unifesp.br>.
- CAMARGO, T. [et al.] - O conhecimento sócio-político e o enfermeiro: reflexão. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 7: 3 (2008). [Consult. 03 Dez. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.unifesp.br>.
- CESTARI, M.E. - Os padrões do conhecimento de enfermagem na produção textual de acadêmicas. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 4: 3 (2005). [Consult. 03 Dez. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.unifesp.br>.
- CESTARI, M.E.; ROSA, I.M. - A relação com o aprender de enfermeiras e estudantes de enfermagem. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 6: 2 (2007). [Consult. 03 Dez. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.unifesp.br>.
- COMITÉ DE GESTIÓN DE TUNING (CGT) - Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia, 2009. [Consult. 30 Jan. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.tuning.unideusto.org>.
- COTTRELL, S. - *Introduction to clinical supervision*, 2000. [Consult. 06 Abril de 2008]. Disponível em WWW: <URL <http://www.clinical-supervision.com>
- LACERDA; ZAGONEL; MARTINS - Padrões do conhecimento de enfermagem e sua interface ao atendimento domiciliar à saúde. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 5: 2 (2006). [Consult. 03 Dez. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.unifesp.br>.
- MOREIRA, K. [et al.] - A humanização no parto: um estudo bibliográfico. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 3: 5 (2007). [Consult. 25 Nov. 2009]. Disponível em WWW: <URL <http://www.objnursing.uff.br>.
- NACIONAL INSTITUTES OF HEALTH - The Belmont Report: Ethical guidelines for the protection of human subject's os research. . [Consult. 16 de Abril de 2010]. Disponível em WWW: <URL:<http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont/html>.

- NUNES, L. - *Análise dos Deveres Profissionais na Garantia dos Direitos das Pessoas*. [Consult. 20 de Março de 2008]. Disponível em WWW: <URL:[http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta\\_files/Deveres\\_direitos\\_ICN\\_LN.pdf](http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/Deveres_direitos_ICN_LN.pdf)>.
- OLIVEIRA; LOPES, M.; ARAÚJO, T. - Modo fisiológico do modelo de adaptação de Sister Callista Roy: análise reflexiva segundo Meleis. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 5: 1 (2006). [Consult. 03 Dez. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.unifesp.br>>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Implementação e Consolidação do Enfermeiro de Família em Portugal. *Padrões*. [Consult. 02 Abril de 2008]. Disponível em WWW: <URL <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, 2001. [Consult. 06 Abril de 2008]. Disponível em WWW: <URL <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência*. Artigo 2º do Capítulo 1. 2000.[Consult. 06 de Abril de 2008]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Tomada de Posição* (Parecer 136/2007 – Proposta de Enunciado de Posição de 23 de Abril). 2007.[Consult. 25 de Novembro de 2009]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING - *Defining Nursing*. 2003. [Consult. 03 Dez. 2009]. Disponível em WWW: <URL <http://www.rcn.org.uk/>>. p.3.
- SILVA, D.; BATOCA, E. - O conhecimento científico e a enfermagem. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2: 5 (2003). [Consult. 03 Dez. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.unifesp.br>>.
- SOUSA, P. - Aprendizagem auto-regulada no contexto escolar: uma abordagem motivacional. *Psicologia*. 2006) [Consult. 03 Jan. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.psicologia.com.pt>>.

**ANEXOS**



---

**ANEXO I**

**Questionário de Posição Ética**







## QUESTIONÁRIO DE POSIÇÃO ÉTICA

**Instruções:** No presente questionário encontra uma série de afirmações. Cada uma representa uma opinião de senso comum, não existem respostas certas ou erradas. Provavelmente irá discordar de alguns itens e concordar com outros. Interessa-nos saber até que ponto concorda ou discorda com os assuntos mencionados.

Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e indique até que ponto, concorda ou discorda, assinalando com uma cruz (X) o valor que corresponde à sua apreciação, considerando:

- 1 = Discordo completamente
- 2 = Discordo parcialmente
- 3 = Nem concordo nem discordo
- 4 = Concordo parcialmente
- 5 = Concordo completamente

1. As pessoas devem assegurar que as suas acções nunca causem intencionalmente danos a outra, mesmo que eles se manifestem em grau reduzido.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

2. Colocar o outro em risco não deve ser tolerado em circunstância alguma, independentemente desse risco ser pequeno.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

3. A existência de potenciais danos a outra pessoa é sempre um acto errado, independentemente dos benefícios que daí advenham.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

4. Nunca se deve causar danos psicológicos ou físicos a outro.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

5. Nunca se deve praticar uma acção que poderá ameaçar de alguma forma a dignidade e bem-estar de outro indivíduo.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

6. Se uma acção puder causar danos a um inocente, então não deverá ser realizada.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

7. Decidir a execução ou não de um acto através da ponderação das suas consequências positivas e negativas, é imoral.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

8. A dignidade e o bem-estar das pessoas devem ser as preocupações mais importantes em qualquer sociedade.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

9. Nunca é necessário sacrificar o bem-estar de outros.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

10. Os comportamentos morais são as acções que mais se aproximam dos ideais da acção mais “perfeita”.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

11. Não existem princípios éticos que sejam tão importantes que devam fazer parte de um código de ética.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

12. O que é ético varia de acordo com a situação e a sociedade em que se insere.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

13. Os padrões morais podem ser vistos como factos individuais, o que quer dizer que, o que uma pessoa considera um acto moral poderá ser julgado como imoral por outra.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

14. Os diferentes tipos de moralidade não podem ser comparados a respeito da sua “rectidão”.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

15. As questões acerca do que é a ética nunca serão resolvidas, uma vez que a atitude moral depende exclusivamente do indivíduo.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

16. Padrões morais são simplesmente regras pessoais que indicam como uma pessoa se deve comportar, e não devem ser aplicadas para efectuar julgamentos acerca de outros.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

17. As considerações éticas nas relações interpessoais são tão complexas que deveria ser permitido aos indivíduos formularem as suas próprias regras.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

18. A classificação rígida da posição ética, que impeça certos tipos de acções, poderá constituir um obstáculo a um melhor ajustamento das relações humanas.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

19. Não pode ser formulada nenhuma regra referente a mentir; se a mentira é admissível ou não, só depende da situação.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

20. O julgamento da moralidade ou imoralidade da mentira depende das circunstâncias que envolvem a acção.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

**Caracterização amostra:**

1. Sexo: Feminino  Masculino

2. Idade: \_\_\_\_\_ anos

3. Ano de Curso: 1.º Ano

2.º Ano

3.º Ano

4.º Ano



**ANEXO II**

**Pedido de autorização para a colheita de dados**



Exm<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Presidente do Conselho Directivo  
da Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes

Cristina Maria Correia Barroso Pinto, professor-adjunto da Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes, em virtude de se encontrar na fase de colheita de dados do doutoramento na área da Didáctica e Tecnologia Educativa na Universidade de Aveiro cujo título é “*Desenvolvimento do pensamento ético em contexto da formação inicial dos enfermeiros*”, vem por este meio solicitar a vossa excelência, autorização para efectuar a referida colheita aos alunos do 1.º, 2.º, 3.º e 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. De salientar, que a colheita de dados constará de observação dos estudantes durante os seus ensinamentos clínicos (observação participante), efectuada em diferentes períodos, na qual se poderá sentir a necessidade de recorrer a outras técnicas: aplicação de questionário, diários de aprendizagem, conversas informais e entrevistas.

Saliento ainda que, na recolha de dados, serão assegurados todos os princípios éticos que um trabalho deste tipo obriga. Mesmo podendo existir alterações de planeamento, os períodos de observação serão os seguintes:

| <b>ANO</b> | <b>MÊS</b>         | <b>CURSO</b>          | <b>COORDENADORA</b>                           |
|------------|--------------------|-----------------------|---|
| 2006       | Outubro / Novembro | 6.º CLE - B (2.º ano) | Prof. <sup>a</sup> Olga Castro                |
| 2007       | Janeiro/ Fevereiro | 7.º CLE - B (1.º ano) | Prof. <sup>a</sup> M <sup>a</sup> Carmo Rocha |
| 2007       | Março / Abril      | 6.º CLE - A (4.º ano) | Prof. <sup>a</sup> Berta Almeida              |
| 2007       | Junho/ Julho       | 5.º CLE (3.º ano)     | Prof. <sup>a</sup> Josefina Frade             |

Sem outro assunto, grata pela atenção dispensada e convicta da sua compreensão.

Pede deferimento

Porto, 11 de Setembro de 2006





**ANEXO III**

**Pedido de consentimento informado para a observação participante**



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PARTICIPAÇÃO NA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

Confirmando que expliquei ao estudante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. A observação, feita com conhecimento prévio do responsável da unidade de saúde e do tutor que orienta o ensino clínico, destina-se exclusivamente ao estudo em questão “Desenvolvimento do pensamento ético em contexto da formação inicial dos enfermeiros”. Pretende-se assim, reunir evidências que possibilitem efectuar recomendações fundamentais ao nível da educação em enfermagem que contribua para a intervenção junto dos enfermeiros a nível da aprendizagem da ética no contexto da sua formação inicial. Toda a informação recolhida fica à guarda e responsabilidade de Cristina Maria Correia Barroso Pinto.

Em qualquer caso, é garantido que há ocultação de dados de identificação do participante. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte o percurso académico do participante. Também é expressamente garantido que haverá destruição de toda a informação ao fim de 6 meses da apresentação formal do estudo.

Nome legível do responsável pela proposta: | Cristina Maria Correia Barroso Pinto

|Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

.....  
Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que concordo com o que me foi proposto e explicado pelo responsável pelo estudo que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do acto indicado nas condições em que me foram explicadas.

Porto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_



---

**ANEXO IV**

**Pedido de consentimento informado para entrevista**



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
GRAVAÇÃO DE ENTREVISTA**

Confirmando que expliquei ao estudante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. As gravações feitas destinam-se exclusivamente ao estudo em questão “Desenvolvimento do pensamento ético em contexto da formação inicial dos enfermeiros”. Pretende-se assim, reunir evidências que possibilitem efectuar recomendações fundamentais ao nível da educação em enfermagem que contribuam para a intervenção junto dos enfermeiros a nível da aprendizagem da ética no contexto da sua formação inicial. Toda a informação recolhida fica à guarda e responsabilidade de Cristina Maria Correia Barroso Pinto.

Em qualquer caso, é garantido que há ocultação de dados de identificação do participante. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte o percurso académico do participante. Também é expressamente garantido que haverá destruição de toda a informação ao fim de 6 meses da apresentação formal do estudo.

Nome legível do responsável pela proposta: Cristina Maria Correia Barroso Pinto

|

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

.....

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que concordo com o que me foi proposto e explicado pelo responsável pelo estudo que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do acto indicado nas condições em que me foram explicadas.

Porto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_





---

**ANEXO V**

**Guião da Entrevista**



UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
DEPARTAMENTO DE DIDACTICA E TECNOLOGIA EDUCATIVA

**DESENVOLVIMENTO DO PENSAMENTO ÉTICO NO CONTEXTO  
DA FORMAÇÃO INICIAL DOS ENFERMEIROS**

- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA -

Cristina Barroso Pinto

Aveiro, 2007



## ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURAA

- GUIÃO –

### I - OBJECTIVOS GERAIS:

- a) Conhecer as características do contexto clínico;
- b) Identificar as competências desenvolvidas pelos estudantes;
- c) Compreender o processo da formação do pensamento ético nos estudantes de enfermagem;
- d) Conhecer a influência dos modelos da prática na formação do estudante;
- e) Analisar as práticas supervisivas e a sua influência na forma de pensamento do estudante;
- f) Avaliar a influência da disciplina de ética no juízo moral dos estudantes;

### II – BLOCOS TEMÁTICOS:

| DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS                           | OBJECTIVOS  | FORMULÁRIO DE PERGUNTAS   |
|---|---|---|
| <b>A.</b> Legitimação da entrevista e motivação | <b>A.1.</b> Motivar o entrevistado a participar na entrevista;<br><br><b>A.2.</b> Legitimar a entrevista. | <b>A.1.1.</b> Informar sobre a pesquisa desenvolvida e seus objectivos;<br><b>A.1.2.</b> Solicitar a colaboração do entrevistado salientando a importância do estudo;<br><b>A.2.1.</b> Assegurar confidencialidade de todas as informações fornecidas;<br><b>A.2.2.</b> Informar que no final do estudo, e caso o deseje, terá acesso aos dados e que, em qualquer altura, poderá parar a entrevista.<br><b>A.2.3.</b> Solicitar autorização para a gravação da entrevista em fita magnética, que após tratamento da informação e decorridos 6 meses da defesa do trabalho, será destruída. |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>B.</b> Caracterização do entrevistado</p>  | <p><b>B.1.</b> Caracterizar os participantes do estudo.</p>   | <p><b>B.1.1.</b> Solicitar dados sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Idade,</li> <li>b) Sexo,</li> <li>c) Ano de curso.</li> </ul>   |
| <p><b>C.</b> Natureza do contexto da prática</p> | <p><b>C.1.</b> Identificar as características do contexto clínico;</p> <p><b>C.2.</b> Avaliar a forma como foi feita a integração dos estudantes no contexto clínico.</p>   | <p><b>C.1.1.</b> Esta não é a sua primeira experiência clínica. Quais as características deste contexto?</p> <p><b>C.2.1.</b> Indique quais as estratégias que foram utilizadas na sua integração no serviço.</p> <p><b>C.2.2.</b> Essas estratégias foram as mais adequadas?</p>   |
| <p><b>D.</b> Expectativas dos estudantes</p>     | <p><b>D.1.</b> Conhecer as expectativas dos estudantes relativas à prática clínica.</p>   | <p><b>D.1.1.</b> Antes de iniciar o estágio nesta unidade de cuidados, que expectativa tinha em relação à aprendizagem?</p> <p><b>D.1.2.</b> Essa expectativa correspondeu à realidade encontrada?</p>  |
| <p><b>E.</b> Trajectórias da aprendizagem</p>    | <p><b>E.1.</b> Identificar as competências desenvolvidas pelos estudantes na prática clínica;</p> <p><b>E.2.</b> Analisar a construção do pensamento do estudante em contexto clínico;</p> <p><b>E.3.</b> Avaliar a forma como a reflexão influencia a aprendizagem do estudante em contexto clínico.</p> | <p><b>E.1.1.</b> Indique três experiências significativas que desenvolveu nesta unidade de cuidados.</p> <p><b>E.1.2.</b> O que aprendeu com essas experiências?</p> <p><b>E.2.1.</b> Até que ponto a escola o preparou para o ensino clínico?</p> <p><b>E.2.2.</b> Escolha um exemplo de uma experiência que tenha sido significativa para si. Como se converteu ela num momento de aprendizagem?</p> <p><b>E.3.1.</b> Até que ponto as reuniões/discussões em grupo são importantes para a sua aprendizagem?</p> <p><b>E.3.2.</b> Neste ensino clínico, foram-lhe pedidos diários de aprendizagem. Como contribuíram estes para a sua aprendizagem?</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>F.</b> Influência dos modelos da prática</p> | <p><b>F.1.</b> Perceber a influência dos profissionais no desenvolvimento da profissionalidade dos estudantes.</p>  | <p><b>F.1.1.</b> Neste ensino clínico teve a oportunidade de lidar com profissionais. O que gostou mais a nível das práticas que observou?</p> <p><b>F.1.2.</b> E do que gostou menos?</p> <p><b>F.1.3.</b> Em que medida é que os enfermeiros o(a) apoiaram no desenvolvimento das suas actividades?</p>  |
| <p><b>G.</b> Supervisão</p>                        | <p><b>G.1.</b> Caracterizar as estratégias supervisivas desenvolvidas no apoio ao estudante;</p> <p><b>G.2.</b> Identificar as pessoas significativas no decurso da aprendizagem clínica;</p> <p><b>G.3.</b> Analisar as expectativas dos estudantes em matéria de apoio à aprendizagem clínica.</p>            | <p><b>G.1.1.</b> Certamente que durante o ensino clínico teve algumas dificuldades. Quem lhe deu mais apoio no sentido de as ultrapassar?</p> <p><b>G.2.1.</b> Esse suporte correspondeu às suas expectativas? Em que medida?</p> <p><b>G.2.2.</b> Que papel desempenhou o tutor na sua aprendizagem clínica?</p> <p><b>G.3.1.</b> Existe algum aspecto na orientação que gostaria tivesse sido diferente? Qual e porquê?</p>  |
| <p><b>H.</b> Desafios éticos</p>                   | <p><b>H.1.</b> Identificar dilemas éticos que surgiram no ensino clínico;</p> <p><b>H.2.</b> Analisar as atitudes dos estudantes quando confrontados com dilemas éticos;</p> <p><b>H.3.</b> Avaliar os modos de influência do módulo de ética no processo de aprendizagem do estudante em contexto clínico.</p> | <p><b>H.1.1.</b> Quais foram os dilemas éticos com que se confrontou na sua experiência clínica?</p> <p><b>H.2.1.</b> Refira dois desses dilemas. Que atitude tomou em ambos os contextos?</p> <p><b>H.2.2.</b> Considera ter tomado a atitude mais correcta? Porquê?</p> <p><b>H.3.1.</b> Face a cada uma das situações descritas, quais os valores que considera estarem envolvidos?</p> <p><b>H.3.2.</b> A forma como é ministrado o módulo de ética influencia a aprendizagem em contexto clínico? Porquê?</p> |
| <p><b>I.</b> Finalização</p>                       | <p><b>I.1.</b> Agradecer a colaboração prestada</p>   | <p><b>I.1.1.</b> Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada.</p>  |





**ANEXO VI**

**Matrizes de redução das observações participantes**



**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)****DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>        | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-----------------------|---------------|---|
| Natureza socioclínica | NATSC         | <p>Este contexto é uma extensão de um Centro de Saúde de uma grande cidade que funciona com uma equipa multiprofissional composta por médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros, administrativos, psicóloga e assistente social, sendo que estas duas últimas especialidades funcionam apenas duas vezes por semana. Está aberto ao público de segunda e sexta-feira, das 8h às 20h. Este Centro de Saúde está dividido por Módulos, apresenta um total de 5 Módulos, em cada um dos Módulos está sediado um médico e para cada 2 Módulos um 1 enfermeiro. Ao enfermeiro cabe dar o apoio necessário à consulta médica, efectuar as consultas de enfermagem e os tratamentos. Existe, contudo um enfermeiro que fica responsável apenas por um Módulo mas que tem a seu cargo a sala de vacinação. Existe sempre um médico e uma enfermeira disponível para o atendimento dos casos urgentes – consulta de recurso. As consultas de enfermagem, tal como as médicas, estão sujeitas a marcação prévia, existindo dias destinados para as seguintes consultas: saúde infantil e juvenil, saúde materna, grupos de risco (diabéticos e hipertensos), planeamento familiar e saúde do adulto. São ainda desenvolvidas actividades de saúde escolar e visitação domiciliária. Da análise das salas de espera e da diversidade das consultas efectuadas verifica-se que a faixa etária é predominantemente bastante avançada, predominando os idosos, e que se efectuam muitos atendimentos diários. É uma unidade já com alguns anos, com boas instalações físicas e também bastante agitada em termos de afluência, uma vez que se situa numa zona habitacional um pouco carenciada, com uma população inscrita muito elevada em termos numéricos. Este Centro de Saúde, assim como outros, futuramente tende a caminhar para uma Unidade de Saúde familiar (USF).</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)****DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>                          | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|---|---------------|---|
| Características da prática profissional | CARPP         | <p>Nesta unidade a consulta de enfermagem é efectuada antes da médica e só em casos particulares após a mesma. Cada enfermeira possui as suas famílias às quais presta cuidados, que correspondem às mesmas de dois determinados médicos. Como princípio geral, as enfermeiras desenvolvem as suas actividades baseando-se na prática de cuidados personalizados, compatíveis com a figura de enfermeiro de família. Para cada utente fazem a consulta de enfermagem correspondente, onde avaliam o estado do mesmo dando especial realce às actividades de educação para a saúde. Não existem ainda registos informáticos, sendo estes apenas efectuados em suporte de papel. Neste momento existe já um grupo considerável de enfermeiras que está a trabalhar no sentido da implementação da informatização dos registos que serão para a futura USF. Nos seus registos, as enfermeiras apontam apenas o que foi observado e efectuado. As consultas de enfermagem não são agendadas antecipadamente com horário de atendimento pré-definido realizando-se consoante a chegada dos utentes ao Centro de Saúde o que gera um aglomerado significativo em determinados horários. No mesmo dia, a enfermeira executa os tratamentos curativos e avalia os utentes para as consultas médicas. Como só existe uma sala de tratamentos para os dois módulos, sempre que o médico quer avaliar a ferida do utente é necessário efectuar uma gestão dessa sala. Se bem que o desempenho profissional das enfermeiras nos diversos Módulos é baseado na figura de enfermeiro de família, o mesmo não se passa nos domicílios e na sala de vacinação. Por uma questão de gestão de recursos humanos e materiais (justificação dada pela enfermeira responsável da unidade), estes são efectuados apenas por uma enfermeira. De salientar, que a maioria dos domicílios efectuados são curativos.</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)****DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>         | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|------------------------|---------------|--|
| Processo de integração | PROIN         | <p>O processo de integração dos estudantes decorreu com normalidade. No primeiro dia o grupo de estudantes foi recebido pela Sr.ª Enf.ª Responsável pela Unidade que se apresentou e, de seguida, em reunião deu informações pormenorizadas sobre o funcionamento da mesma, incluindo a sua organização pelos diversos Módulos explicando como cada um estava organizado. Para além dessa informação, foi dado a conhecer outros serviços e apoios que a unidade oferece à comunidade, de que é exemplo a visita domiciliária, assim como outras actividades que incidem na vigilância e ensino da população acerca dos hábitos de vida saudável como a saúde escolar. Posteriormente foi feita uma visita guiada às instalações onde foram apresentados, quer os espaços físicos quer os recursos humanos (enfermeiros, médicos, auxiliares, etc.). Nos dias seguintes da primeira semana, os estudantes foram distribuídos pelos diferentes Módulos e visita domiciliária, onde permaneceram de forma a completar a sua integração. Em cada um dos Módulos contactaram com a enfermeira responsável pelo mesmo. Notou-se que, inicialmente, e devido ao facto de ser a sua primeira experiência clínica, o grupo de estudantes estava um pouco receoso e apreensivo, apresentando algumas dificuldades na sua inserção na prática de cuidados. Quer o contexto, pelas suas condições físicas e estruturais, quer os actores pela sua amabilidade, disponibilidade e apoio, mostraram ser elementos facilitadores em todo este processo, levando a que, de forma muito genérica, o grupo de estudantes, conseguisse integrar-se sem grandes dificuldades neste contexto da prática de cuidados.</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)**

**DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>           | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|--------------------------|---------------|---|
| Processo de socialização | PROSO         | O processo de socialização dos estudantes decorreu com a normalidade esperada. Verificou-se existir uma preocupação constante pela aproximação e identificação com as situações da prática clínica. A procura das situações de aprendizagem, por parte do grupo, foi também uma constante. Claro que o assumir de novos papéis não foi fácil para os estudantes. Verificou-se o empenho do grupo, talvez devido ao facto de ser a primeira experiência clínica, por vezes, foi necessário serem os enfermeiros da prática de cuidados, a apoiar os estudantes na sua inclusão nas tarefas. De maneira geral, os estudantes conseguiram integrar-se bem no grupo profissional evidenciando reconhecimento e confiança no desempenho do trabalho executado. |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)****DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b>              | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|-----------------------------|---------------|--|
| Expectativas dos estudantes | EXEST         | O grupo de estudantes apresentava divergências quanto às expectativas, alguns elementos não apresentavam expectativas definidas, dois elementos esperavam que o contacto com a prática de cuidados lhes mostrasse a realidade da profissão para poder tomar uma decisão acerca do futuro profissional, uma vez que não tinha sido a sua primeira opção em termos de curso. A grande maioria esperava ultrapassar os seus medos e ansiedades, aprender com a prática e ter experiências, quer em termos de quantidade, quer em termos de diversidade de situações. De forma muito genérica, nas aprendizagens realçavam os aspectos técnicos. |
| Saberes adquiridos          | ADANT         | Por se tratar da sua primeira experiência clínica, os estudantes não possuem um grande leque de conhecimentos que lhes permita ter um conjunto de saberes bem sedimentado para o desempenho sem dificuldade das suas actividades. Os seus saberes e a sua prática de cuidados advêm exclusivamente das salas de aula e dos laboratórios. A sua visão da enfermagem ainda está muito direccionada para a área técnica, verificando-se a procura constante de experiências nesta área (técnicas). Eles anseiam praticar uma enfermagem mais interventiva tecnicamente, mas devido à falta de experiência, sentem-se inseguros.                 |
| Experiências significativas | EXSIG         | Foi evidente o conjunto de experiências que esta unidade proporcionou aos estudantes das quais se salientam: contacto com utentes de várias faixas etárias especialmente idosos, observação da administração de injectáveis e vacinas, observação de execução de pensos, execução de ligaduras, avaliação antropométrica em crianças, avaliação da tensão arterial, avaliação da glicemia capilar, ensinamentos e Educações para a Saúde, registos, elaboração do Processo de Enfermagem e visitas domiciliárias.  |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)****DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b>           | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|--------------------------|---------------|--|
| Aprendizagens efectuadas | APEFE         | <p>Durante o trabalho de campo verificou-se que, de forma genérica, os estudantes adquiriram competências de carácter cognitivo, técnico, relacional e ético. Contudo, valorizam e realçam como grande aprendizagem as competências de carácter mais técnico, aspecto que frequentemente salientam. A grande dificuldade inicial sentida pelos estudantes prende-se com o facto de terem de estabelecer com o utente uma comunicação eficaz, que lhes permita, recolher os dados relevantes que necessitam para dar seguimento a todo o processo assistencial. Esta é, sem dúvida, uma tarefa difícil que tem de ser muito trabalhada ao longo dos quatro anos e que, por isso, a visão inicial das estudantes aponta para algo com um grau de dificuldade maior, por isso, por vezes, entre a conversa, ainda mantêm momentos de silêncio em que parecem não saber muito bem o que dizer. Sem dúvida, que desde o início do ensino clínico, notou-se uma evolução muito grande nos estudantes no que se refere ao seu à-vontade e comunicação mas, nesta fase, do seu percurso de formação, ainda demonstram uma certa limitação, quer no que se refere aos conhecimentos, quer no que se refere a algumas das suas atitudes. De uma maneira geral, as suas formas de estar são discretas mas ainda não muito profissionais, verificando-se, por vezes, atitudes um pouco imaturas. Conseguem fazer alguma articulação entre os casos que lhes aparecem e os conteúdos das disciplinas, têm vontade em ajudar na resolução dos casos mas ainda lhes falta agilidade na mobilização dos conhecimentos e, por vezes, apresentam mesmo défices cognitivos. Verifica-se, que os conhecimentos de enfermagem que possuem, ainda não estão bem consolidados, o que por sua vez, leva ao aparecimento de falhas, que conduzem a pensamentos erróneos, os quais nem sempre conseguem detectar. No relacionamento com o utente, os estudantes são discretos e cordiais. Por vezes permanecem “apagados”,</p> |



**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)****DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b>                    | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|-----------------------------------|---------------|--|
|                                   |               | constrangidos, pouco à-vontade quando têm de atender alguém, ainda mantêm momentos de silêncio, mas quando se apercebem tentam quebrá-lo e, por vezes, sentem necessidade de se justificar acerca da sua atitude. As soluções que os estudantes apresentam passam sempre pelos aspectos da formação, ou seja, perante as situações com que se deparam elas sugerem, na sua maioria, que deveriam ser efectuadas mais Educações para a Saúde. Não sei se realmente acham que melhor educação, resolveria os problemas, se acham que é uma área deficitária, ou mesmo se não têm conhecimentos suficientemente sedimentados, que lhes permitam encontrar outro tipo de soluções.   |
| Resposta emocional dos estudantes | RESEE         | Os estudantes assumem um conhecimento em que o pensar, o ver e o fazer estão interligados. Eles sentem necessidade de receber informações detalhadas e pormenorizadas sobre as “operações” que deverão realizar, ou seja, de obter informações concretas e certas acerca das coisas. Sentem-se confortáveis com informações organizadas e respeitam o conhecimento das enfermeiras. Ainda não têm presente o espírito da descoberta do saber, procuram informação apenas quando sentem alguma necessidade especial. Na execução das suas tarefas sentem-se seguros com a presença do tutor, dos enfermeiros da prática de cuidados e quando têm conhecimento prévio da situação. Verifica-se que primeiro preferem observar as tarefas antes de as executar. Referem receios e dúvidas, embora esteja presente a vontade de aprender. Perante situações novas ainda não possuem capacidade de resposta, apoiam-se nas decisões dos enfermeiros, mas nota-se que têm a necessidade constante de reflectirem nas acções que executam (reflexão-na-acção). Aquando da execução de uma intervenção, por mais simples que seja, referem sentir sempre a necessidade de pensar o que devem fazer e como devem fazer em cada passo da |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)**

**DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b> | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|----------------|---------------|---|
|                |               | <p>intervenção. Por vezes, conseguem fazer uma análise <i>a posteriori</i> através da reconstrução mental da acção executada (reflexão sobre-a-acção). Este tipo de reflexão acontece devido aos diários de aprendizagem que efectuaram. Para eles, os diários constituíram momentos de auto-conhecimento permitindo a aquisição de autonomia e responsabilidade pela própria aprendizagem. Verifica-se que nesta fase da aprendizagem foram escassas as vezes que fizeram uma reflexão individual mais aprofundada de modo a obterem um crescimento profissional que os preparasse para determinar as acções futuras de modo a enfrentar novos problemas (reflexão sobre a reflexão-na-acção). Este tipo de reflexão só se verificou aquando das reuniões com o tutor acerca de situações conflituosas (casos de dilemas em que não souberam qual a conduta correcta).</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)**

**DIMENSÃO: INFLUÊNCIA DOS MODELOS DA PRÁTICA**

| <b>Domínio</b>        | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|-----------------------|---------------|--|
| Influências positivas | POSIT         | Durante a prática clínica foram salientadas algumas das atitudes das enfermeiras. Sem dúvida que os estudantes vêm nos enfermeiros da prática de cuidados as suas grandes referências a nível da prestação da assistência às pessoas e referem isso claramente nos seus discursos. Das suas referências, destaca-se os louvores que fazem a grande parte dos enfermeiros nomeadamente à relação que conseguem estabelecer com os utentes e com eles próprios (estudantes de enfermagem), o rigor científico no desenvolvimento de tarefas (técnica) e a organização do trabalho. |
| Influências negativas | NEGAT         | Os estudantes também tecem críticas às enfermeiras, nomeadamente, às suas atitudes perante situações que envolvem os próprios estudantes ou os utentes, ou quanto ao rigor menos científico com que executam determinadas tarefas.   |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)****DIMENSÃO: DINÂMICAS DE TUTORIA**

| <b>Domínio</b>              | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-----------------------------|---------------|---|
| Expectativas dos estudantes | EXPES         | Para o grupo de estudantes era importante que o tutor assumisse um papel activo nos seus processos de formação. Era importante sentirem-se apoiados e ter alguém que lhes conseguisse esclarecer as dúvidas, lhes inspirasse confiança e segurança, que fosse uma pessoa possuidora de conhecimentos consistentes, calmo, ponderado, amigo e que, acima de tudo, os apoiasse no desenvolvimento das suas actividades.   |
| Quem apoiou                 | QUEAP         | Durante o ensino clínico o tutor preocupou-se em apoiar o grupo, manteve-se sempre atento às atitudes e actividades dos estudantes, acompanhando-os em todo o seu percurso. Por vezes socorria-se de informações e explicações complementares, nomeadamente nas discussões individuais acerca da concepção de cuidados. Apoiou-os em todas as suas actividades. Quando se apercebia que os estudantes apresentavam dificuldades encorajava-os na procura de informação. |
| Escolha do Tutor            | ESCTU         | O tutor é uma pessoa externa à instituição escola pertencendo a uma unidade de cuidados hospitalar (campo da prestação de cuidados) que, neste caso particular, não coincidia com a unidade onde os estudantes estavam a executar a sua prática clínica. A sua selecção foi feita pela escola, baseada nas características e aptidões da pessoa em questão.   |
| Relação supervisiva         | RELSU         | Os estudantes admitem que a relação supervisiva é importante para o sucesso do processo de tutoria e identificam algumas dimensões importantes dessa relação, como: a atitude do tutor, a satisfação do estudante e o respeito na relação.  |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)****DIMENSÃO: DINÂMICAS DE TUTORIA**

| <b>Domínio</b>       | <b>Código</b> | <b>Domínio</b>   |
|----------------------|---------------|--|
| Relação tutor-escola | RELTE         | Apesar do tutor não pertencer ao quadro da escola, tem com esta uma relação directa. Tem participado em reuniões de discussão de assuntos de interesse em áreas relacionadas com aspectos da tutoria em contexto clínico e colabora com a escola em trabalho de tutoria desde há dois anos.  |
| Preparação do tutor  | PRETU         | O tutor não tem nenhuma preparação específica no campo da tutoria, contudo pela sua colaboração com a instituição escolar verifica-se que o estilo adoptado corresponde às expectativas pretendidas pela mesma.  |
| Modelo de tutoria    | MODTU         | O tutor é contratado pela escola. A responsabilidade do acompanhamento de todos os momentos do ensino clínico é da sua inteira responsabilidade – <i>Mentorship</i> .  |
| Papel do tutor       | PAPTU         | Durante a prática clínica dos estudantes o tutor preocupou-se com o percurso de aprendizagem do grupo. Estava atento às dúvidas e esclarecia-os quando necessário, lia semanalmente os diários de aprendizagem e também se preocupava com as situações complexas da prática clínica, aproveitando-as para discussões mais alargadas em reunião. No processo de aprendizagem destes estudantes preocupava-se com a postura, com a forma como se conseguiam relacionar com os utentes e com o interesse demonstrado na aprendizagem. Sempre que se apercebia de uma situação com interesse na aprendizagem recriava-a com os estudantes e discutia modos de actuação/intervenção. O tutor era uma pessoa calma, ponderada, amiga que conseguiu orientar o grupo de forma positiva proporcionando-lhes o <i>feedback</i> necessário acerca do desempenho nos cuidados. Por tal motivo, as |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | características do tutor são: prestar atenção, clarificar, servir de espelho, encorajar, dar opinião, ajudar a encontrara soluções para os problemas e orientar. |
|--|--|--|

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)****DIMENSÃO: DESAFIOS DE ORDEM ÉTICA**

| <b>Domínio</b>          | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-------------------------|---------------|---|
| Situações complexas     | SITCO         | Das situações complexas os estudantes valorizam todas as que se relacionam com a atitude face ao cuidado no domicílio, com a vontade de viver, com a confidencialidade, com a gestão de sinais e sintomas, com a interrupção da gravidez, com a informação e consentimento do utente, com a não adesão ao regime medicamentosos, com a confusão e o coma e com a morte e o morrer.  |
| Atitudes dos estudantes | ATIES         | Da observação efectuada salienta-se que face a situações dilemáticas complexas que envolvam condutas éticas os estudantes sentem muita dificuldade em tomar decisões. Normalmente não têm nenhum tipo de atitude, apresentam lacunas quando têm de identificar a conduta mais correcta, o que demonstra que nesta fase de aprendizagem eles apresentam dificuldade nos juízos de ordem moral. Embora situações destas não surjam diariamente, acontecem cada vez com mais frequência e sempre que tal aconteceu os estudantes mantiveram uma posição passiva, optando por respeitar a atitude dos profissionais. Contudo, verificou-se que reflectiam sobre o sucedido (reflexão sobre a reflexão-na-acção) exprimindo os seus sentimentos numa tentativa de explorar a legitimidade da acção moral. Também se verificava que quando se deparavam com casos de doença terminal passavam de um pensamento mais idealista para um mais relativista, ou seja, deixavam de se apoiar tanto nas regras morais universais para adoptar uma análise mais individual, caso a caso. Esta conduta pode ser devida ao facto de, nesta fase do processo de formação, ainda não terem sido leccionados os conteúdos da disciplina de ética que sustentam esse juízo. |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)****DIMENSÃO: DESAFIOS DE ORDEM ÉTICA**

| <b>Domínio</b>     | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|--------------------|---------------|---|
| Valores envolvidos | VALEN         | Da apreciação dos casos descritos foram identificados como valores envolvidos apenas valores terminais de que são exemplos a vida, o amor, a segurança familiar, a sabedoria e o reconhecimento social. De forma muito genérica, o grupo de estudantes identifica alguns dos valores que envolvem as situações, defendem que não existe uma só conduta correcta, tudo depende das razões que levavam a praticar a acção. Saliendam a importância da protecção da vida humana e da sua dignidade e liberdade. Esta forma de pensar aponta para a existência de uma consciência um pouco voltada para a deontologia como filosofia moral. |



**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2.º ANO)****DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>        | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|-----------------------|---------------|--|
| Natureza socioclínica | NATSC         | <p>Este contexto é uma Unidade de Saúde Familiar, de nível três. O seu funcionamento é, em parte, similar ao de um Centro de Saúde, apresentando contudo ligeiras diferenças. Funciona com uma equipa multiprofissional composta por médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros, administrativos, psicóloga e assistente social. Está aberto ao público de segunda e sexta-feira, das 8.00h às 19.00h e todas as consultas são efectuadas sob marcação, pelo que os utentes não dispensam de muito tempo para serem atendidos. Existe um médico e uma enfermeira disponível para o atendimento dos casos urgentes, mas sempre que possível, tenta-se que seja o médico de família a consultar estes casos. As consultas de enfermagem, tal como as médicas, estão sujeitas a marcação prévia, existindo dias destinados para as seguintes consultas: saúde infantil, saúde materna, grupos de risco (diabéticos e hipertensos) e planeamento familiar. Da análise das salas de espera e da diversidade das consultas efectuadas, não sobressai nenhuma faixa etária predominante, o que evidencia uma prestação de cuidados que abrange um vasto leque de idades.</p> <p>É uma unidade relativamente nova (7 anos), com boas instalações físicas e também bastante calma, uma vez que se situa numa zona habitacional não carenciada com uma população inscrita não muito elevada em termos numéricos. Esta, assim como outras, é uma unidade de Regime Remuneratórios Experimental (RRE), o que quer dizer, que anualmente propõe os objectivos que pretende atingir no próximo ano, os quais terá de dar cumprimento.</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2.º ANO)**

**DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>                          | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|---|---------------|--|
| Características da prática profissional | CARPP         | <p>Nesta unidade a consulta de enfermagem é efectuada antes da médica e, só em casos particulares, após a mesma. Cada enfermeira possui as suas famílias às quais presta cuidados que correspondem às mesmas de um determinado médico. Como princípio geral, as enfermeiras desenvolvem as suas actividades baseando-se na prática de cuidados personalizados, compatíveis com a figura de enfermeiro de família. Para cada utente fazem a consulta de enfermagem correspondente, onde avaliam o estado do mesmo dando especial realce às actividades de educação para a saúde. Cada sala de enfermagem possui computador com uma base de dados que permite efectuar registos informáticos, utilizando o SAPE® (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Nos seus registos, as enfermeiras apontam tudo o que foi avaliado, observado e efectuado, assinalando também os erros cometidos pelo utente. No mesmo dia, a enfermeira concilia os tratamentos curativos com as consultas agendadas e, como só existe uma sala de tratamentos para dois módulos, é feita uma escala de utilização da mesma para diminuir o tempo de permanência de cada utente em espera. Se bem que o desempenho profissional das enfermeiras nos diversos módulos é baseado na figura de enfermeiro de família, o mesmo não se passa nos domicílios. Por uma questão de gestão de recursos humanos e materiais (justificação dada pelas enfermeiras desta unidade), estes são efectuados por uma enfermeira que rotativamente se encarrega de todos os domicílios dos módulos. De salientar, que a maioria dos domicílios efectuados são curativos; apenas se efectuam domicílios preventivos uma ou duas vezes por ano.</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2.º ANO)****DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>         | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|------------------------|---------------|--|
| Processo de integração | PRINT         | <p>O processo de integração dos estudantes decorreu normalmente. No primeiro dia o grupo de estudantes foi recebido pela Sr.ª Enf.ª Coordenadora da Unidade que se apresentou e, de seguida, em reunião deu informações pormenorizadas sobre o funcionamento da unidade, incluindo a sua organização pelos diversos módulos e explicando como cada um estava organizado. Para além dessa informação, foi dado a conhecer outros serviços e apoios que a unidade oferece à comunidade, de que é exemplo a visita domiciliária preventiva e curativa, assim como outras actividades que incidem na vigilância e ensino da população acerca dos hábitos de vida saudável. Posteriormente, foi feita uma visita guiada às instalações onde foram apresentados, quer os espaços físicos quer os recursos humanos (enfermeiros, médicos, auxiliares, etc.).</p> <p>Nos dias seguintes da primeira semana os estudantes foram distribuídos pelos diferentes módulos e visitação domiciliária, onde permaneceram de forma a completar a sua integração. Em cada um dos módulos contactaram com a enfermeira responsável pelo mesmo.</p> <p>De forma muito genérica, o grupo de estudantes conseguiu integrar-se sem dificuldade neste contexto da prática. Notou-se que inicialmente os estudantes tiveram algumas dificuldades na sua inserção na prática de cuidados e que se prenderam com os aspectos mais burocráticos da unidade. Contudo, o contexto pelas suas condições físicas e estruturais e os actores mostraram ser elementos fulcrais em todo este processo, levando a que de forma muito genérica, a integração do grupo de estudantes decorresse com normalidade.</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2.º ANO)****DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>           | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|--------------------------|---------------|---|
| Processo de socialização | PRSOC         | <p>O processo de socialização dos estudantes decorreu com normalidade. Verificou-se existir uma preocupação constante pela aproximação e identificação com as situações da prática clínica. Verificou-se uma certa frustração no grupo devida ao confronto das características que esta unidade apresentava e as expectativas dos estudantes. A procura incessante das situações de aprendizagem por parte do grupo, foram também uma constante, mas o assumir de novos papéis revelou-se complexo para o grupo. Verificou-se o empenho de todo o grupo, talvez devido a alguma insegurança por parte dos estudantes, por vezes era necessária a intervenção de profissionais experientes. Conseguiram introduzir-se bem no grupo profissional e no contexto de cuidados.</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2.º ANO)****DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b>              | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-----------------------------|---------------|---|
| Expectativas dos estudantes | EXEST         | Todo o grupo demonstrou ter grande expectativa e, ao mesmo tempo, ansiedade de conhecer o novo local onde iria efectuar a pratica clínica. Sabiam que tinham muita coisa a aprender e a pôr em prática, talvez por isso, tivessem consciência que o grau de exigência e de trabalho/estudo fosse grande. Esperavam praticar todas as técnicas que aprenderam desde as relacionadas com a relação de ajuda às mais dolorosas e invasivas. Apresentavam receios, mas ansiavam um campo rico em experiências quer em termos de quantidade quer em termos de diversidade de situações.                              |
| Saberes adquiridos          | ADANT         | Os estudantes adquiriram conhecimentos lhes permitiram ter um conjunto de saberes necessários para o desempenho das suas actividades. A sua visão da enfermagem ainda está muito direccionada para a área técnica, verificando-se a procura constante de experiências nesta área (técnicas). Já possuem algumas experiências práticas, anseiam praticar uma enfermagem mais interventiva tecnicamente, mas devido à falta de experiência sentem-se inseguros.   |
| Experiências significativas | EXSIG         | Foi evidente o conjunto de experiências que esta unidade proporcionou aos estudantes das quais se salientam: contacto com utentes de várias faixas etárias, administração de injectáveis e vacinas, execução de pensos, execução de ligaduras, avaliação antropométrica em crianças, avaliação da tensão arterial, avaliação da glicemia capilar, ensinios, remoção de material de sutura, reposição de material, registos informáticos, visitas domiciliárias, algaliação e participação na Feira da Saúde (controle visual e auditivo, controle da tensão arterial, controle da glicemia capilar, controle da |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2.º ANO)**

**DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b>           | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|--------------------------|---------------|--|
|                          |               | alimentação e determinação do índice de massa corporal, determinação do risco de doença cardiovascular, determinação do risco de acidente vascular cerebral, controle do risco do fumo de tabaco e controle do risco de osteoporose).  |
| Aprendizagens efectuadas | APEFE         | Durante o trabalho de campo verificou-se que, de forma genérica, os estudantes adquiriram competências de carácter cognitivo, técnico, relacional e ético. Contudo, valorizam e realçam como grande aprendizagem as competências de carácter técnico, preocupando-se muito com as experiências que têm e com que lhes falta praticar, aspecto que frequentemente salientam. Embora em conversas informais os estudantes admitam ter adquirido conhecimentos com as experiências que lhes foram surgindo ao longo da sua prática, não referem de modo tão espontâneo as competências que desenvolveram a esse nível, o que demonstra que estas são as que lhes são mais complexas adquirir. Verifica-se que os conhecimentos de enfermagem que possuem ainda não estão bem consolidados, o que por sua vez, leva ao aparecimento de falhas que conduzem a erros, os quais nem sempre conseguem detectar. No relacionamento com o utente os estudantes são discretos, cordiais, optando por uma postura profissional. Têm dificuldades em comunicar espontaneamente, embora refiram que o fazem com mais “à-vontade” que no ano anterior. Por vezes permanecem “apagados”, constrangidos, pouco à-vontade quando têm de atender alguém, ainda mantêm momentos de silêncio, mas quando se apercebem tentam quebrá-lo sem sentirem necessidade de se justificar acerca da atitude que adoptam. Referem conseguir estabelecer com mais facilidade diálogo com os utentes, |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2.º ANO)**

**DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b>                    | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-----------------------------------|---------------|---|
|                                   |               | embora se note e admitam sentir dificuldades quando se relacionam com crianças.   |
| Resposta emocional dos estudantes | RESEE         | Os estudantes assumem um conhecimento em que o pensar, o ver e o fazer estão interligados. Eles sentem necessidade de receber informações detalhadas e pormenorizadas sobre as “operações” que deverão realizar, ou seja de obter informações concretas e certas acerca das coisas. Sentem-se confortáveis com informações organizadas e respeitam o conhecimento das enfermeiras. Ainda não têm presente o espírito da descoberta do saber, procuram informação apenas quando sentem alguma necessidade especial. Na execução das suas tarefas sentem-se seguros com a presença do tutor e quando têm conhecimento prévio da situação. Verifica-se que, por vezes, recusam executar algumas tarefas preferindo observá-las. Referem receios e dúvidas, embora esteja presente a vontade de aprender. Nesta fase de aprendizagem, nota-se que os estudantes têm a necessidade constante de reflectirem nas acções que executam (reflexão-na-acção). Na execução de uma intervenção, por mais simples que seja, referiram sentir sempre a necessidade de pensar o que devem fazer e como devem fazer em cada passo de uma intervenção. Por vezes, conseguem fazer uma análise <i>a posteriori</i> através da reconstrução mental da acção executada (reflexão sobre-a-acção). Este tipo de reflexão aconteceu devido aos diários de aprendizagem que efectuavam. Para eles, os diários constituíram momentos de auto-conhecimento permitindo a aquisição de autonomia e responsabilidade pela própria aprendizagem. Verificou-se que escassas vezes fizeram uma reflexão individual mais aprofundada de modo a obterem um crescimento profissional que os prepare para determinar as |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2.º ANO)**

**DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b> | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|----------------|---------------|---|
|                |               | acções futuras de modo a enfrentar novos problemas (reflexão sobre a reflexão-na-acção). Este tipo de reflexão só se verificou em duas situações muito específicas: aquando da ocorrência de algum erro ou perante situações conflituosas (casos de dilemas em que não souberam qual a opção correcta). |



**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2.º ANO)**

**DIMENSÃO: INFLUÊNCIA DOS MODELOS DA PRÁTICA**

| <b>Domínio</b>        | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-----------------------|---------------|---|
| Influências positivas | POSIT         | Durante a prática clínica os estudantes salientam vários aspectos positivos das práticas dos enfermeiros. O aspecto que mais se salienta é a relação que a grande maioria dos enfermeiros consegue estabelecer com os utentes que tem a seu cargo. Contudo, é notória a posição do grupo ao destacar não todos mas apenas uma enfermeira, a que efectua a visitação domiciliária pela sua delicadeza, dedicação, sabedoria e competência demonstrada. A ela, destacam o rigor científico e as qualidades humanas. |
| Influências negativas | NEGAT         | Os estudantes também tecem críticas às enfermeiras, nomeadamente, às atitudes adoptadas quanto à sua presença na unidade de cuidados.   |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2º ANO)****DIMENSÃO: DINÂMICAS DE TUTORIA**

| <b>Domínio</b>              | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-----------------------------|---------------|---|
| Expectativas dos estudantes | EXPES         | Para o grupo de estudantes era importante que a tutora assumisse um papel activo nos seus processos de formação. Para eles era importante sentirem-se apoiados. Esperavam que a tutora fosse uma pessoa possuidora de conhecimentos consistentes, mas calma e ponderada. Para eles era importante ter próximo de si alguém que lhes conseguisse esclarecer as dúvidas e lhes inspirasse confiança e segurança.  |
| Quem apoiou                 | QUEAP         | Durante o ensino clínico a tutora mostrou-se sempre muito disponível para apoiar o grupo de estudantes. Acompanhou todo o percurso de aprendizagem do grupo mantendo-se atenta às actividades desenvolvidas por cada um dos intervenientes. Por vezes foi necessário recorrer a informações e explicações complementares, nomeadamente nas discussões individuais acerca da concepção de cuidados. Sempre que se apercebia que os estudantes apresentavam dificuldades ou estavam mais desanimados com o campo da prática encorajava-os de modo a que encontrassem novamente o rumo do caminho a percorrer. |
| Escolha do tutor            | ESCTU         | A tutora é uma pessoa externa à instituição escola pertencendo a uma unidade de cuidados hospitalar (campo da prestação de cuidados) que, neste caso particular, não coincidia com a unidade onde os estudantes estavam a executar a sua prática clínica. A sua selecção foi feita pela escola, baseada nas características e aptidões da pessoa em questão.  |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2º ANO)****DIMENSÃO: DINÂMICAS DE TUTORIA**

| <b>Domínio</b>       | <b>Código</b> | <b>Domínio</b>  |
|----------------------|---------------|---|
| Relação supervisa    | RELSU         | Os estudantes admitem que a relação supervisiva é importante para o sucesso do processo de tutoria e identificam algumas dimensões importantes dessa relação, como: a atitude do tutor, a satisfação do estudante, o respeito na relação, o <i>feedback</i> contínuo e o sentido de verdade.  |
| Relação tutor-escola | RELTE         | Apesar da tutora não pertencer ao quadro da escola, tem com esta uma relação directa. Tem participado em reuniões de discussão de assuntos de interesse em áreas relacionadas com aspectos da tutoria em contexto clínico e colabora com a escola em trabalho de tutoria desde há quatro anos.  |
| Preparação do tutor  | PRETU         | A tutora não tem nenhuma preparação especial no campo específico de tutoria, contudo pela sua colaboração com a instituição escolar verifica-se que o estilo adoptado corresponde às expectativas pretendidas pela mesma.   |
| Modelo de tutoria    | MODTU         | A nível da orientação pude aperceber-me que a tutora adoptou um modelo muito relacionado com o de aconselhamento centrado nas práticas, ao qual ela designa de “percurso dirigido ou acompanhado”. Os estudantes efectuaram registos diários de aprendizagem que a orientadora sistematicamente lia e, em reunião, chamava a atenção para erros comuns de linguagem. Para a tutora, os diários permitiram interpretar as actividades e a aprendizagem efectuada por cada estudante. Se os estudantes referiam alguma dificuldade, combinavam procurar mais alguma informação sobre o assunto e discutir em próxima reunião onde era suposto, após a discussão, chegar ao consenso acerca da actuação correcta. A tutora efectuava a orientação da prática clínica |

|                |       |   |
|----------------|-------|---|
|                |       | dos estudantes – Modelo <i>Mentorship</i> .   |
| Papel do tutor | PAPTU | <p>Durante a prática clínica dos estudantes a tutora preocupou-se com o percurso de aprendizagem do grupo. Estava atenta às dúvidas e esclarecia-os quando necessário, lia semanalmente os diários e discutia dúvidas em reuniões e também se preocupava com as situações complexas da prática clínica, aproveitando-as para discussões mais alargadas em reunião. No processo de aprendizagem destes estudantes preocupava-se com a postura, com a forma como se conseguiam relacionar com os utentes e com o interesse demonstrado na aprendizagem. Sempre que se apercebia de uma situação com interesse na aprendizagem recriava-a com os estudantes e discutia modos de actuação/intervenção. A tutora era uma pessoa calma, ponderada, amiga, possuidora de um leque muito alargado de conhecimentos que conseguiu dirigir o grupo de forma positiva proporcionando-lhes a apreciação necessária acerca do desempenho nos cuidados (<i>feedback</i>). A nível do seu papel foram identificadas características como: prestar atenção, clarificar, encorajar, servir de espelho, dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar e estabelecer critérios.</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2.º ANO)****DIMENSÃO: DESAFIOS DE ORDEM ÉTICA**

| <b>Domínio</b>          | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|-------------------------|---------------|--|
| Situações complexas     | SITCO         | Das situações complexas as que os estudantes mais valorizaram prenderam-se com: direitos humanos, interrupção da gravidez, gestão de sinais e sintomas, capacidade para o auto-cuidado e morte e morrer.   |
| Atitudes dos estudantes | ATIES         | Da observação efectuada salienta-se que face a situações dilemáticas complexas que envolvam condutas éticas os estudantes sentem que têm lacunas quando têm de identificar a conduta mais correcta, o que demonstra que nesta fase de aprendizagem eles apresentam dificuldade nos juízos de ordem moral. Embora situações destas não surjam diariamente, acontecem cada vez com mais frequência e sempre que tal aconteceu os estudantes mantiveram uma posição passiva, optando por respeitar a atitude dos profissionais. Contudo, verificou-se que reflectiam sobre o sucedido (reflexão sobre a reflexão-na-acção) exprimindo os seus sentimentos numa tentativa de explorar a legitimidade da acção moral. |
| Valores envolvidos      | VALEN         | Da apreciação das discussões do grupo, um dos aspectos importantes e de consenso geral, é que face a este tipo de situação consideravam importante avaliar a legitimidade do acto moral a praticar caso a caso. O grupo considerou que não existe uma só conduta correcta, tudo dependia das razões que levavam a praticar a acção. Salientam a importância da protecção da vida humana e da sua dignidade e liberdade, mas entendem que deve prevalecer o respeito pelas decisões das pessoas e pela sua privacidade. No caso relacionado com o fim de vida não apresentam um julgamento correcto defendendo que “não é justo viver assim”. Para os estudantes a dignidade humana é uma questão de              |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2.º ANO)****DIMENSÃO: DESAFIOS DE ORDEM ÉTICA**

| <b>Domínio</b> | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|----------------|---------------|---|
|                |               | <p>justiça. Esta forma de pensar ainda com algumas lacunas, uma vez que os conteúdos da disciplina relacionados com esta matéria não foram ainda leccionados, aponta para a existência de um tipo de julgamento assente em normas morais universais com abertura a casos de excepção e assenta na existência de uma consciência muito voltada para a teologia como filosofia moral. Dos valores envolvidos realçam a liberdade e a sabedoria como valores terminais e a responsabilidade e intelectualidade como valores instrumentais.</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (3.º ANO)****DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>                          | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|---|---------------|--|
| Natureza socioclínica                   | NATSC         | Este contexto dispõe de médicos, enfermeiros (um para cada dois médicos), assistente social, psicóloga, nutricionista e higienista oral. Está aberto ao público de segunda e sexta-feira, das 8.00h às 20.00h e está dividido por Módulos que se distinguem por cores apresenta um total de 5 Módulos, em cada um dos Módulos está sediado um médico e para cada 2 Módulos um 1 enfermeiro. Ao enfermeiro cabe dar o apoio necessário à consulta médica, efectuar as consultas de enfermagem e os tratamentos. As consultas médicas estão sujeitas a marcação prévia, existindo dias destinados para as seguintes consultas: saúde infanto-juvenil, saúde materna e obstétrica, saúde do adulto e, ainda, as consultas de recurso. São ainda desenvolvidas actividades de saúde escolar, preparação psicoterapêutica para o parto e visitação domiciliária. Da análise das salas de espera e da diversidade das consultas efectuadas verifica-se que a faixa etária é predominantemente bastante avançada, predominando os idosos, e que se efectuam muitos atendimentos diários. É uma unidade já com alguns anos, com boas instalações físicas e também bastante agitada em termos de afluência, uma vez que se situa numa zona habitacional com uma população inscrita muito elevada em termos numéricos. |
| Características da prática profissional | CARPP         | Nesta unidade a consulta de enfermagem é efectuada antes da médica e só em casos particulares após a mesma. Cada enfermeira possui as suas famílias às quais presta cuidados que correspondem às mesmas de um determinado médico. Embora, neste momento, a metodologia de trabalho seja por tarefa, os enfermeiros preocupam-se com a qualidade da assistência prestada. Segundo a Sr.ª Enf.ª Chefe não existe a figura de enfermeiro de família desde que a nova directora entrou no centro, mas parece que   |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (3.º ANO)****DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>         | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|------------------------|---------------|---|
|                        |               | <p>brevemente tudo vai ser alterado e que, nessa altura, voltará a implementar-se essa metodologia. Das diversas actividades de enfermagem existentes neste centro fazem parte a visita domiciliária, a preparação psicoterapêutica para o parto, a saúde escolar, a vacinação, os tratamentos, as consultas programadas de saúde infanto-juvenil, de saúde materna e obstétrica e de saúde do adulto e, ainda, as consultas de recurso. Para cada utente fazem a consulta de enfermagem correspondente, onde avaliam o estado do mesmo dando especial realce às actividades de educação para a saúde. Este Centro ainda não possui registos informatizados, sendo estes efectuados apenas em suporte de papel. Nos seus registos, as enfermeiras apontam tudo o que foi observado e efectuado. Só existem duas salas de tratamento, uma onde são efectuados os tratamentos de manhã e outra onde são efectuados os tratamentos da tarde, por questões de controlo da infecção, higiene e limpeza das salas. De salientar, que a maioria dos domicílios efectuados são curativos.</p> |
| Processo de integração | PRINT         | <p>O processo de integração dos estudantes decorreu com a normalidade esperada. No primeiro dia o grupo de estudantes foi recebido pela Sr.ª Enf.ª Chefe da Unidade que se apresentou e, de seguida, em reunião deu informações pormenorizadas sobre o funcionamento do Centro, incluindo a sua organização pelos diversos módulos e explicando como cada um estava organizado. Posteriormente, foi feita uma visita guiada às instalações onde foram apresentados, quer os espaços físicos quer os recursos humanos (enfermeiros, médicos, auxiliares, etc.). Nesse primeiro dia, foi elaborado um cronograma com a distribuição dos estudantes pelos diversos módulos e visita domiciliária, para que fosse dada a cada uma das estudantes a oportunidade de visualizar e participar no trabalho desenvolvido em cada um dos</p>  |



**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (3.º ANO)**

**DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>           | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|--------------------------|---------------|---|
|                          |               | <p>módulos. Os dois primeiros dias de permanência de cada estudante em cada módulo, era considerado como sendo de integração no mesmo. De forma muito genérica, o grupo de estudantes conseguiu integrar-se sem dificuldade neste contexto da prática. Notou-se as suas dificuldades se resumiram ao facto de apenas não saberem os locais onde se encontrava armazenado o material e em alguns aspectos mais burocráticos. O apoio da tutora, a forma como foram acolhidas pelos enfermeiros da prática de cuidados e o facto de alguns elementos já conhecerem o local de ensino clínico, foram apontados como aspectos facilitadores do processo de integração.</p>                                      |
| Processo de socialização | PRSOC         | <p>O processo de socialização dos estudantes decorreu normalmente. Verificou-se existir uma preocupação constante pela aproximação e identificação com as situações da prática clínica. Nota-se também uma maior aproximação e identificação profissional. Os estudantes fazem sobressair uma maior segurança quando efectuam os cuidados, identificam-se claramente com o grupo profissional e o contexto de cuidados, mas ao mesmo tempo são muito críticos com as práticas dos enfermeiros. Tendem a ser mais autónomos no desenvolvimento das suas intervenções sentindo que os enfermeiros da prática confiam neles para prestar cuidados, sentem maior responsabilidade no papel que desempenham.</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (3.º ANO)****DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b>              | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-----------------------------|---------------|---|
| Expectativas dos estudantes | EXEST         | De um modo geral o grupo de estudantes, quer pelas experiências clínicas dos anos anteriores em campos da prática semelhantes, não se mostrou muito receoso quanto à realidade da prática que iria encontrar. As suas expectativas neste ano resumem-se essencialmente a dois aspectos essenciais: ter oportunidades para praticar e desenvolver competências.  |
| Saberes adquiridos          | ADANT         | Nos anos anteriores e durante a componente lectiva do curso os estudantes adquiriram conhecimentos teóricos e práticos que lhes permite ter um conjunto de saberes necessários para o desempenho das suas actividades. A sua visão da enfermagem permanece um pouco direccionada para a área técnica verificando-se a procura constante de experiências nessa área, contudo também dão valor a outras áreas, nomeadamente à cognitiva, à relação humana e à ética. Já possuem algumas experiências práticas, neste momento anseiam aperfeiçoá-las e praticar uma enfermagem mais interventiva e eficaz, porque ambicionam trabalhar a “segurança”, a “autoconfiança”.                             |
| Experiências significativas | EXSIG         | O grupo de estudantes apresentou experiências a nível da prestação de cuidados, da concepção de cuidados e da gestão de cuidados. Notou-se que nesta fase de aprendizagem os estudantes já conseguem fazer uma ligação entre a concepção e a prestação de cuidados, apresentando ainda algumas dificuldades a nível da sua concepção. Na prestação de cuidados tiveram um leque alargado de experiências: administração de injectáveis e vacinas, execução de tratamentos, execução de ligaduras, avaliação antropométrica em crianças, avaliação da tensão arterial, avaliação da glicemia capilar, ensinos, remoção de material de sutura, reposição de material, registos em suporte de papel, |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (3.º ANO)****DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b>                    | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-----------------------------------|---------------|---|
|                                   |               | visitas domiciliárias, algáliação, Educações para a Saúde, etc. Nesta fase de aprendizagem o grupo já consegue efectuar actividades ligadas à gestão de cuidados nomeadamente preocupam-se em manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.  |
| Aprendizagens efectuadas          | APEFE         | Durante o trabalho de campo verificou-se que, de forma genérica, os estudantes adquiriram competências de carácter cognitivo, técnico, relacional e ético. Valorizam e realçam como grande aprendizagem as competências de carácter técnico e cognitivo mas ainda se preocupam com as experiências que têm e com que lhes falta praticar, facto que verbalizam como preocupação demonstrando que não gostariam de chegar ao fim do curso sem algumas das experiências técnicas. Verifica-se que os conhecimentos de enfermagem que possuem estão melhor consolidados, o que por sua vez, leva à diminuição do aparecimento de falhas que começam a ser mais escassas, detectando-se apenas dificuldades cognitivas ou a nível da mobilização de conhecimentos. Conseguem estabelecer com mais facilidade diálogo com os utentes mesmo com crianças. |
| Resposta emocional dos estudantes | RESEE         | Os estudantes sentem necessidade de receber informações detalhadas e pormenorizadas sobre as “operações” que devem realizar, sentem-se mais confortáveis quando a informação está bem organizada, respeitam o conhecimento das enfermeiras mas são também muito críticas e interventivas quanto ao trabalho desenvolvido pelas mesmas. Sentem a necessidade da descoberta do saber, procuram informação e justificação para as intervenções e procedimentos desempenhados pelos   |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (3.º ANO)**

**DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b> | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|----------------|---------------|--|
|                |               | <p>enfermeiros em todos os actos e não apenas quando sentem alguma necessidade especial. Na execução das suas tarefas sentem-se mais seguros, contudo quando efectuam uma intervenção pela primeira vez referem algum receio e algumas dúvidas, embora esteja sempre presente a vontade de aprender. Nesta fase de aprendizagem, nota-se que os estudantes ainda têm a necessidade de reflectirem nas acções que executam (reflexão-na-acção) embora para algumas das intervenções essa reflexão já não seja tão necessária o que denota já a existência de um conhecimento implícito. Conseguem fazer uma análise <i>a posteriori</i> reflectindo sobre-a-acção e sobre a reflexão-na-acção como forma de controlar as situações mais complexas. O que quer dizer que após a sua prática clínica os estudantes relembrem os acontecimentos reconstruindo-os e reflectem sobre eles numa perspectiva que promove o seu crescimento e aperfeiçoamento na profissão.</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (3.º ANO)**

**DIMENSÃO: INFLUÊNCIA DOS MODELOS DA PRÁTICA**

| <b>Domínio</b>        | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|-----------------------|---------------|--|
| Influências positivas | POSIT         | Durante a prática clínica os estudantes salientam alguns aspectos positivos das práticas dos enfermeiros. Os aspectos que mais se salientam são a relação que a grande maioria dos enfermeiros consegue estabelecer com os utentes que tem a seu cargo e a qualidade das intervenções de enfermagem a nível da prestação de cuidados que alguns enfermeiros possuem. |
| Influências negativas | NEGAT         | Das críticas ao desempenho dos enfermeiros, os estudantes destacam alguns aspectos relacionados com intervenções específicas no âmbito da prestação de cuidados e também algumas no âmbito da gestão dos mesmos.   |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (3.º ANO)****DIMENSÃO: DINÂMICAS DE TUTORIA**

| <b>Domínio</b>              | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-----------------------------|---------------|---|
| Expectativas dos estudantes | EXPES         | Para o grupo de estudantes era importante que a professora os apoiasse em todo o seu processo de formação. Esperavam que a tutora fosse uma pessoa calma, ponderada, confiante, segurança e detetora de um leque vasto de conhecimentos. Sabiam que poderiam contar com a presença dos enfermeiros da prática, mas esperavam ter próximo alguém que os compreendesse melhor sob o ponto de vista do seu percurso de aprendizagem. |
| Quem apoiou                 | QUEAP         | Durante o ensino clínico o grupo de estudantes sentiu-se apoiado quer pelos enfermeiros da prática de cuidados, quer pelos colegas, quer pela tutora.   |
| Escolha do tutor            | ESCTU         | A responsável pela orientação do ensino clínico é uma pessoa interna à instituição escola. A sua selecção foi feita pela escola, baseada nas características do ensino clínico e na formação e experiência da docente.  |
| Relação supervisiva         | RELSU         | Neste ensino clínico não foi possível identificar o tipo de relação supervisiva existente entre tutor e estudante.  |
| Relação tutor-escola        | RELTE         | Uma vez que a responsável pela orientação desta prática é uma pessoa interna à instituição escola possui com esta uma relação directa.  |
| Preparação do tutor         | PRETU         | A professora responsável pela orientação deste ensino clínico tem a especialidade na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e tem acompanhado vários grupos de estudantes em campos da   |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (3.º ANO)**

**DIMENSÃO: DINÂMICAS DE TUTORIA**

| <b>Domínio</b>    | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-------------------|---------------|---|
|                   |               | prática semelhantes e também neste campo da prática específico.   |
| Modelo de tutoria | MODTU         | O acompanhamento deste ensino clínico esteve a cargo de uma professora da escola que ficou responsável pela orientação dos estudantes na sua prática. |
| Papel do tutor    | PAPTU         | Neste ensino clínico não foi possível identificar o papel pela ausência de tutor.   |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (3.º ANO)****DIMENSÃO: DESAFIOS DE ORDEM ÉTICA**

| <b>Domínio</b>          | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-------------------------|---------------|---|
| Situações complexas     | SITCO         | Das situações complexas os estudantes sobressaem as que se prendem com a angústia da separação, a privacidade, a atitude face ao cuidado no domicílio, a gestão de sinais e sintomas, a não adesão ao regime medicamentoso, a capacidade para o auto-cuidado e a gestão do regime terapêutico.  |
| Atitudes dos estudantes | ATIES         | Da observação efectuada salienta-se que face a situações dilemáticas complexas que envolvam condutas éticas os estudantes ainda sentem que têm lacunas quando têm de identificar a conduta mais correcta, o que demonstra que nesta fase de aprendizagem eles ainda apresentam alguma dificuldade em tomarem decisões, mas conseguem efectuar juízos acerca dessas situações. Muito embora situações destas não sejam identificadas diariamente nas suas práticas, acontecem cada vez com mais frequência referirem-se a elas e, sempre que tal aconteceu, os estudantes consideraram ter tomado a atitude correcta. Ressalva-se, contudo, que na sua maioria referem ter sido atitudes das enfermeiras, o que demonstra que mantiveram uma posição passiva, optando por respeitar a atitude dos profissionais. |
| Valores envolvidos      | VALEN         | O grupo considera que existem valores profissionais que devem ser respeitados baseados em regras morais universais. Realçam a importância da protecção da vida humana e da sua dignidade, liberdade e privacidade, mas entendem que deve prevalecer o respeito pelas decisões das pessoas. Sendo assim, identificam como valores envolvidos nas situações éticas com que se depararam neste ensino clínico a harmonia interior como valor terminal e a responsabilidade como valor instrumental.  |



**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4.º ANO)****DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>        | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|-----------------------|---------------|--|
| Natureza socioclínica | NATSC         | <p>Trata-se de três contextos clínicos dos Cuidados de Saúde Diferenciados, duas unidades de cuidados de medicina e uma de cirurgia, duas são de atendimento apenas a uma população composta pelo sexo masculino sendo uma unidade destinada ao atendimento de uma população composta pelo sexo feminino. Por se tratar de contextos dos Cuidados de Saúde Diferenciados possuem características comuns. São unidades que efectuam um atendimento 24 horas por dia, dispõem de médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica e também de uma estreita ligação com outros serviços e unidades da instituição de saúde (serviço de nutrição, psicologia clínica, social, etc.). Os enfermeiros apresentam uma distribuição de trabalho rotativa (<i>rouleman</i>) entre os turnos da manhã (das 8.00 às 14.30h), tarde (das 14.00 às 20.30h) e noite (das 20.00 às 8.30h). A nível da sua estrutura física são compostos por enfermarias (entre 4 a 6 camas), sala de stock de material e equipamento, sala de material sujo e contaminado, casas de banho para os doentes, casas de banho para os profissionais do serviço, copa, sala de enfermagem, sala de médicos, gabinete para o enfermeiro chefe e sala de preparação de medicação, alguns possuem ainda, balcão de atendimento aos doentes, sala de tratamentos e quarto para isolamento de doentes devidamente equipado. Quanto aos recursos materiais, os materiais de uso corrente são pedidos de acordo com as necessidades do serviço e tendo em atenção o funcionamento dos vários armazéns (dias de reposição de materiais). Os serviços farmacêuticos assumem um papel fundamental diário na medida em que estes serviços funcionam com método individual de trabalho no que diz respeito à medicação através do sistema unidose. Quando se verifica</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4.º ANO)**

**DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| Domínio | Código | Caracterização   |
|---------|--------|--|
|         |        | <p>alguma falha de medicação, é necessário efectuar pedido urgente para ou telefonar para a farmácia sendo a resposta rápida e eficaz. A equipa de Enfermagem é constituída por bastantes elementos, normalmente de acordo com as dimensões do contexto, em média entre os 17 a 20 elementos. Verifica-se que na sua globalidade a equipa de enfermagem é bastante jovem, com vários elementos recém-licenciados. Uma das unidades é já muito antiga possuindo instalações físicas bastante antigas e envelhecidas, outra apesar de ser já também antiga apresenta boas condições devido às obras que sofreu para a sua remodelação, há contudo uma unidade de cuidados que devido ao facto do encerramento do serviço de urgência de uma instituição próxima passou a ser a unidade de referência para os utentes dessa área traduzindo-se numa sobrecarga, não habitual de doentes, verificando-se a existência de doentes em camas ou macas no corredor da unidade. Neste último contexto, e de modo a colmatar as necessidades existentes da superlotação das unidades de cuidados da instituição, sofreu algumas alterações desde as que se relacionam com a integração de novos elementos na equipa de enfermagem e até à suas regras de funcionamento levando a que, por um período provisório de três meses, fosse aberto um novo serviço de medicina interna misto (atendimento a doentes do sexo feminino e masculino) onde em cada turno alguns dos enfermeiros ficam destacados para desempenhar as suas funções (a equipa do novo serviço é composta por elementos dos três serviços de medicina que são para lá diariamente destacados).</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4.º ANO)****DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>                          | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|---|---------------|--|
| Características da prática profissional | CARPP         | <p>Nesta unidade os atendimentos de enfermagem são permanentes e a visita médica efectuada no período da manhã. Quanto aos métodos de trabalho encontramos diferenças entre os vários contextos. Existe um contexto em que no turno da manhã é utilizado o método individual na prestação de cuidados, sendo que nos turnos da tarde e da noite isso não acontece, o método adoptado é o de tarefa. Também se verifica que nesse contexto é utilizada a taxonomia CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) como fundamento para as decisões e juízos acerca dos cuidados de enfermagem. Cada enfermeiro cumpre as acções planeadas segundo a CIPE, isto é, de acordo com os fenómenos de enfermagem identificados para cada utente, a acção do enfermeiro será em função dos fenómenos identificados. Num outro contexto a metodologia de trabalho é individual sendo a actividade de enfermagem dirigida aos doentes e seus familiares, a partir de tomadas de decisão baseadas na observação cuidadosa, na comunicação activa e em conhecimentos técnico-científicos. Os enfermeiros privilegiam o envolvimento do doente e sua família na elaboração e execução do planeamento de cuidados, durante o internamento preparando a continuação dos mesmos no domicílio, o que quer dizer, que uma das suas grandes preocupações é a preparação para a alta. A alta é preparada desde a admissão do doente e todos os profissionais de enfermagem estão em constante alerta para os problemas dos utentes tentando solucioná-los. Nesta unidade todos os registos são informatizados segundo o sistema SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) e de acordo com a taxonomia CIPE. No terceiro contexto o método de trabalho adoptado é o individual, em que cada enfermeiro cumpre as acções planeadas. Esta unidade está a iniciar com os registos informatizados da CIPE segundo a SAPE e</p> |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4.º ANO)****DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b>           | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|--------------------------|---------------|--|
|                          |               | apenas uma das enfermarias tem os utentes informatizados. A variedade de doentes e patologias existente nestas unidades é muito grande e a sua taxa de ocupação alta.  |
| Processo de integração   | PRINT         | O processo de integração dos estudantes decorreu com a normalidade esperada. No primeiro dia o grupo de estudantes foi recebido pelo Departamento de Formação das respectivas instituições que os encaminharam posteriormente para as unidades de cuidados sendo então apresentados e recebidos pelos Sr.ª Enf.ª Chefes das Unidades de cuidados os quais, de seguida, em reunião deram as informações necessárias acerca da unidade e seu funcionamento. Na primeira semana e apesar de já saberem quem iriam ser os tutores, os estudantes executaram apenas turnos no período da manhã de forma a consolidar a sua integração na unidade. Após esse período cada estudante efectuou o horário rotativo que lhe foi atribuído sendo a partir dessa data sempre acompanhado pelo tutor. De forma muito genérica, o grupo de estudantes conseguiu integrar-se sem dificuldade nos contextos da prática. As suas dificuldades resumiram-se ao facto de desconhecerem os locais onde estavam a estagiar, à existência de unidades de cuidados com instalações físicas muito envelhecidas, à existência de doentes aos quais tinham de prestar cuidados no corredor, à existência de muitos estudantes de enfermagem em estágio no serviço e à metodologia de trabalho, nomeadamente a utilização do método de tarefa. A relação com o tutor, a forma como foram acolhidas pelos enfermeiros da prática de cuidados e o facto de poderem conhecer o local de estágio foram assinalados como aspectos facilitadores do processo de integração. |
| Processo de socialização | PRSOC         | O processo de socialização dos estudantes decorreu com normalidade. Verificou-se existir uma   |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4.º ANO)**

**DIMENSÃO: CONTEXTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

| <b>Domínio</b> | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|----------------|---------------|--|
|                |               | preocupação constante pela aproximação e identificação com as situações da prática clínica e com o grupo profissional. Os estudantes fazem sobressair uma maior segurança quando efectuam os cuidados, identificam-se claramente com as práticas profissionais e salientam a conquista da autonomia, por isso, sentem que têm responsabilidade acrescida no papel que desempenham. |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4.º ANO)****DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b>              | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-----------------------------|---------------|---|
| Expectativas dos estudantes | EXEST         | De um modo geral o grupo de estudantes, quer pelas experiências clínicas dos anos anteriores em campos da prática semelhantes, não se mostrou muito receoso quanto à realidade da prática que iria encontrar. As suas expectativas neste ano resumem-se essencialmente ao aperfeiçoamento dos cuidados e desenvolvimento de competências.   |
| Saberes adquiridos          | ADANT         | Nos anos anteriores e durante a componente lectiva do curso os estudantes adquiriram conhecimentos teóricos e práticos que lhes permite ter um conjunto de saberes necessários para o desempenho das suas actividades. A sua visão da enfermagem neste momento é mais alargada, anseiam ter oportunidades para executar algumas experiências técnicas as quais ainda não tiveram oportunidade de praticar. Sentem-se atraídos pelos aspectos mais técnicos da profissão, contudo também valorizam outras áreas. Anseiam a conquista da “segurança” e a “autonomia” nas suas práticas.   |
| Experiências significativas | EXSIG         | O grupo de estudantes apresentou experiências a nível da prestação de cuidados, da concepção de cuidados e da gestão de cuidados. Notou-se que nesta fase de aprendizagem os estudantes já conseguem fazer uma ligação entre estas três áreas, apresentando ainda algumas dificuldades a nível da sua concepção. Na prestação de cuidados tiveram um leque alargado de experiências que se prendem essencialmente com os cuidados curativos. Nesta fase de aprendizagem o grupo já consegue efectuar actividades ligadas à gestão de cuidados nomeadamente preocupam-se em manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4.º ANO)****DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b>                    | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|-----------------------------------|---------------|--|
|                                   |               | qualidade e de gestão do risco denotando-se também um grande investimento a nível da priorização e organização dos cuidados durante cada turno de estágio (gestão do tempo).   |
| Aprendizagens efectuadas          | APEFE         | Durante o trabalho de campo verificou-se que, de forma genérica, os estudantes adquiriram competências de carácter cognitivo, técnico, relacional e ético. Valorizam e realçam como grande aprendizagem as competências de carácter relacional, técnico, cognitivo e ético, mas ainda se preocupam com as experiências que têm e com que lhes falta praticar, facto que verbalizam como preocupação demonstrando que não gostariam de chegar ao fim do curso sem essas experiências técnicas. Verifica-se que os conhecimentos de enfermagem que possuem mais consolidados, o que por sua vez, leva ao desaparecimento de falhas, detectando-se apenas dificuldades a nível da mobilização de alguns conhecimentos. Conseguem estabelecer com facilidade diálogo com os utentes independentemente da idade que estes apresentam. |
| Resposta emocional dos estudantes | RESEE         | Os estudantes sentem mais orientados nas unidades onde a informação é detalhada e pormenorizada. Respeitam o conhecimento das enfermeiras mas são também críticos e interventivos quanto ao seu trabalho. Sentem a necessidade da descoberta do saber, procuram informação e justificação para as intervenções e procedimentos desempenhados pelos enfermeiros em todos os actos e não apenas quando sentem alguma necessidade especial. Na execução das suas tarefas sentem-se mais seguros, contudo quando efectuam uma intervenção pela primeira vez referem algum receio e algumas dúvidas, embora esteja sempre presente a vontade de aprender. Nesta fase de   |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4.º ANO)**

**DIMENSÃO: TRAJECTÓRIAS DA APRENDIZAGEM**

| <b>Domínio</b> | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|----------------|---------------|---|
|                |               | <p>aprendizagem, nota-se que os estudantes apenas têm necessidade de reflectir nas acções que executam (reflexão-na-acção) aquando de uma primeira experiência, o que denota que para muitas das intervenções essa reflexão já não seja tão necessária (conhecimento implícito). Fazem com frequência uma análise <i>a posteriori</i> reflectindo sobre-a-acção e sobre a reflexão-na-acção como forma de controlar as situações mais complexas. O que quer dizer que após a sua prática clínica os estudantes relembram os acontecimentos reconstruindo-os e reflectem sobre eles numa perspectiva que promove o seu crescimento e aperfeiçoamento na profissão.</p> |



**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4.º ANO)**

**DIMENSÃO: INFLUÊNCIA DOS MODELOS DA PRÁTICA**

| <b>Domínio</b>        | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-----------------------|---------------|---|
| Influências positivas | POSIT         | Durante a prática clínica os estudantes salientam como aspectos positivos das práticas dos enfermeiros a relação que a grande maioria consegue estabelecer com os utentes que tem a seu cargo, a relação que estes conseguem ter com eles e a qualidade das intervenções de enfermagem a nível da concepção, prestação e gestão de cuidados que alguns enfermeiros possuem. |
| Influências negativas | NEGAT         | Das críticas ao desempenho dos enfermeiros os estudantes destacam a atitude dos enfermeiros face ao seu desempenho e alguns aspectos relacionados com intervenções específicas no âmbito da concepção e prestação de cuidados.  |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4.º ANO)****DIMENSÃO: DINÂMICAS DE TUTORIA**

| <b>Domínio</b>              | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>  |
|-----------------------------|---------------|--|
| Expectativas dos estudantes | EXPES         | Para o grupo de estudantes era importante que os tutores os apoiassem em todo o seu processo de formação. Esperavam que eles fossem pessoas com quem se conseguissem identificar e estabelecer um bom relacionamento, por isso apontam como qualidade serem calmos, ponderados, detectores de um leque vasto de conhecimentos e bom relacionamento e que inspirarem segurança. |
| Quem apoiou                 | QUEAP         | Durante o estágio o grupo de estudantes sentiu-se apoiado quer pelos enfermeiros da prática de cuidados quer pelos tutores.  |
| Escolha do tutor            | ESCTU         | Os tutores são pessoas externas à instituição escola. A sua selecção foi feita pela instituição de cuidados de saúde, baseada nas suas características pessoais e na experiência clínica.  |
| Relação supervisiva         | RELSU         | Os estudantes admitem que a relação supervisiva é importante para o sucesso do processo de tutoria e identificam todas as dimensões importantes dessa relação: atitude do tutor, satisfação do estudante, respeito na relação, <i>feedback</i> contínuo, sentido de verdade, equidade na relação, reciprocidade na interacção e supervisão individualizada.                    |
| Relação tutor-escola        | RELTE         | Uma vez que os tutores são pessoas externas à instituição escola possuem com esta uma relação indirecta.   |
| Preparação do tutor         | PRETU         | Nenhum dos tutores apresentava formação específica na área da supervisão de estudantes.  |
| Modelo de tutoria           | MODTU         | A nível da orientação pude aperceber-me que os tutores adoptaram o modelo integrativo. Aos tutores   |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4.º ANO)**

**DIMENSÃO: DINÂMICAS DE TUTORIA**

| Domínio        | Código | Caracterização  |
|----------------|--------|---|
|                |        | coube a função de ensinar, integrar, apoiar, orientar e encaminhar durante todo o período de ensino clínico com o objectivo de facilitar o processo de socialização e associação do estudante ao seu novo papel. Contudo, também exista um professor que num trabalho de parceria fazia a ponte entre o ensino teórico e o clínico. Nesse sentido a responsabilidade <i>major</i> do ensino clínico cabe ao professor.  |
| Papel do tutor | PAPTU  | Durante a prática clínica dos estudantes os tutores preocuparam-se com o percurso de aprendizagem dos estudantes. Estavam atentos às dúvidas e esclareciam-nos quando necessários, também discutiam a concepção de cuidados elaborada por cada estudante. De uma maneira geral, os tutores mostraram ser pessoas ponderadas, bem-dispostas, empenhadas no seu trabalho, amigas, possuidoras de um leque muito alargado de conhecimentos e detentoras de competências relacionais sustentadas conseguindo dirigir os estudantes de forma positiva proporcionando-lhes a apreciação necessária acerca do desempenho nos cuidados ( <i>feedback</i> ). Apenas um dos tutores não conseguiu estabelecer um bom relacionamento com a estudante. Das suas características realçam-se: Prestar atenção, clarificar, encorajar, servir de espelho, dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar, estabelecer critérios e condicionar. |

**MATRIZ DE REDUÇÃO DA INFORMAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4.º ANO)****DIMENSÃO: DESAFIOS DE ORDEM ÉTICA**

| <b>Domínio</b>          | <b>Código</b> | <b>Caracterização</b>   |
|-------------------------|---------------|---|
| Situações complexas     | SITCO         | Das situações complexas os estudantes sobressaem a não-aceitação do estado de saúde, a angústia da separação, a não adesão ao regime medicamentoso, a dor em doentes com doença oncológica e a morte e o morrer.  |
| Atitudes dos estudantes | ATIES         | Da observação efectuada salienta-se que face a situações dilemáticas complexas que envolvam condutas éticas os estudantes conseguem identificar com mais facilidade a conduta correcta, muito embora ainda demonstrem alguma dificuldade em tomar decisões. Conseguem efectuar juízos acerca das situações e sempre que se confrontaram com uma, consideraram ter tomado a atitude correcta. Ressalva-se contudo que na nesta fase de aprendizagem ainda são os enfermeiros da prática de cuidados que tomam este tipo de decisões, o que demonstra que perante dilemas éticos os estudantes optam por respeitar manter uma atitude passiva, muito embora façam os seus juízos. |
| Valores envolvidos      | VALEN         | Os estudantes respeitam os valores profissionais e os seus juízos baseiam-se essencialmente nas regras morais universais. Realçam a importância da vida, do amor, da segurança familiar e do reconhecimento social como valores terminais e a utilidade da responsabilidade, da honestidade, da intelectualidade e da racionalidade como valores instrumentais.   |

**UNIDADES DE REGISTO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (1.º ANO)**

| DIMENSÃO                         | DOMÍNIO               | CATEGORIAS                      | UNIDADES DE REGISTO  |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Contexto da prática profissional | Natureza socioclínica | Cuidados Saúde Primários        | <p>“Este é um Centro com muitos atendimentos por dia.” (OP - Informal)</p> <p>“O trabalho de enfermagem é efectuado segundo a figura do enfermeiro de família à excepção dos domicílios que apenas são efectuados por três enfermeiros.” (OP - Informal)</p> <p>“Este Centro de Saúde está dividido por Módulos, apresenta um total de 5 Módulos, para cada 2 módulos tem 1 enfermeiro que dá apoio aos médicos e que efectua as consultas de enfermagem e os tratamentos existindo um enfermeiro que fica responsável apenas por um módulo mas que tem a seu cargo a sala de vacinação.” (OP - Informal)</p> <p>“Das diversas actividades existentes fazem parte a visitação domiciliária, a saúde escolar, a preparação psicoterapêutica para o parto, a vacinação, os tratamentos, as consultas programadas de saúde infanto-juvenil, de saúde materna e obstétrica e de saúde do adulto e, ainda, as consultas de recurso.” (OP - Informal)</p> <p>“Uma vez que este Centro de Saúde é uma extensão, conta com o apoio da assistente social e nutricionista duas vezes por semana, as consultas para a Psicóloga são marcadas no pólo central (sede).” (OP - Informal)</p> |
|                                  |                       | Cuidados de Saúde Diferenciados | -----  |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | <p>Características da prática profissional</p> | <p>Características da prática profissional</p> | <p>“Face a esta e outras situações as estudantes referiram que o trabalho desenvolvido nesta unidade de saúde não constituiu uma grande novidade uma vez que nos seus percursos de formação, nomeadamente, na componente teórica do curso já tinham sido alertadas para as tarefas aí desenvolvidas.” (OP - Informal)</p> <p>“Aqui os cuidados prestados são essencialmente de vigilância e de manutenção da saúde.” (OP - Informal)</p> <p>“Foi o descobrir do papel do enfermeiro no Centro de Saúde. Antes de vir para o curso achava que os enfermeiros no centro de saúde só davam vacinas porque os meus pais nunca me levaram às consultas no centro, só lá ia para as vacinas. Nas aulas foram-nos falando do papel do enfermeiro mas eu ainda assim achava que pouco mais faziam do que dar vacinas, mas agora apercebo-me do que é o verdadeiro trabalho do enfermeiro.” (OP - Informal)</p> <p>“As enfermeiras estão divididas por módulos rodando pelas visitas domiciliárias apenas três enfermeiras. Não existem registos informatizados, é um aspecto que ainda está a ser trabalhado no serviço e que será para um futuro próximo.” (OP - Informal)</p> |
|  | <p>Processo de integração</p>                  | <p>Dificuldades sentidas</p>                   | <p>“...senti dificuldade porque não sabia o que fazer e também onde estavam os materiais.” (OP - Informal)</p> <p>“...não sabia se as enfermeiras iriam gostar que fizesse as suas coisas.” (11.06.07)</p> <p>“Eu tinha muito medo, não sei bem explicar, tinha medo de errar, tinha medo de não ser bem aceite pelos doentes, que eles não gostassem de mim, me achassem uma incompetente.” (OP - Informal)</p>  |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>“...acho que quando entrei pela primeira vez pela porta do gabinete onde estava a enfermeira a fazer a consulta, repentinamente esqueci tudo, foi uma sensação horrível. Penso que pela cara que fiz ela se apercebeu porque me perguntou se estava tudo bem, eu nem sei o que respondi, só sei que ela conseguiu tranquilizar-me e tudo correu bem, claro que nesse dia pouco fiz.” (OP - Informal)</p> <p>“...senti dificuldades em iniciar o diálogo com os utentes, na verdade é mais fácil do que eu esperava, mas por vezes ainda sinto que não sou suficientemente boa porque tenho de pensar o que vou dizer a seguir e perco tempo nisso.” (OP - Informal)</p> <p>“A princípio sentia-me um estorvo pois não sabia o que fazer, para onde ir e nem sequer conseguia seleccionar o essencial do secundário. Sentia-me inútil e um obstáculo para as enfermeiras. Mas após algumas experiências comecei a ganhar confiança e mais agilidade, comecei a sentir-me útil.” (OP - Informal)</p> <p>“No início do dia senti-me um pouco perdida porque não sabia muito bem o que poderia fazer para ajudar, no entanto, com o decorrer do tempo fui-me sentindo mais confiante e segura.” (OP - Informal)</p> <p>“...inicialmente estavam com receio do que as esperava, contudo consideravam-se, neste momento, bem integradas e também com traquejo no contacto com os utentes.” (OP - Informal)</p> | <p>“...acho que quando entrei pela primeira vez pela porta do gabinete onde estava a enfermeira a fazer a consulta, repentinamente esqueci tudo, foi uma sensação horrível. Penso que pela cara que fiz ela se apercebeu porque me perguntou se estava tudo bem, eu nem sei o que respondi, só sei que ela conseguiu tranquilizar-me e tudo correu bem, claro que nesse dia pouco fiz.” (OP - Informal)</p> <p>“...senti dificuldades em iniciar o diálogo com os utentes, na verdade é mais fácil do que eu esperava, mas por vezes ainda sinto que não sou suficientemente boa porque tenho de pensar o que vou dizer a seguir e perco tempo nisso.” (OP - Informal)</p> <p>“A princípio sentia-me um estorvo pois não sabia o que fazer, para onde ir e nem sequer conseguia seleccionar o essencial do secundário. Sentia-me inútil e um obstáculo para as enfermeiras. Mas após algumas experiências comecei a ganhar confiança e mais agilidade, comecei a sentir-me útil.” (OP - Informal)</p> <p>“No início do dia senti-me um pouco perdida porque não sabia muito bem o que poderia fazer para ajudar, no entanto, com o decorrer do tempo fui-me sentindo mais confiante e segura.” (OP - Informal)</p> <p>“...inicialmente estavam com receio do que as esperava, contudo consideravam-se, neste momento, bem integradas e também com traquejo no contacto com os utentes.” (OP - Informal)</p> |
|  |  | <p>Aspectos facilitadores</p>   | <p>“...referiram que a unidade de saúde possuía as condições necessárias para lhes proporcionar as experiências que necessitavam.” (OP - Informal)</p> <p>“...que se tinham sentido bem recebidas e apoiadas quer pelas enfermeiras quer pelo tutor.” (OP - Informal)</p>   |

|  |                          |                      |   |
|--|--------------------------|----------------------|---|
|  |                          |                      | <p>“Assim como ela outras estudantes referiram que lhes acontecera o mesmo, referindo-se às enfermeiras da unidade como pessoas muito simpáticas que contribuía para a diminuição do stress e ansiedade que apresentavam.” (OP - Informal)</p> <p>“As enfermeiras também nos receberam muito bem.” (OP - Informal)</p> <p>“...que se tinham sentido bem recebidas e apoiadas quer pelas enfermeiras quer pelo tutor.” (OP - Informal)</p> <p>“Nas primeiras vezes nós avaliávamos as tensões e as enfermeiras também para conferir os valores, mas agora não, nós avaliamos e se tiver alguma alteração comunicamos e aí sim, elas reavaliam.” (OP - Informal)</p>  |
|  | Processo de socialização | Contexto de cuidados | <p>“Foi muito bom, foi mesmo muito bom. A enfermeira esteve sempre na sala de tratamentos e injectáveis, nós mantivemo-nos em dois gabinetes a avaliar tensões, pesos, etc. Foi o dia em que mais trabalhei, mas foi incrível, pois a enfermeira já dizia «Chamem pelos números e caso não possam efectua o procedimento, peçam ao doente para aguardar e vão-me chamar».” (OP - Informal)</p> <p>“...identifico-me muito mais com este tipo de trabalho activo e dinâmico que me faz sentir mais útil. Não obstante a minha colaboração ter sido meramente de apoio à enfermeira...” (OP - Informal)</p> <p>“Este talvez tenha sido o dia em que me senti mais útil nesta unidade de saúde. Eu e a Raquel, colega que estava comigo, ajudamos bastante a avaliar tensões arteriais em duas salas enquanto a enfermeira fazia os pensos.” (OP - Informal)</p> |
|  |                          | Grupo profissional   | <p>“Adorei o dia e senti confiança por parte da enfermeira, coisa que ainda não tinha</p>   |



|                              |                             |                            |  |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|--|
|                              |                             |                            | <p>sentido. Normalmente as enfermeiras costumam dizer que não têm ninguém a ajudar e que estão sozinhas, falando na nossa presença, como se nós não existíssemos. A uma certa altura a enfermeira disse que se encontrava sozinha no módulo, mas acrescentou que se não fossem as alunas do primeiro ano, não se conseguia safar. Foi bom ouvir que fomos úteis. Este dia trouxe-me mais confiança.” (OP - Informal)</p> <p>“...estes últimos dias têm-me marcado positivamente por vários motivos. Primeiro porque a minha participação ao nível de intervenções de enfermagem é cada vez mais activa pois, com o decorrer do ensino clínico, tenho aprendido bastante a esse respeito e tenho ganho mais iniciativa. Segundo, porque considero que já ultrapassei certos medos e inseguranças em relação à execução de determinadas actividades.” (OP - Diário)</p> <p>“As enfermeiras ... no início perguntavam-nos se queríamos ver as tensões, mas agora já não é preciso, nós tomamos a iniciativa.” (OP - Informal)</p> <p>“Senti que fomos úteis e fizemos um trabalho em equipa.” (OP - Informal)</p> <p>“Nos módulos, com os enfermeiros, a relação também tem crescido e já me sinto mais incluída e mais à-vontade com todos.” (OP - Informal)</p> |
| Trajectórias da aprendizagem | Expectativas dos estudantes | Sem expectativas definidas | <p>“...na verdade não tinha expectativa absolutamente nenhuma, não esperava nada de especial deste ensino clínico, estava expectante...” (OP - Informal)</p> <p>“...eu não trazia nenhuma ideia concreta acerca do que iria ser ou encontrar neste ensino clínico, ouvia por vezes os colegas a falarem dos campos de estágio, uns bem outros mal, mas como neste Centro de Saúde não tinha estado cá ninguém em estágio, é o primeiro ano que para cá vem a Escola, por isso não trazia comigo nada</p>   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | de muito concreto.” (OP - Informal)  |
|  |  | Tomar decisões acerca do futuro profissional | <p>“Como esta não foi a minha primeira escolha em termos de decisão de profissão de futuro, eu não entrei em medicina, penso que o contacto com a realidade prática vai ajudar-me a tomar essa decisão, se continuar neste curso ou enveredar no curso que pretendo.” (OP - Informal)</p> <p>“...na verdade, só tendo um ensino clínico logo no primeiro ano é que é possível perceber se temos ou não capacidade para enfrentar, da melhor maneira possível, estes casos mais complicados que nos vão aparecer na profissão. Assim, considero que apesar de chocante, estes casos devem ser vividos pelos estudantes de enfermagem, só assim podemos tomar uma decisão consciente acerca da profissão que queremos ter para o resto da vida.” (OP - Informal)</p> |
|  |  | Superar medos                                | <p>“...sentir-me mais independente e mais à-vontade.” (OP - Informal)</p> <p>“Superar todas as dificuldades, ansiedades e medos.” (OP - Informal)</p> <p>“Sofia referiu que a sua ansiedade começara logo no primeiro dia, aquando da reunião com o tutor, porque se perguntava se teria a matéria bem presente de forma a conseguir ser autónoma na sua prática, acrescentou que na saúde escolar teve a oportunidade de treinar a criatividade mas pergunta-se acerca se terá sempre essa criatividade presente.” (OP - Informal)</p> <p>“Ser capaz de desempenhar um bom trabalho, ultrapassando o stress.” (OP - Informal)</p>   |
|  |  | Ter muitas oportunidades para                | “...ter muitas oportunidades para pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos” (OP - Informal)  |

|  |                             |                                     |   |
|--|-----------------------------|-------------------------------------|---|
|  |                             | praticar                            | “...aproveitar todas as oportunidades para aprender.” (OP - Informal)   |
|  |                             | Desenvolver competências            | “Das aprendizagens efectuadas salientaram as tarefas técnicas, algo que elas tinham como expectativa para o ensino clínico.” (OP)<br>“Na verdade eu esperava aprender muitas coisas.” (OP - Informal)<br>“Executar todas as técnicas que aprendi em sala de aula.” (OP - Informal)  |
|  | Saberes adquiridos          | Nenhum                              | “Como não tive a oportunidade de ter nenhuma experiência da prática de cuidados...” (OP - Informal)<br>“Vimos para a prática sem experiência nenhuma nos cuidados, pelo menos em pessoas reais.” (OP - Informal)  |
|  |                             | Competências                        | “...tínhamos praticado estas técnicas na escola, mas no contexto real é sempre muito diferente, até porque por se tratar de uma situação nova estamos sempre um pouco nervosas e, às vezes, torna-se um pouco visível para os utentes porque começamos a tremer com as mãos ou então deixamos cair o material.” (OP - Informal)<br>“...por vezes, o que acontece é que quando vamos executar algo pela primeira vez parece que esquecemos tudo acerca de como temos de o fazer. Aprendemos na escola, revemos os conhecimentos antes de vir para o ensino clínico, mas repentinamente bloqueamos.” (OP - Informal)<br>“Na escola treinamos a relação mas aqui é muito diferente, é real, não tem nada a ver...” (OP - Informal) |
|  | Experiências significativas | Prática profissional, ética e legal | “...contudo o que constituiu uma grande surpresa foi a realidade encontrada a nível de domicílios. Acharam ser uma das tarefas mais estimulantes e que lhes   |

|  |  |                                       |  |
|--|--|---------------------------------------|--|
|  |  |                                       | <p>proporcionou maior aprendizagem talvez pelo facto de assistirem a situações que as marcaram.” (OP - Informal)</p> <p>“...acho que o contacto com a realidade, nua e crua, do sofrimento, falta de condições e carências várias, contribuiu para me facultar uma visão mais verdadeira da realidade circundante fazendo-me reflectir sobre aspectos, aos quais nunca tinha dado a devida importância.” (OP - Informal)</p> <p>“...o papel do enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários passa, sem dúvida nenhuma, pela proximidade deste com o utente, e é na visitação domiciliária que o enfermeiro melhor se apercebe dos reais problemas de saúde dos seus utentes, das suas reais necessidades. Nunca pensei haverem ainda hoje tantas famílias carenciadas.” (OP - Informal)</p>   |
|  |  | <p>Prestação e gestão de cuidados</p> | <p>“Conseguí efectuar o processo de enfermagem...foi a primeira vez que fiz um processo de enfermagem a uma senhora que tem imensas dificuldades e carências, porque para além dos problemas de saúde, tem também problemas monetários que se reflectem em problemas de habitação e alimentação, o que inevitavelmente piora os primeiros. Mas foi o constatar o à vontade e a simpatia com que as pessoas respondem às nossas perguntas do processo de enfermagem e também a boa vontade com que nos dispensam o seu tempo. Algumas até aproveitam para desabafar e conversar um pouco.” (OP - Informal)</p> <p>“...um dos utentes que mais me marcou hoje foi um senhor que foi fazer um penso. O senhor tinha uma ferida abdominal por exteriorização de prótese abdominal, foi os doentes cuja ferida mais me incomodou. Percebia-se perfeitamente que o senhor tinha muitas dores e, não consigo imaginar o que lhe irá acontecer, será que algum</p> |

dia a ferida vai cicatrizar? Quanto tempo mais vai demorar esta situação? Na verdade perante esta situação senti-me ignorante, se ele me perguntasse se iria cicatrizar eu não sei o que iria responder”. Deste testemunho, depreendo que as estudantes têm consciência que ainda têm limitações a nível de conhecimentos, o que não me admira uma vez que os conteúdos teóricos do primeiro ano não contemplam intervenções para este tipo de situações.” (OP - Informal)

“...posso dizer que pensava ser mais difícil fazer o processo, especialmente ao colocar determinadas questões, mas foi bastante mais fácil talvez porque me fui adaptando ao utente e também porque este me deixou bastante à-vontade. Também posso acrescentar que me senti bastante aliviada depois de o ter feito porque, de facto, andava um pouco preocupada em fazê-lo. Hoje reconheci que ainda não o tinha feito um bocado por culpa minha, pois talvez pudesse ter lutado mais para o conseguir. Será, por isso, um aspecto a melhorar nas próximas oportunidades”. Sofia reconheceu as suas dificuldades iniciais, contudo salientou que a realização desta tarefa não se revelou assim tão difícil. Sei que uma das grandes preocupações das estudantes é terem de realizar o processo de enfermagem a alguns dos utentes, este exige-lhes agilidade na realização da entrevista e na organização dos dados colhidos de forma a serem identificadas as necessidades assistenciais. Esta é uma das tarefas que lhes custa porque para que a entrevista seja eficaz é necessário estabelecer uma verdadeira relação interpessoal.” (OP - Informal)

“Quando realizei o meu primeiro processo de enfermagem a utente foi muito simpática e paciente, respondendo a todas as perguntas sempre com um sorriso na cara. Achei que ia ser mais difícil conversar com a utente mas, para meu grande

espanto, não senti grandes dificuldades. Talvez a personalidade da senhora tenha ajudado muito, contudo não foi possível preencher a última folha onde se encontram as acções de enfermagem, pois a utente tinha todos os cuidados com a sua saúde. Era uma pessoa informada, cuidadosa e tinha todos os exames médicos em dia.” (OP - Informal)

“Fui ao módulo 2 onde encontrei a Sónia com uma senhora que aparentava ter à volta de 70 anos de idade. Tinha à sua frente as folhas do processo de enfermagem e encontrava-se a realizar a entrevista inicial, [...] Do que pude assistir, uma vez que continuaram com a entrevista, a conversa entre as duas ia fluindo apesar da estudante ter a necessidade constante de recorrer aos papéis. Notei que, por vezes, existiam momentos de silêncio que surgiam fruto da procura nos papéis acerca do que perguntar.” (OP - Informal)

“Relativamente ao processo de enfermagem ...apresentam ainda muitas dificuldades, só agora é que se nota a sua evolução em termos relacionais e isso é um aspecto muito importante, porque o que acontece é que elas rotinizam as perguntas que fazem. Eu não acho isso incorrecto, elas têm de ter um esquema mental construído que lhes permita, segui-lo facilmente, de forma a estruturarem a colheita de dados que pretendem, mas como os conhecimentos ainda não estão todos muito bem presentes o que acontece é que perguntam umas coisas e outras não, como consequência os processos ficam incompletos.” (OP - Informal)

“Após discussão acerca do assunto todas as estudantes concordaram que não gostavam muito de estarem destacadas para a saúde escolar, contudo para elas, as Educações para a Saúde quer individuais quer em grupo são muito importantes

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>porque constituem o cerne do papel do enfermeiro nos Cuidados de Saúde Primários.” (OP - Informal)</p> <p>“Observamos a enfermeira na vacinação.” (OP - Informal)</p> <p>“Ajudei na sala de vacinas, assisti à vacinação por parte da enfermeira e auxiliei nos registos nas fichas.” (OP - Informal)</p> <p>“Fui ao gabinete seguinte e encontrei a estudante com uma senhora a avaliar a tensão arterial. Notei que teve alguma dificuldade em efectuar a consulta de enfermagem, dialogou com facilidade mas perdeu-se um pouco quando tentou questionar hábitos de saúde, notando-se uma certa desorganização nas questões que colocava. Os cuidados antecipatórios não foram sequencialmente nem correctamente recolhidos, notei também um certo esforço para efectuar educação para a saúde. Desta situação depreendo que a estudante ainda apresenta lacunas que têm de ser melhor trabalhadas e exploradas, saliento a vertente dos aspectos educacionais que verifico ser uma constante no grupo. Sem dúvida, as estudantes estão alertadas para efectuarem educações para a saúde, conseguem detectar falhas no cumprimento do regime terapêutico dos utentes mas também, algumas dessas falhas, lhes passam despercebidas. Para as estudantes tudo passa pelas educações para a saúde quer a título individual quer em termos de grupo.” (OP - Informal)</p> <p>“Ajudamos nas consultas de enfermagem, nomeadamente na execução das pesquisas de glicemia capilar aos diabéticos e na avaliação da tensão arterial aos hipertensos.” (OP - Informal)</p> <p>“Avaliei a tensão arterial na consulta e questioneei o utente acerca dos hábitos</p> |
|--|--|--|

|  |  |                              |   |
|--|--|------------------------------|---|
|  |  |                              | alimentares.” (OP - Informal)   |
|  |  | Desenvolvimento profissional | <p>“As Educações para a Saúde ocupam-nos muito tempo, mas após a pesquisa que fazemos também acabamos por aprender mais sobre o assunto, porque nos temos de preparar bem para podermos responder às questões.” (OP - Informal)</p> <p>“...o trabalho na saúde escolar alertou-me para a importância da realização das sessões de educação para a saúde. É óbvio que tenho noção que as educações para a saúde transmitem informações essenciais às crianças, mas é impressionante como os pais dão mais interesse ao que os filhos aprendem nas escolas, do que às informações fornecidas através dos profissionais de saúde. Não sei se os pais realizam as actividades que os filhos aprendem, porque acreditam e acham que devem lutar por elas, ou simplesmente porque têm os filhos a observar minuciosamente os passos que os pais dão. Gostaria de acreditar que os pais efectuem essas aprendizagens, porque acreditam num futuro mais limpo e mais saudável, mas infelizmente observo que, a maioria, preocupa-se mais com o que é que os filhos vão pensar deles.” (OP - Diário)</p> |
|  |  | Erro                         | <p>“...«Hoje fiz uma ligadura pela primeira vez. Estava um pouco nervosa e deixei cair o rolo quando passava pela primeira vez de uma mão para a outra. Devo ter ficado vermelha e fiquei envergonhada pelo acontecido. Mas da segunda vez respirei fundo e não tive mãos de aranha». A estudante estava satisfeita porque apesar do incidente tinha efectuado, pela primeira vez, a técnica com sucesso. Referiu estar nervosa e ter ficado embaraçada, também referiu que, de imediato, não soube se poderia aproveitar a ligadura ou deveria eliminá-la. Devido ao seu nervosismo não conseguiu obter a resposta adequada optando, sem saber justificar o porquê,</p>  |



|  |                          |                          |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
|  |                          |                          | eliminá-la e iniciar a tarefa com uma nova ligadura.” (OP - Informal)  |
|  | Aprendizagens efectuadas | Aprendizagens efectuadas | <p>“Notei que rotinizavam algumas das tarefas, nomeadamente o que perguntavam, como abordavam os utentes e o que diziam face às mesmas situações. Com certeza, foram tarefas que observaram e lhes pareceram correctas por parte das enfermeiras e que, por isso, decidiram actuar de modo semelhante.” (OP)</p> <p>“Com o passar dos dias sinto uma destreza maior nas acções e situações. Começo a conhecer cada utente, devido à regularidade, o seu diagnóstico e todos os problemas que, aparentemente o envolve. É certo que muito fica por saber, mas após algumas consultas já é possível conhecer um pouco da vida do doente e como este reage perante algumas situações.” (OP - Informal)</p> <p>“Já comunicamos melhor com os utentes e até já conseguimos achar alguma graça à entrevista para a elaboração do processo de enfermagem.” (OP - Informal)</p> <p>“Eu e a colega que estava comigo, ajudamos bastante a avaliar tensões arteriais em duas salas enquanto a enfermeira fazia os pensos.” (Deste testemunho notei que a estudante não só teve um sentimento mais positivo face à sua participação nas actividades, mas também que este traduz de alguma forma uma integração na unidade, uma vez que só a partir do momento em que as estudantes estão integradas é que as enfermeiras lhes confiam as tarefas). (OP - Informal)</p> <p>“...«Sinto-me cada vez mais à-vontade com os utentes que vão aparecendo e, ainda mais com aqueles mais assíduos. É engraçado ver a evolução de certos utentes e a relação que se vai criando com eles, isso levou a aperceber-me da importância da existência do enfermeiro de família.» A estudante referiu-se à sua evolução a vários</p> |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>níveis no relacionamento com o utente, no relacionamento com o corpo profissional e na execução das tarefas técnicas. Essencialmente, são sempre estes os factores que referem preocupações e melhorias e que, sem dúvida, são os focos para onde as estudantes dirigem a sua atenção.” (OP - Informal)</p> <p>“Neste momento faço de tudo um pouco mas com mais segurança. Acho que tenho melhorado nesse aspecto, mesmo a nível de comunicação, já estou mais à-vontade com os utentes e também com as enfermeiras do módulo. Apesar de tudo não posso deixar de referir que sinto que este ensino clínico já não me traz nada de muito novo. O calor aperta, o cansaço é muito e as férias parecem estar sempre tão próximas e ao mesmo tempo tão longe.” (OP - Informal)</p> <p>“Ao mesmo tempo apercebi-me que do trabalho das enfermeiras valorizam tudo quanto é técnica, pelo menos mais do que todos os conhecimentos que possam ter.” (OP - Informal)</p> <p>“Também aferi que quando surgia alguma tensão arterial para avaliar era a enfermeira que perguntava se alguma das estudantes a queria avaliar.” (OP - Informal)</p> <p>“Pelo que me pude aperceber nesta fase da aprendizagem as estudantes preferem ver e participar nas tarefas técnicas, elas realçaram a participação na avaliação das tensões arteriais, da avaliação antropométrica em crianças e adultos, na colaboração em pesquisas de glicemia, o facto de verem efectuar pensos, vacinas e injectáveis. Após a reunião discuti com o Tomás esta minha perspectiva a qual coincidia com a dele dizendo-me “Na verdade elas gostam mais de estar nos módulos e principalmente de ir com a enfermeira dos domicílios ver tarefas mais técnicas do que</p> |
|--|--|--|---|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>as intelectuais mas, pelo menos, admitem que estas são igualmente importantes.” (OP)</p> <p>“Notei que as estudantes valorizam muito as actividades técnicas e não existem registos escritos que fundamentem o valor que atribuem às cognitivas e relacionais, embora em conversas informais admitam que estas são importantes.” (OP)</p> <p>“Também referiram terem sentido a necessidade de relerem a matéria dada nas sessões lectivas de forma a facilitar todo o seu progresso em termos de aprendizagem e a relação com os utentes que referiram não ter sido tão difícil de concretizar como pensavam.” (OP - Informal)</p> <p>“Permaneci mais um pouco no módulo e verifiquei que as estudantes ainda se sentem constrangidas quando têm que comunicar com os utentes, mas este também era o seu terceiro dia de prática clínica.” (OP)</p> <p>“O certo é que me apercebi que estas estudantes ainda estavam pouco à-vontade na unidade de cuidados, facto que gerava alguma dificuldade de iniciativa e também em estabelecer diálogo com os utentes.” (OP)</p> <p>“Apesar das estudantes se sentirem mais seguras e comunicativas, verifica-se que com os utentes, às vezes, existem pausas que frequentemente são colmatadas por estes. Acho que as estudantes não se apercebem desse aspecto porque, no momento, estão ocupadas com os seus processos de pensamento na procura de soluções rápidas.” (OP)</p> <p>“Também acho que a técnica de avaliar as tensões está cada vez mais perfeita, o que é bastante gratificante.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|---|

|                               |                         |  |
|-------------------------------|-------------------------|--|
| Resposta emocional estudantes | Não respondem           | <p>“Penso que nesta fase do processo de aprendizagem as estudantes ainda se sentem muito inseguras quanto à sua actuação. Perante situações mais complexas apresentam grande dificuldade de resposta encontrando nos enfermeiros da prática o suporte necessário para as suas incertezas.” (OP)</p>  |
|                               | Medo                    | <p>“A estudante acrescentou aspectos da sua integração no módulo dizendo que inicialmente se sentia um estorvo e que era necessário a enfermeira perguntar se ela queria fazer alguma coisa. Citou um exemplo em que foi necessário, a enfermeira perguntar se ela queria avaliar a tensão a um utente, reflectiu dizendo que sabia que deveria ter mais iniciativa mas que estava muito ansiosa e que, por isso, não conseguia ultrapassar esse facto, referiu que esse era um dos aspectos que necessitava de melhorar.” (OP - Informal)</p> <p>“...muito ansiosas, professora até tenho as pernas a tremer” (OP - Informal) “...eu tinha muito medo de tomar uma decisão que não fosse correcta e de colocar a vida de alguém em risco.” (OP - Informal)</p> <p>“...tinha medo que o utente se apercebesse que eu não estava segura do que estava a fazer.” (OP - Informal)</p> |
|                               | Usam processos reflexão | <p>“...após cada dia de estágio ponho-me a pensar acerca do que fiz e como fiz. Penso no que posso melhorar.” (OP - Informal)</p> <p>“...o facto de ter de efectuar os diários de aprendizagem faz-me pensar acerca das actividades desenvolvidas em cada dia, e nos aspectos relativos a cada uma delas. Embora em alguns dias não exista nada de muito relevante, ao efectuar os registos penso acerca do que fiz e, por vezes, até chego à conclusão que não o fiz da forma</p>   |

|                                   |           |   |  |
|-----------------------------------|-----------|---|--|
|                                   |           |   | mais correcta.” (OP - Informal)  |
| Influência dos modelos da prática | Positivas | Relação com o utente                      | <p>“Existem enfermeiras que têm uma ótima relação com os doentes, são verdadeiras comunicadoras. Um dia eu gostava de conseguir ser assim.” (OP - Informal)</p> <p>“Havia uma enfermeira que era espectacular na forma como se relacionava com os utentes.” (OP - Informal)</p>  |
|                                   |           | Relação com o estudante                   | <p>“...e também na forma como se relacionava com os alunos.” (OP - Informal)</p> <p>“Esta enfermeira foi um bom exemplo para mim porque conseguiu estabelecer com todo o grupo, um bom ambiente.” (OP - Informal)</p>  |
|                                   |           | Concepção, prestação e gestão de cuidados | <p>“A nível de cuidados era muito competente, executava as técnicas com muito rigor e assepsia, era cuidadosa nos cuidados que prestava e nas explicações que dava aos utentes, preocupava-se muito com o bem-estar das pessoas que recorriam ao Módulo e verificava sempre se tinham a vacinação em dia. Era muito cuidadosa.” (OP - Informal)</p> <p>“...preocupada com os utentes e organizada nos registos e nos cuidados que prestava.” (OP - Informal)</p> <p>“Sempre que tínhamos alguma dúvida podíamos perguntar às enfermeiras que elas explicavam tudo muito direitinho.” (OP - Informal)</p> <p>“A nível de organização de trabalho era excelente, ... e organizada nos registos e nos cuidados que prestava.” (OP - Informal)</p> <p>“Referiram ter sentido apoio por parte das enfermeiras da unidade de saúde.” (OP - Informal)</p> |

|  |           |                         |   |
|--|-----------|-------------------------|---|
|  |           |                         | <p>“Os enfermeiros apoiaram-nos quando precisávamos de ajuda.” (OP - Informal)</p> <p>“Assim como ela outras estudantes referiram que lhes acontecera o mesmo, referindo-se às enfermeiras da unidade como pessoas muito simpáticas que contribuíam para a diminuição do stress e ansiedade que apresentavam.” (OP - Informal)</p> <p>“...explicavam como se faziam as consultas de enfermagem, ...” (OP - Informal)</p> <p>“...perguntavam se queríamos ser nós a avaliar as tensões arteriais e primeiro avaliávamos nós e seguidamente elas para confirmarem os valores, só posteriormente é que o fazíamos sozinhas.” (OP - Informal)</p> <p>“Diziam-nos sempre se estávamos a fazer as coisas bem ou como as deveríamos fazer.” (OP - Informal)</p> <p>“...reforçaram que sempre que se deslocavam aos domicílios a enfermeira se preocupava em explicar cada um dos casos.” (OP - Informal)</p> <p>“...tinha sempre tudo muito arrumadinho e o balcão onde preparava os injectáveis estava sempre devidamente limpo.” (OP - Informal)</p> |
|  | Negativas | Atitude dos enfermeiros | <p>“...num dos domicílios a uma Sr.<sup>a</sup> de idade que tinha uma úlcera varicosa apercebemo-nos que esta estava para além de alguma falta de higiene pessoal tinha pulgas, penso que isto poderia ter sido abordado de outra maneira, por exemplo explicando o que ela poderia fazer para solucionar o problema, o que aconteceu é que no dia seguinte durante o café da manhã e o almoço a enfermeira não falou de outra coisa, toda a gente no centro ficou a saber que a referida senhora tinha pulgas, até as auxiliares que lá estavam a tomar café. Não penso ser a atitude correcta nós</p>  |

|                      |                         |  |   |
|----------------------|-------------------------|--|---|
|                      |                         |  | <p>devemos ajudar e não comentar nem divulgar a vida dos outros em público.” (OP - Informal)</p> <p>“...fiquei um bocado impressionada com certos comentários acerca dos utentes que recorriam às consultas, não achei a atitude da enfermeira minimamente correcta.” (OP - Informal)</p>   |
|                      |                         | <p>Concepção, prestação e gestão de cuidados</p> | <p>“...não posso deixar de apontar as diferenças existentes entre aquilo que aprendemos na teoria e o que depois acontece e verificamos na prática, principalmente em termos de assepsia.” (OP - Informal)</p> <p>“Continuo a ficar admirada com a quantidade de procedimentos que alguns profissionais executam sem luvas e sem lavar as mãos, como pensos e injectáveis.” (OP - Informal)</p> |
| Dinâmicas de tutoria | Expectativas estudantes | Expectativas dos estudantes                      | <p>“Esperava que acima de tudo o tutor fosse alguém que nos apoiasse nesta fase de aprendizagem.” (OP - Informal)</p> <p>“Tinha a ideia que fosse uma pessoa experiente, ponderada nas decisões e com muita calma.” (OP - Informal)</p>   |
|                      | Quem Apoiou             | Tutor  | <p>“O (tutor) foi, para nós, uma grande ajuda na integração. Ele estava sempre a perguntar-nos se tínhamos dúvidas e percorria os locais do Centro de Saúde para ver se alguém precisava de um apoio extra.” (OP - Informal)</p>  |
|                      |                         | Colegas  | <p>“...o grupo sempre foi muito unido e se ajudou muito.” (OP - Informal)</p> <p>“...notou-se que houve um crescimento muito grande como grupo.” (OP - Informal)</p>  |
|                      |                         | Enfermeiros                                      | <p>“Referiram ter sentido apoio por parte das enfermeiras da unidade de saúde.” (OP -</p>   |

|  |                     |                            |   |
|--|---------------------|----------------------------|---|
|  |                     |                            | <p>Informal)</p> <p>“...notei que a estudante não conseguia dar resposta a todas as solicitações dos utentes, uma vez que, era frequente questionar a enfermeira acerca do assunto antes de serem consultados. Quando uma situação dessas acontecia a estudante respondia “primeiro tem de ser consultado pelo médico e então ele dirá o que acha sobre o assunto” ou, de soslaio, olhava para a enfermeira como que num pedido urgente de ajuda, ao qual rapidamente era correspondida. Por este facto verifiquei que, de uma forma genérica, as enfermeiras da unidade de cuidados apoiavam as estudantes, nomeadamente neste tipo de consultas.” (OP - Informal)</p> |
|  |                     | Outros                     | “ Eu tive de recorrer à biblioteca da escola.” (OP - Informal)  |
|  | Escolha do tutor    | Instituição escola         | “... é um tutor contratado pela escola especificamente para fazer acompanhamento de ensinios clínicos.” (OP - Informal)   |
|  |                     | Instituição saúde          | -----   |
|  | Relação supervisiva | Atitude do tutor           | <p>“Acho que ele foi sempre muito cordial.” (OP - Informal)</p> <p>“Foi também um bom amigo.” (OP - Informal)</p> <p>“Sempre nos ajudou muito no que precisávamos, era discreto e educado.” (OP - Informal)</p>   |
|  |                     | Supervisão individualizada | -----   |
|  |                     | Feedback contínuo          | -----   |



|  |                      |                          |  |
|--|----------------------|--------------------------|--|
|  |                      | Satisfação do estudante  | <p>“Estou muito satisfeita com a relação que o tutor conseguiu ter connosco.” (OP - Informal)</p> <p>“Gostei muito da relação que ele [tutor] conseguiu estabelecer com o grupo.” (OP - Informal)</p>  |
|  |                      | Equidade na relação      | -----  |
|  |                      | Reciprocidade na relação | -----  |
|  |                      | Respeito na relação      | “Era uma pessoa que nos respeitava muito como alunas.” (OP - Informal)   |
|  |                      | Sentido de verdade       | -----  |
|  | Relação tutor-escola | Relação directa          | <p>É um rapaz muito jovem, ex-aluno da escola, que tem dois anos de prática profissional em contexto de cuidados de saúde diferenciados. Apesar da sua juventude e do seu vínculo à escola, pelo facto de ter tirado lá o curso e, ao mesmo tempo, ter sido seleccionado por ela para este tipo de serviço, é muito empenhado no seu trabalho. Sei que este não é o seu primeiro acompanhamento de práticas clínicas de estudantes de enfermagem.” (OP - Informal)</p> |
|  |                      | Relação indirecta        | -----  |
|  | Preparação tutor     | Preparação específica    | Não possui nenhuma formação específica na área da supervisão clínica.” (OP - Informal)   |
|  |                      | Sem preparação           | -----  |
|  | Modelo de tutoria    | <i>Mentorship</i>        | “O tutor era um enfermeiro de um contexto da prática de cuidados contratado pela   |

|  |                |                   |  |
|--|----------------|-------------------|--|
|  |                |                   | escola que estava responsável pela orientação do ensino clínico.” (OP - Informal)  |
|  | Papel do tutor | Prestar atenção   | <p>“...notei que da sua parte existe uma grande preocupação em todos os aspectos relativos à integração das estudantes. Organizado nas suas palavras e atitudes, explicou com calma e clareza tudo que se relacionava com a prática de cuidados de enfermagem.” (OP - Informal)</p> <p>“O tutor, esteve sempre muito atento à situação e notei que fez sinal a algumas das alunas para ser alterada a estratégia.” (OP - Informal)</p>   |
|  |                | Clarificar        | “...quando temos alguma dúvida, ele reúne connosco, esclarecemos os pormenores e definimos estratégias.” (OP - Informal)   |
|  |                | Encorajar         | “Seguidamente foi simulada a educação para a saúde. As estudantes estiveram bem, na sua generalidade. Os Meios auxiliares de diagnóstico que decidiram utilizar eram adequados ao grupo alvo, contudo existiram aspectos que poderiam ser melhorados e que o tutor fez questão de referir. A intenção do tutor nesta simulação era essencialmente essa, identificar as falhas que possam ter surgido de forma a serem corrigidas atempadamente. Quando o tutor tomou a palavra preocupou-se em elogiar o trabalho referindo apenas que existiam “pequenos aspectos que poderiam ser melhorados”. Um deles prendia-se com o facto de estarem a ter um discurso muito rápido que para além de transmitir insegurança tornava a comunicação menos perceptível aos ouvintes. Elogiou o facto de introduzirem dois pequenos filmes que, de alguma forma, reforçavam as ideias transmitidas pelo grupo ao longo da educação para a saúde.” (OP - Informal) |
|  |                | Servir de espelho | “Uma vez ele imitou-me e foi tão perfeito que até parecia que me estava a ver ao   |

|  |  |                    |   |
|--|--|--------------------|---|
|  |  |                    | <p>espelho, foi engraçado.” (OP - Diário)</p>   |
|  |  | <p>Dar opinião</p> | <p>“Regressamos ao centro e o tutor reuniu com o grupo porque queria discutir com mais pormenor a Educação Para a Saúde uma vez que esta se iria repetir novamente no dia seguinte noutra Escola Primária. Primeiro as estudantes falaram, exprimiram a sua ansiedade e as suas falhas, o tutor reforçou a ideia que já tinha transmitido e acrescentou que no teatro teriam de dar espaço a todas as colegas falarem igualmente porque se tinha notado um pouco a sobreposição de umas m relação às outras, no entanto, também reforçou que a segunda educação para a saúde tinha corrido muito melhor e que apesar de tudo tinham conseguido atingir os objectivos.” (OP - Informal)</p> <p>“Também sugeri que no final deixassem cair uma parte relativa a questões colocadas que tinha como objectivo avaliar o resultado da mesma. O argumento usado foi que a mensagem era transmitida uma vez, revista pelos filmes apresentados, um elaborado pelas alunas e outro cedido pela APSI, e no final era feita uma síntese das ideias pelo que considerava que não seria necessário questionar as pessoas presentes. Sugeri que quem fizesse a síntese pedisse a participação das pessoas. O grupo aceitou a crítica reconhecendo as pequenas falhas.” (OP - Informal)</p> <p>“Nos registos o tutor disse que eu deveria enumerar menos o que faço e reflectir mais um pouco acerca das actividades desenvolvidas ou observadas. Também disse que, às vezes, faço juízos de valor acerca das situações. Eu não tinha a noção que os fazia, aliás achava mesmo que não fazia, mas quando olhei para o que escrevi tive de admitir que ele tem razão. Uma coisa que eu admirei foi a forma como ele me</p> |

|                         |                     |   |  |
|-------------------------|---------------------|---|--|
|                         |                     |   | comunicou isto. Ele foi, acima de tudo, simpático, facto que me admirou, porque deu a entender que estava aqui para nos ajudar a melhorar.” (OP - Informal)  |
|                         |                     | Ajudar a encontrar soluções para os problemas | “No processo de cuidados ele ajudou-me muito.” (OP - Informal)<br>“Eu tinha muitas dúvidas no processo de enfermagem e nas discussões ele ajudou-me a pensar como deveria efectuá-lo.” (OP - Informal)   |
|                         |                     | Negociar                                      | -----  |
|                         |                     | Orientar                                      | “Senti que as estudantes estavam um pouco nervosas, o tutor ia dando apoio naquilo que conseguia.” (OP - Informal)<br>“...o nosso orientador tem ajudado muito porque nos dá muito apoio.” (OP - Informal)<br>“É um tutor ainda muito jovem, e talvez devido à sua juventude, anseia desempenhar um papel exemplar. Com o grupo é empenhado, preocupado e, por vezes, um pouco protector, ele exige do grupo trabalho com qualidade mas também esclarece e apoia.” (OP - Informal)                   |
|                         |                     | Estabelecer critérios                         | -----  |
|                         |                     | Condicionar                                   | -----  |
| Desafios de ordem ética | Situações complexas | Atitude face ao cuidado no domicílio          | “...na sexta-feira estive nos domicílios e, houveram situações, que me marcaram bastante. Inicialmente fomos a casa de uma paciente que tinha uma úlcera varicosa bastante evoluída. O marcante não foi a ferida nem a evolução desta, foi a frieza do marido perante a dor da cónjuge. A enfermeira perguntou se estava a magoar mas o marido disse «não magoa nada, isso não é nada, faça o que tem que fazer que ela aguenta» ...achei essa atitude duma crueldade tremenda. Independentemente da |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>relação que eles tenham, é sempre importante, para mim, saber como se sente o doente antes do tratamento, durante e após. Não acho justo que alguém se comporte assim e chocou-me a frieza da relação.” A estudante ficou impressionada com o tipo de relação que vivenciou e esta admiração deve-se essencialmente à sua inexperiência no campo das relações humanas e no contacto com a população. Contudo, também demonstrou que a estudante tem presente determinados valores morais e éticos que lhe permitiram julgar esta acção como “moralmente condenável.”</p> <p>(OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

“Todos os utentes que atendemos nos domicílios nos marcam um pouco, embora que de forma diferente, uns mais que outros. Um deles foi um casal idoso que vivia numas condições terrivelmente degradantes e em condições de higiene bastante deficientes. Talvez este casal tenha sido o que mais me ficou na cabeça, porque quando chegamos a senhora tinha acabado de cair no chão quando ia ao quarto de banho. A senhora estava bem e não se tinha magoado, mas o marido estava extremamente preocupado. A situação lá se compôs e a senhora acabou por ficar bem. Foi incrível o amor que o marido demonstrou ter pela esposa. Ele era extremamente preocupado com ela. Queria dar-lhe tudo, queria ajudá-la, mas as suas forças já não eram muitas e acabava por não conseguir fazer muito”. Penso que esta situação marcou a estudante por traduzir um acto de amor e dedicação retratado num casal idoso com um estilo de vida muito pouco afortunado. Face à sua juventude, por vezes, as estudantes não se apercebem da complexidade que representa o envelhecimento para as pessoas. Estas lutam com um corpo que não as ajuda porque não tem a força que outrora teve, a pele também não tem a

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>vivacidade da juventude e as rugas tornaram-se uma presença constante, entre muitos outros aspectos que não vou enumerar. Com o envelhecimento físico surgem os problemas de saúde e daí que seja a população idosa a que mais recorre aos cuidados de saúde quer primários quer diferenciados.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|---|

“...durante esta semana fiz domicílios o que me fez pensar ainda mais. Estive em casas onde ainda não tinha ido. Vi uma utente acamada e deficiente que era maltratada pelo cuidador (não sei se era familiar ou não). Este episódio fez-me realmente muita impressão. Como é que um amigo ou familiar pode ser duro e agressivo com uma pessoa debilitada e acamada? Esta pessoa não tem culpa de nada e não pode ser maltratada. Não consigo perceber...”. Esta situação marcante para a estudante transmite a sua preocupação pelo desrespeito pelos direitos das pessoas e da sua dignidade. O que é certo é que se uma situação destas é acontece na realidade, tem de ser divulgada e ultrapassada. Pelo que me apercebi nem a estudante nem a enfermeira tomaram a iniciativa de fazer alguma coisa. Compreendo que seja difícil para a estudante mas esta poderia ter abordado a enfermeira no sentido de a questionar acerca do que poderia ser feito.” (OP - Informal)

“...vi pessoas muito diferentes, com problemas, necessidades e maneiras de lidar com as suas limitações também muito diferentes. Uma situação que me tocou particularmente foi ver a maneira como os filhos e parentes alteram a sua vida, a disposição das suas casas e muitas outras coisas para tratar dos seus pais e familiares. A vida apresenta-se como algo cíclico, os pais cuidam de nós enquanto filhos e depois somos nós a cuidar deles mais tarde.” (OP - Informal)

“...posso deixar de dizer que me chocou o facto de muitas pessoas deste Centro de

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>Saúde apresentarem falta de conhecimentos relativamente à higiene de pessoas acamadas ou incapacitadas. Senti que muitas dessas pessoas estavam abandonadas nesse aspecto e acho que deveriam ser realizadas mais educações para a saúde neste campo”. Sem dúvida que as estudantes estão alerta para determinados problemas da população, mas o que é certo é que continuam a fazer alguns juízos de valor pois a insuficiente higiene é uma situação muito diferente do abandono, estes dois factores podem estar interligados mas também aparecerem isolados a falta de higiene não determina nem pressupõe o abandono.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

“...houve um caso que me causou muita impressão, especialmente porque as condições em que viviam eram degradantes, não consigo perceber como é que as pessoas conseguem viver assim. A casa era pequena mas acima de tudo havia muita falta de higiene, por exemplo em cima da mesa estavam alimentos juntamente com cascas e restos de refeições, tudo estava muito porco e também cheirava muito a urina.” (OP - Informal)

“Outra experiência marcante para o grupo estava relacionada com as condições em que muitos utentes viviam, contaram como caso mais marcante o de uma senhora que para além de viver numa casa muito pequena ainda possuía deficientes condições de higiene. Nessa casa verificava-se uma mistura de alimentos para serem consumidos com restos de outros a deteriorarem-se para além de se verificar um cheiro muito intenso a urina (quase nauseabundo). Esta, assim como outras realidades levaram também o grupo a questionar o que poderia ser feito para minorar este tipo de problemas. Após discussão pensaram que as educações para a saúde

|  |  |                   |  |
|--|--|-------------------|--|
|  |  |                   | <p>poderiam ser uma boa solução para o problema, contudo Tomás levou-as a reflectir acerca da articulação dos recursos da comunidade. Sabem-se que são poucos mas alertou-as para quando situações destas acontecerem tentarem saber mais pormenores, tais como: se alguma vez lhe foi proposto algum tipo de ajuda, se sim o porquê da sua recusa, se alguma vez lhe fosse proposto se aceitaria, como iriam abordar e gerir o assunto e se não seria melhor implicar a assistente social do centro nestes casos. Também as alertou que deveriam ter perguntado às enfermeiras que efectuavam os domicílios o que poderia ser feito ou articulado nestes casos para que pessoas como esta pudessem usufruir de melhores condições de higiene habitacional.” (OP - Informal)</p>   |
|  |  | Vontade de viver  | <p>“...houveram várias situações que me marcaram durante o dia, mas a meio da manhã chegou uma paciente muito jovem que estava a fazer sessões de quimioterapia e fora somente ao consultório de enfermagem para ser administrada uma injeção. Vi nos olhos daquela paciente um enorme sofrimento, mas no seu olhar para além da dor, sobressaía uma enorme vontade de viver. Apesar das dores e dos hematomas causados pelas injeções, a jovem não soltou um gemido nem qualquer expresso de dor e após a enfermeira dizer «isto dói um bocado, mas daqui a pouco passa» a adolescente respondeu «mas tem de ser»”. Esta estudante valorizou a vida, mas isso só aconteceu porque ficou impressionada com a forma como a jovem se agarrava à vida, admirou-lhe a força de vontade de viver, mas se pelo contrário tal não tivesse acontecido não sei se pensaria da mesma forma.” (OP - Informal)</p> |
|  |  | Confidencialidade | <p>“...mas também salientaram que por vezes estas (as enfermeiras) não guardavam o</p>   |



|  |  |                              |   |
|--|--|------------------------------|---|
|  |  |                              | segredo profissional devido.” (OP - Informal)   |
|  |  | Privacidade                  | “Não tenho muito bem a certeza se devíamos permanecer em todas as consultas sem pedido prévio de autorização das pessoas.” (OP - Informal)  |
|  |  | Direitos humanos             | -----   |
|  |  | Interrupção de gravidez      | “Logo no segundo dia de estágio apareceu uma rapariga ainda muito nova que não sabia se estava grávida ou não e não tinha dinheiro para comprar o teste de gravidez na farmácia. Não sabia falar direito e, por isso, não se conseguia exprimir bem. Também se queixou de dores musculares e dores de garganta e não sabia o que tinha. Apesar de saber que como este caso existem muitos outros, não fiquei indiferente e apercebi-me melhor do papel do enfermeiro na transmissão de conhecimentos e informações importantes a todos aqueles que precisam de apoio.” (OP - Informal)  |
|  |  | Informação/<br>Consentimento | “Também contou que uma utente a tinha impressionado porque se tinha dirigido à sala de pensos e apresentava uma saliência grande na zona lombar “fiquei curiosa e ao mesmo tempo surpreendida ao saber que aquela saliência era de origem cancerígena, mas os médicos ainda não sabiam se se tratava do tumor ou se era uma metástase do cancro, por isso não podiam fazer nada até obterem resultados mais concretos. O que mais me impressionou foi que a senhora não tinha a real noção do que ao certo se passava com ela, ela não sabia da suspeita de cancro e também não perguntava nada apenas dizia que estava a fazer exames para ver o que era. Isso levou-me a pensar um pouco nas discussões efectuadas nas aulas do módulo de ética, porque os doentes têm o direito a serem informados, mas ao |

|  |  |                                    |  |
|--|--|------------------------------------|--|
|  |  |                                    | mesmo tempo se tivesse de ser eu a dar-lhe a notícia não sei se o conseguia fazer...ia custar-me muito.” (OP - Informal)   |
|  |  | Gestão do regime terapêutico       | -----  |
|  |  | Gestão de sinais e sintomas        | “Sinto que é complicado perceber o processo de doença das pessoas que são atendidas aqui no Centro de saúde.” (OP - Informal)  |
|  |  | Capacidade para o autocuidado      | -----  |
|  |  | Não adesão ao regime medicamentoso | “Esta senhora é tia-avó do menino e veio aqui à consulta porque este se encontrava pior, tinha problemas de asma e tinha de fazer nebulização. Na semana anterior já tinham cá estado e a médica de família prescreveu dois medicamentos para o aliviar. Para meu espanto a tia-avó referiu que este não toma a medicação porque não gosta e, por isso, é que se encontrava pior.” (OP - Informal)   |
|  |  | Confusão e coma                    | “...hoje fomos a casa de uma senhora com Alzheimer que tinha também úlceras de pressão, fomos lá para lhe fazermos os pensos. Desta vez não fiquei impressionada pelo penso em si mas pelo facto de ela me ter tratado por mãe e chamava intensamente pela sua mamã. Tinha também um ursinho para conseguir dormir...É triste que, após tantos anos de vida independente, se chegue a uma determinada idade e se venha a necessitar de forma intensa dos cuidados de alguém sem noção da realidade...”. Como se tem vindo a verificar as situações que chocam as estudantes são maioritariamente vivências dos domicílios sobretudo as relacionadas ou com aspectos de higiene e pobreza ou com doentes em fase avançada de doença |

que provoque incapacidade. Nestes últimos casos, muitas vezes, as estudantes questionam-se se não seria melhor não viver.” (OP - Informal)

“Este é o primeiro contacto com a comunidade e as estudantes, talvez pelo facto de serem muito jovens, desconhecem algumas das condições em que algumas famílias vivem, facto que as choca. Refere ainda que outro caso que a marcou “o último utente causou-me muita impressão. Nunca pensei ver e nunca pensei que houvesse alguém neste estado. Era um senhor que era demasiado magro conseguindo-se ver os ossos e os tendões e tinha feridas tão grandes que cobriam quase o corpo todo. Só pensei que valia mais morrer do que viver em coma anos e anos a fim”. Assim como outras colegas, Andreia ficou comovida com a situação vivenciada e, de imediato só pensou que a morte seria preferível à vida. De facto, as estudantes nesta fase da aprendizagem relativamente a situações que as sensibilizem rapidamente formam opiniões extremas e pouco fundamentadas, com isto quero dizer que se a situação vivenciada estiver relacionada por exemplo com o nascimento, elas valorizam a vida se, pelo contrário, a situação estiver relacionada com dor, uma doença terminal ou incapacitante, elas consideram a morte como sendo preferível à vida. Do que pude apreciar até agora nunca me apercebi que reflectissem sobre a hipótese de se efectuarem cuidados de conforto, dignidade, etc.” (OP - Informal)

“Outra situação que me marcou, não sei se posso dizer isto assim, mas penso que uma frase que resume as sensações pode ser que descobri o que quer dizer a expressão «vegetal», pessoa em estado vegetativo. Ao ver pessoas neste estado, pessoas tão mal, particularmente um senhor que já não fazia absolutamente nada sozinho e estava tão magro que se via os ossos e tendões, para além de que o seu

|  |  |                                  |   |
|--|--|----------------------------------|---|
|  |  |                                  | <p>corpo tinha várias úlceras de pressão. Perante tal situação questionei-me muito e questionei essencialmente uma coisa, mas também não consegui encontrar uma resposta para essa minha questão. Pensei se não seria melhor a eutanásia...Acho que a imagem daquele senhor tão cedo não me vai sair da cabeça.” (OP - Informal)</p>  |
|  |  | Angústia da separação            | -----   |
|  |  | Não-aceitação do estado de saúde | -----   |
|  |  | Dor oncológica                   | -----   |
|  |  | Morte e morrer                   | <p>“As colegas acharam que realmente o senhor não tinha qualidade de vida e que efectivamente seria melhor se existisse a eutanásia para estes casos. Da discussão das estudantes e da descrição deste caso particular apercebi-me que as estudantes ainda têm ideias distorcidas sobre alguns aspectos e muitas dificuldades no que concerne aos aspectos de ordem ética. Perante casos de ética, elas fazem julgamentos acerca das situações, mas falta-lhes efectuar para cada um deles uma colheita de dados mais pormenorizada. Este senhor efectivamente não se encontrava em estado vegetativo e também nenhuma delas se preocupou em saber qual a opinião do senhor acerca da situação quando ainda se podia expressar. Quando explorado o tema sobre a qualidade de vida elas fazem uma interpretação acerca da sua opinião pessoal sobre o assunto sob uma visão de alguém que é muito jovem, e saudável.” (OP - Informal)</p> <p>“Salientaram os casos mais marcantes que assistiram nos domicílios, nomeadamente voltaram a referir o caso do Sr. que tinha muitas úlceras de pressão e que estava em</p> |

|  |                         |                             |  |
|--|-------------------------|-----------------------------|--|
|  |                         |                             | <p>fase terminal. Esse caso foi discutido no grupo reflectindo acerca da “legitimidade da eutanásia nestes casos” atitude defendida pela maioria do grupo. Pelo que pude verificar, neste campo as estudantes ainda apresentam ideias erradas. Quando questionadas não souberam explicar qual o diagnóstico clínico do Sr., referiram que a enfermeira antes de entrar em cada casa se preocupava em explicar sumariamente o que iriam encontrar e que lhes dissera que este estava em fase terminal. O que é certo é que as estudantes não estiveram despertas para questionar qual o diagnóstico que comprovava tal facto, nem tampouco se preocuparam em saber pormenores acerca da situação, o caso chocava-as mais pelo aspecto e quantidade de feridas do que pelo facto de se tratar de uma doença incurável. Também relativamente à eutanásia as estudantes ainda não possuem os conhecimentos necessários que lhes permitam ter uma opinião devidamente fundamentada acerca do assunto, defendem a eutanásia porque consideram ser a solução mais viável para “por fim ao sofrimento”. Não pensam nos cuidados paliativos como solução para uma morte digna nem tiveram em consideração a opinião do próprio quando este tinha capacidade para se exprimir e dos familiares.” (OP - Informal)</p> |
|  | Atitudes dos estudantes | Não tomaram nenhuma atitude | <p>“Aprofundando a situação com a Andreia vi que ela achara a situação preocupante mas a verdade é que não a conseguiu explorar, ou seja, quando questionada não sabia ao certo a idade da jovem, não sabia se esta apresentava algum défice na actividade intelectual, apenas notou que não falava bem. É certo que a sua preocupação baseou-se em fazer a ponte para o papel da enfermeira numa situação destas, não sabendo bem o que este poderia fazer. A estudante apenas identificou a deficiente informação como o problema central desta situação. Na verdade este seria</p>  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>o seu primeiro dia de prática clínica com utentes e, por isso, estas dúvidas e tal situação não será muito valorizada. De resto tal como as colegas identificou um amontoado de técnicas que achou interessante observar.” (OP - Informal)</p> <p>“...gostava de ter podido ajudar mais, mas ainda não possuo conhecimentos para mais” acrescentou.” (OP - Informal)</p> <p>“Perante tal situação questionei-me muito e questionei essencialmente uma coisa, mas também não consegui encontrar uma resposta para essa minha questão.” (OP - Informal)</p> <p>“Levou-me a pensar um pouco nas discussões efectuadas nas aulas do módulo de ética, porque os doentes têm o direito a serem informados, mas ao mesmo tempo se tivesse de ser eu a dar-lhe a notícia não sei se o conseguia fazer...ia custar-me muito.” (OP - Informal)</p> <p>“Pelo que me apercebi nem a estudante nem a enfermeira tomaram a iniciativa de fazer alguma coisa. Compreendo que seja difícil para a estudante mas esta poderia ter abordado a enfermeira no sentido de a questionar acerca do que poderia ser feito.” (OP - Informal)</p> <p>“Esta situação, também descrita por outra estudante de forma menos pormenorizada, demonstra a preocupação que as estudantes apresentam quando se deparam com fases finais de vida. Se até então nunca questionaram o facto de que tirar a vida a alguém era um acto moralmente condenável e não justo, para casos semelhantes consideram importante olhar para a forma como se vive nomeadamente nos casos em que se verifica degradação corporal. Incorrectamente consideram que o utente estava em estado vegetativo, o que demonstra falta de conhecimentos acerca do</p> |
|--|--|--|--|

|  |                    |                    |  |
|--|--------------------|--------------------|--|
|  |                    |                    | assunto. Da análise desta reflexão depreendo que inicialmente a estudante possuía uma filosofia moral mais direccionada para as regras de conduta (teologia/deontologia), mas esta vivência provocou alterações na sua filosofia moral direccionando-a mais para uma análise particular de cada caso (cepticismo ético).” (OP - Informal)  |
|  |                    | Atitude incorrecta | -----  |
|  |                    | Atitude correcta   | -----  |
|  | Valores envolvidos | Terminais          | <p>“...considero um desrespeito pela pessoa” (OP - Informal) – <b>reconhecimento social</b></p> <p>“...achei essa atitude dum crueldade tremenda. Independentemente da relação que eles tenham, é sempre importante, para mim, saber como se sente o doente antes do tratamento, durante e após. Não acho justo que alguém se comporte assim e chocou-me a frieza da relação.” (OP - Informal) – <b>Reconhecimento social</b></p> <p>“Como é que um amigo ou familiar pode ser duro e agressivo com uma pessoa debilitada e acamada? Esta pessoa não tem culpa de nada e não pode ser maltratada. Não consigo perceber...” (OP - Informal) – <b>Reconhecimento social</b></p> <p>“Esta situação marcante para a estudante transmite a sua preocupação pelo desrespeito pelos direitos das pessoas e da sua dignidade.” (OP - Informal) – <b>Reconhecimento social</b></p> <p>“...porque os doentes têm o direito a serem informados, mas ao mesmo tempo se tivesse de ser eu a dar-lhe a notícia não sei se o conseguia fazer...ia custar-me muito.” (OP - Informal) – <b>Reconhecimento social</b></p> <p>“Vi nos olhos daquela paciente um enorme sofrimento, mas no seu olhar para além</p> |

|  |  |               |  |
|--|--|---------------|--|
|  |  |               | <p>da dor, sobressaía uma enorme vontade de viver.” (OP - Informal) – <b>Vida</b></p> <p>“Penso que esta situação marcou a estudante por traduzir um acto de amor e dedicação retratado num casal idoso com um estilo de vida muito pouco afortunado.” (OP - Informal) – <b>Amor</b></p> <p>“Fiquei comovida com o facto de uma família que se vê confrontada com uma pessoa doente ter de reformular a sua vida para poder cuidar dela. E fazê-lo com toda a dedicação e carinho.” (OP - Informal) – <b>Segurança familiar</b></p> <p>“...foi ver a maneira como os filhos e parentes alteram a sua vida, a disposição das suas casas e muitas outras coisas para tratar dos seus pais e familiares. A vida apresenta-se como algo cíclico, os pais cuidam de nós enquanto filhos e depois somos nós a cuidar deles mais tarde.” (OP - Informal) – <b>Segurança familiar</b></p> <p>“É triste que, após tantos anos de vida independente, se chegue a uma determinada idade e se venha a necessitar de forma intensa dos cuidados de alguém sem noção da realidade...” (OP - Informal) – <b>Segurança familiar</b></p> <p>“As colegas acharam que realmente o senhor não tinha qualidade de vida e que efectivamente seria melhor se existisse a eutanásia para estes casos.” (OP - Informal) – <b>Vida e sabedoria</b></p> |
|  |  | Instrumentais | -----  |



### UNIDADES DE REGISTO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (2.º ANO)

| DIMENSÃO                         | DOMÍNIO               | CATEGORIAS               | UNIDADES DE REGISTO  |
|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|--|
| Contexto da prática profissional | Natureza socioclínica | Cuidados Saúde Primários | <p>“Preocupei-me então em identificar as características desta unidade de saúde uma vez que confesso ter conhecimento de como funcionam os Centros de Saúde mas desconheço o das Unidades de Saúde Familiares. Pelo que pude aperceber-me, esta unidade funciona com uma equipa multiprofissional composta por médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros, administrativos, psicóloga e assistente social. Foi-me dito que esta unidade é de nível três e que, neste momento, se encontra a concorrer para ser de nível quatro, por isso a Enfermeira Coordenadora encontra-se muito ocupada a trabalhar no projecto. Existem alguns pormenores que ainda não consegui apurar, sei que a unidade recebe incentivos monetários para os profissionais, mas considero precoce perguntar como são distribuídos esses incentivos.” (OP - Informal)</p> <p>“... e pude aperceber-me que este contexto da prática é bastante calmo, por isso não existem muitos utentes a aguardar consultas nem muitas actividades a desenvolver. Está bem organizado, mas é bastante calmo ao nível da sua afluência.” (OP - Informal)</p> <p>“Esta unidade de saúde é muito calma, poucos utentes ou mesmo nenhuns estão na sala de espera. É uma unidade com poucos atendimentos e ainda por cima, por vezes as enfermeiras acham que devem ser elas a fazer as coisas, parecem que têm medo que lhes roube o emprego e isso tudo dificulta a integração.” (OP - Informal)</p> |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |   |   | <p>“É a primeira vez que venho com estudantes para este local, ele é muito parado em termos de afluência, embora existam dias com mais utentes, eventualmente cerca das 11.30h já não existe nada para fazer, retomando a afluência cerca das 14.30h, por isso existe um grande período em que os estudantes ficam sem actividades.” (OP - Informal)</p> <p>“Nesta unidade tudo é calmo, as consultas com prévia marcação são um aspecto a considerar em termos da qualidade.” (OP - Informal)</p>   |
|  |   | Cuidados de Saúde Diferenciados         | -----  |
|  | Características da prática profissional | Características da prática profissional | <p>“Como princípio geral, pude aperceber-me que os enfermeiros desenvolvem as suas actividades baseando-se na prática de cuidados personalizados. Desenvolvem actividades compatíveis com a figura de enfermeiro de família. Para cada utente fazem sempre consulta de enfermagem onde avaliam o estado do mesmo dando especial realce às actividades de educação para a saúde. Em cada sala de enfermagem, possuem computadores com bases de dados que lhes permitem efectuar registos informáticos, utilizando a SAPE®. Nos seus registos apontam tudo o que foi avaliado, observado e efectuado, assinalando também os erros cometidos pelo utente. Nesta unidade os utentes não dispensam de muito tempo para serem atendidos, as consultas são efectuadas sob marcação e a consulta de enfermagem é efectuada antes da médica e, em alguns casos após a mesma. Se bem que o desempenho profissional dos enfermeiros nos diversos módulos é baseado na figura de enfermeiro de família, o mesmo não se passa nos domicílios. Estes são</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>efectuados por uma enfermeira que rotativamente se encarrega de todos os domicílios dos módulos. O ideal seria, sem dúvida, que cada enfermeira efectuasse os domicílios dos utentes que se encontram sob a sua responsabilidade, mas por uma questão de gestão de recursos humanos e materiais tal facto não se verifica (justificação dada pelas enfermeiras – esta unidade não possui viatura, os domicílios são efectuados de táxi). Pelo que pude constatar, a maioria das visitas domiciliárias efectuadas são de cariz curativo e apenas se efectuam visitas domiciliárias de cariz preventivo, uma ou duas vezes por ano e, mais uma vez, não é a enfermeira do módulo a efectua-lo.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

“Da parte das enfermeiras apenas me pude aperceber das actividades que desempenham nos módulos. Cada enfermeira possui as suas famílias às quais presta cuidados que correspondem às mesmas de um determinado médico. As consultas são sujeitas a marcação prévia e existem dias destinados para consultas de saúde infantil, saúde materna, diabéticos, hipertensos, planeamento familiar. No mesmo dia a enfermeira ainda concilia os tratamentos curativos a utentes que não necessitam de consulta médica e, como só existe uma sala de tratamentos para dois módulos, é feita uma escala de utilização da mesma para diminuir o tempo de permanência de cada utente em espera.” (OP - Informal)

“Também como existem poucos utentes é um pouco frustrante porque eu estava habituada a ver um centro de saúde onde os enfermeiros passavam o dia a correr para fazer as coisas porque tinham sempre a sala de espera cheia de gente. Aqui não é nada assim, às vezes nenhum de nós tem de fazer”. (OP - Informal)

“Durante os dias em que estive nas visitas domiciliárias, pude aperceber-me que as

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>enfermeiras apostam no ensino, nomeadamente acerca dos posicionamentos adequados a cada caso (tendo em conta o risco de úlcera de pressão numa determinada região, a localização de edema...); nos cuidados que devem ser executados para evitar a progressão das úlceras de pressão, nomeadamente no que respeita à protecção das proeminências ósseas e posicionamentos terapêuticos; dos produtos que devem ser utilizados para o tratamento das feridas, no caso do penso se sujar ou descolar (fornecendo o material necessário à execução de um novo penso); nas formas de evitar infecções urinárias no caso de haver algaliação ou após a desalgaliação, como por exemplo uma higiene adequada e o aumento da ingestão hídrica. Tenho reparado que apesar de uma grande parte das pessoas que possuem feridas de difícil cicatrização, nomeadamente nos membros inferiores, como úlceras de pressão, úlceras venosas ou feridas por traumatismo são diabéticas, no entanto, as enfermeiras apostam mais no ensino dos cuidados para promover a cicatrização das feridas e não nos cuidados para melhorar a qualidade de vida das pessoas (como prevenir acidentes, alimentação adequada, exercício físico, cuidados à pele), o que melhoraria também a sua circulação e conseqüentemente a sua capacidade de cicatrização”. (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

“Das conversas informais com os estudantes, pude aperceber-me que eles consideram que nesta unidade os utentes são atendidos com qualidade. Quer os médicos, quer os enfermeiros ou os administrativos se preocupam com a marcação de consultas, o seu horário e a vigilância do utente. Por vezes o utente vem à unidade queixando-se de uma simples dor de garganta e é alertado para o facto de ter as vacinas em atraso, por exemplo.” (OP - Informal)

|  |                          |                        |  |
|--|--------------------------|------------------------|--|
|  | Processo de integração   | Dificuldades sentidas  | <p>“... e procurei a estudante, conversamos um pouco e ela comunicou-me que as estudantes ainda se encontravam em integração no serviço, mas que esta não estava a ser muito fácil, devido às características da mesma.” (OP - Informal)</p> <p>“Notei que os estudantes estavam ansiosos por conhecer o local onde iriam permanecer nas próximas semanas, nomeadamente porque neste segundo ano de curso teriam tarefas diferentes para desenvolver, as quais muito ansiadas por eles.” (OP - Informal)</p> |
|  |                          | Aspectos facilitadores | <p>“...a unidade de saúde possuiu muito boas condições físicas o que facilita a prestação de cuidados. Também possui todo o material necessário para se prestar cuidados de qualidade” (OP - Informal)</p> <p>“...fomos bem recebidas pelas enfermeiras e apoiadas pela tutora” (OP - Informal)</p> <p>“As enfermeiras também nos receberam muito bem.” (OP - Informal)</p>  |
|  | Processo de socialização | Contexto de cuidados   | <p>“A médica elogiou a estudante dizendo: «Se continuar assim de certeza que vai ser uma boa profissional, este senhor estava a fazer um edema agudo do pulmão». A estudante diz sentir-se contente pois conseguiu fazer algo que nunca pensou que acontecesse no ensino clínico.” (OP - Informal)</p> <p>“Pelos características pude aperceber-me que esta unidade é muito boa em termos de atendimento de enfermagem. Na verdade todas deveriam funcionar um pouco assim” (OP - Informal)</p>              |
|  |                          | Grupo profissional     | <p>“Gosto muito do trabalho que as enfermeiras desenvolvem aqui, um dia gostava de poder ser uma profissional assim.” (OP - Informal)</p>  |

|                              |                             |  |   |
|------------------------------|-----------------------------|--|---|
|                              |                             |  | <p>“Algumas enfermeiras confiam no nosso trabalho.” (OP - Informal)</p> <p>“ É muito bom quando os utentes gostam do nosso trabalho porque nos fazem sentir como parte da equipa de enfermagem e não como meras aprendizes.” (OP - Informal)</p>  |
| Trajectórias da aprendizagem | Expectativas dos estudantes | Sem expectativas definidas                   | <p>“O trabalho desenvolvido num Centro de Saúde já não era novidade para mim porque no ano anterior estagiei num.” (OP - Informal)</p> <p>“Sei que detectei o erro a tempo, mas mesmo assim, sinto-me culpada e desiludida.” (OP - Informal)</p>  |
|                              |                             | Tomar decisões acerca do futuro profissional | -----   |
|                              |                             | Superar medos                                | -----   |
|                              |                             | Ter muitas oportunidades para praticar       | <p>“Gostava de ter oportunidades muito variadas em quantidade e qualidade para poder ter o máximo de experiências” (OP - Informal)</p>  |
|                              |                             | Desenvolver competências                     | <p>“Neste ano os estudantes esperam intervir mais no Ensino Clínico, praticar, aplicar técnicas e procedimentos apreendidos e o facto de não o conseguirem devido a aspectos conjunturais, deixa-os desapontados, desiludidos.” (OP - Informal)</p> <p>“Eu esperava desenvolver muito as aptidões relacionadas com a enfermagem, uma vez que no ensino clínico do 1.º ano não tínhamos muitos conhecimentos para o fazer” (OP - Informal)</p> |

|  |                             |                                     |   |
|--|-----------------------------|-------------------------------------|---|
|  | Saberes adquiridos          | Nenhum                              | -----   |
|  |                             | Competências                        | <p>“No ano anterior estive num Centro de Saúde onde a afluência era muita grande e já tinha experiência na avaliação de tensões arteriais, na avaliação antropométrica, na avaliação da glicemia capilar, na colheita de dados nas consultas de risco a diabéticos e hipertensos, etc.” (OP - Informal)</p> <p>“ No ano anterior houve uma enfermeira que me ensinou a administrar vacinas” (OP - Informal)</p> <p>“...também tivemos experiências com a elaboração do processo de enfermagem” (OP - Informal)</p>  |
|  | Experiências significativas | Prática profissional, ética e legal | <p>“Esta unidade (USF) está inserida numa área privilegiada, de facto as situações de pobreza, grau de dependência em idosos ainda não é muito visível, situações pelas quais não é fácil identificar grande problemas a nível ético neste campo de actuação” (OP - Informal)</p> <p>“Hoje houve um Sr. que não quis que nós como estudantes assistíssemos à consulta e não o disse claramente. Começou por perguntar quem éramos, o que estávamos a fazer e disse que nunca nos tinha visto por ali. Depois perguntou se ia ficar aquela gente toda no gabinete. Na altura não sabia se tinha tomado a decisão acertada mas apercebi-me que ele poderia não concordar que lá estivéssemos. No fim da consulta a enfermeira deu-nos os parabéns e disse que fomos muito perspicazes. O Sr. tinha uma infecção urinária e tinha medo de o mandarem despir à nossa frente. Na verdade acho que não me considero muito perspicaz, mas senti que ele não estava aberto à nossa presença e penso que nesse aspecto o utente tem o direito de ser</p> |

|  |  |                                       |   |
|--|--|---------------------------------------|---|
|  |  |                                       | <p>respeitado na sua vontade.” (OP - Informal)</p> <p>“Não concordo nada que o casal seropositivo pense em ter um filho, uma vez que ele também vai ser seropositivo, acho um perfeito acto de egoísmo.” (OP - Informal)</p>  |
|  |  | <p>Prestação e gestão de cuidados</p> | <p>“Eles ainda apresentam dificuldades na concepção de cuidados. A colheita de dados é um factor essencial e eles ainda descoram alguns aspectos fundamentais em detrimento de outros com menor interesse e, claro, depois repercute-se no levantamento de problemas e na prescrição das intervenções” (OP - Informal)</p> <p>“ Para mim ter de elaborar o planeamento de cuidados é complicado, eu sei que são coisas que faço diariamente mas é difícil ter de as passar para o papel” (OP - Informal)</p> <p>“...consegui ainda realizar o Formulário de Apreciação Individual do processo de enfermagem a uma utente e, de um modo geral, não tive dificuldade porque ela colaborou e respondeu abertamente a todas as perguntas. As dificuldades surgiram mais nas perguntas sobre eliminação, penso que devia ter sido mais directo nas questões, para que a utente pudesse responder ao que eu pedia”. (OP - Informal)</p> <p>“No dia de hoje eu, a minha colega e a Enfermeira realizamos no decorrer da manhã várias visitas domiciliárias preventivas, situação que nós como alunas nunca tínhamos tido a oportunidade de realizar. Na maioria das consultas monitorizamos e avaliamos tensão arterial, pesquisa de glicemia capilar (no caso dos utentes diabéticos, ou em risco de o serem), realizamos diversos ensinso consoante cada situação, nomeadamente a importância de adquirir hábitos alimentares saudáveis, sobre os benefícios da prática de exercício físico regular, técnicas de posicionamento (ao prestador de cuidados) nas situações de utentes dependentes na maior parte das</p> |



|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>suas actividades de vida, como também em relação às complicações de uma auto-administração de medicamentos não rigorosa em situações específicas, como por exemplo no caso da hipertensão arterial e diabetes Mellitus. Em determinadas situações supervisionamos também como é que vários utentes realizavam a pesquisa de glicemia capilar e faziam os seus registos, tentando esclarecer sempre alguns pontos mais esquecidos, como por exemplo a que hora é que se fazia cada registo, quantas vezes por semana, explicando a importância de realizar os registos regularmente. No meu ponto de vista, se este tipo de intervenções (preventivas) fosse realizada de uma forma mais regular pela maioria das instituições de saúde, conseguiríamos evitar uma grande percentagem de situações de doença, e desta forma menos internamentos hospitalares, como também menos gastos ao nível dos tratamentos realizados à comunidade. Com este tipo de actividade podemos promover a saúde, ajudando a melhorar a qualidade de vida dos nossos utentes, prevenindo também situações graves de doença”. (OP - Diário)</p> |
|--|--|--|---|

“Circulei um pouco pelos módulos onde encontrei algumas estudantes, reparei que estas se mantinham apagadas, pouco interventivas, ainda muito numa atitude de observação. Não valorizei este aspecto interpretando como sendo uma característica inicial ao processo de integração e de ainda ser o terceiro dia de permanência dos estudantes nos módulos.” (OP - Informal)

“Hoje pude realizar diferentes tipos de consultas, senti-me mais integrado na dinâmica da Unidade de saúde, porque quando estive nas visitas domiciliárias não consegui participar muito nas consultas.” (OP - Informal)

“«Sr.<sup>a</sup> Enfermeira na sala de espera está um senhor com dispneia intensa, não será

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
|  |  |                              | <p>melhor avisar a médica?». A enfermeira respondeu para a estudante avisar a médica enquanto ela dava continuidade à consulta. Fui com a estudante numa tentativa de auxílio e verifiquei que a minha presença era dispensável. A estudante, ainda que um pouco nervosa, avisou a médica, dirigiu o senhor para o gabinete médico e ficou à espera de ver o resultado da avaliação feita. A médica pediu para administrar uma ampola de Lasix® IV (diurético) o qual a estudante efectuou sem dificuldade.” (OP - Informal)</p>   |
|  |  | Desenvolvimento profissional | <p>“Apesar de estar em ensino clínico continuo sempre a estudar muito” (OP - Informal)</p> <p>“Como não é possível efectuar Educações Para a Saúde, a tutora combinou com o grupo, para não ficarmos em desvantagem com os restantes colegas dos ensinamentos clínicos, efectuarmos pequenos trabalhos sobre algumas temáticas das quais apresentamos mais dificuldades. Foi muito bom por um lado porque aprendemos muito com eles embora nos tenham também exigido muito estudo.” (OP - Informal)</p> <p>“É engraçado como em cada ensino clínico se aprende sempre alguma coisa, estamos sempre a aprender, é uma aprendizagem diária.” (OP - Informal)</p> |
|  |  | Erro                         | <p>“Hoje foi um dos meus piores dias do meu estágio, mas fiquei com uma lição. Enquanto alunos/estagiários cometemos erros, que por vezes, não são compreendidos pelos enfermeiros que nos recebem. Eu sei, e sempre soube reconhecer os meus erros e assumo-os porque fazem parte do nosso crescimento. É com os erros que aprendemos, mas nem sempre é fácil conseguir lidar com eles. O meu erro foi ter entregue a pílula a uma utente sem a enfermeira estar no consultório, deveria ter esperado, mas como o ano passado no Centro de Saúde onde estagiei</p>  |

|  |                                 |                                 |   |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---|
|  |                                 |                                 | <p>fazíamos assim, pensei que não havia problema. Quando a enfermeira chegou reagiu de uma forma mal-educada para comigo e também para com a utente, que não tinha culpa nenhuma. Foi uma situação muito desagradável, e se a enfermeira tinha alguma razão, deixou de a ter ao comportar-se daquela forma”. (OP - Diário)</p> <p>“Na preparação de um injectável, cometi um erro, em vez de colocar a água destilada na ampola de Jaba b12<sup>®</sup>, coloquei na ampola de Profenid<sup>®</sup>. Tive que inutilizar o Profenid<sup>®</sup>. Cometi este erro porque fiquei um pouco atrapalhada quando me cortei ao partir a ampola de vidro onde estava o medicamento. Logo de início tinha separado os dois injectáveis (para evitar o erro que acabei por cometer), mas não correu como eu esperava. A enfermeira foi compreensiva e não deu muita importância, mas o que mais me surpreendeu foi a atitude despreocupada e simpática da utente. Tive um dia complicado, devido ao erro que cometi na preparação de um injectável. Sei que detectei o erro a tempo, mas mesmo assim, sinto-me culpada e desiludida. Foi uma situação inesperada, que nunca pensei que me fosse acontecer. Esta situação levou-me a questionar se realmente tenho ou não vocação para a Enfermagem. É difícil avaliar o que sinto, mas tenho medo de voltar a falhar. Pessoalmente, sinto-me mais confortável quando conto alguma situação que me corre mal (ou bem), não consigo “esconder”, prefiro agir de acordo com a minha consciência”. (OP - Diário)</p> |
|  | <p>Aprendizagens efectuadas</p> | <p>Aprendizagens efectuadas</p> | <p>“Hoje administrei uma vacina da gripe, desta vez, consegui manter prega até ao fim e aspirar só com uma mão, contudo a Enfermeira aconselhou-me a aspirar com as duas mãos e não manter a prega, porque ao aspirar só com uma mão vou estar a criar pouca estabilidade na agulha e a provocar pequenas lesões nos vasos. Também administrei uma vacina do tétano, não tive dificuldade em a administrar [...]</p>  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>Por vezes, estou tão concentrada na administração que tenho tendência para fazer as coisas muito rápido. Tenho pena de não ter muitas oportunidades para praticar injectáveis e trocas de penso, pois há pouca afluência de utentes no Centro de Saúde”. (OP - Informal)</p> <p>“Hoje administrei dois injectáveis a uma utente. Foi a primeira vez que administrei um injectável intramuscular na região nadegueira. Consegui introduzir bem a agulha, e consegui aspirar melhor do que nas vacinas da gripe. Apesar do nervosismo, consegui preparar sem problemas o injectável. Tive mais dificuldade em aspirar e em manter a agulha e a seringa estável. Como estava tão concentrada na administração não me lembrei de ir conversando com a utente. Sei que é tudo uma questão de prática só que é difícil, ou mesmo impossível, fazer tudo bem logo à primeira “. (OP - Informal)</p> <p>“Hoje tive a oportunidade de administrar alguns injectáveis e estou a habituar-me a aspirar só com uma mão. Consegui conversar com a utente enquanto administrava a medicação e, assim, consegui prolongar o tempo da administração do injectável, ao contrário do que tem acontecido. Penso que a rapidez com que administro não tem a ver com o nervosismo, mas sim, com uma característica pessoal. Mas agora sei que o correcto é administrar lentamente”. (OP - Diário)</p> <p>“Durante a manhã de hoje tive a oportunidade de administrar um injectável de Voltaren® intra-muscular e, ao contrário da última vez, executei o procedimento com mais confiança, apesar de achar que ainda tenho muito, mesmo muito a melhorar. Nas administrações que pude observar, tive a oportunidade de comunicar com as pessoas durante a preparação do injectável. No início não sabia bem como as</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>abordar, mas achei que era necessário dialogar com elas, porque enquanto o meu colega preparava os injectáveis reparei que se instalava um clima de insegurança. Foi assim, que me pude aperceber da importância de deixar a pessoa à-vontade, de a levar a pensar em coisas positivas. Pensei também que se fosse eu a ficar aquele tempo todo calada enquanto alguém que nunca tinha visto preparava o injectável, ia ficar em pânico e ia estar tudo menos relaxada (o que é sempre pedido pelos enfermeiros). Deste modo optei por dialogar com os utentes e pude observar alguns sorrisos, o que me deixou bastante feliz”. (OP - Diário)</p> |
|--|--|--|---|

“A nível da sua intervenção e, de forma muito genérica pareceu-me que nesta fase os estudantes se sentem inseguros em diversas situações. Têm dificuldades em comunicar espontaneamente, embora refiram que o fazem com mais à-vontade que no ano anterior. Por vezes em frente a um utente têm momentos de silêncio (não é que não seja um aspecto importante e a ter em consideração mas temos de atender à situação em si).” (OP - Informal)

“Sinto que eles ainda não se sentem muito confortáveis no relacionamento com os utentes, especialmente quando têm de efectuar alguma tarefa.” (OP - Informal)

“Nas consultas que efectuam preocupam-se em colher dados acerca da situação em questão para posteriormente executarem ou reforçarem as Educações para a Saúde, nomeadamente em alguns dos aspectos relacionados com cuidados a ter em casa, alimentação ou exercício físico. No entanto, apercebi-me que por vezes têm dificuldade em identificar erros que os utentes cometem, o que leva a que não sejam registados e, por conseguinte, não sejam alvo de próxima avaliação. Também notei que em algumas situações mais específicas, sentem dificuldade em dar respostas

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>concretas, o que demonstra existir ainda alguma insegurança face às actividades que desempenham.” (OP)</p> <p>“Num dos pensos que uma estudante executou apercebi-me de que teve dificuldade não só na execução de uma técnica nova, mas também na selecção do material mais adequado ao tratamento, optando pelo que estava a ser habitual nesta ferida. Em conversa com uma colega e com a tutora, ficou combinado numa das reuniões semanais debater esta temática. Dei com Susana a ler a bula de algum material a ver se chegava a consenso.” (OP - Informal)</p> <p>“Ela mostrou-se contente referindo que teve algum receio, porque para além de ter sido uma situação imprevista e pouco usual, teve de efectuar uma técnica pela primeira vez (injectável intravenoso) num caso urgente “não deu tempo para pensar... o senhor precisava da medicação e eu tive de procurar a veia e puncionar. Confesso que estava a tremer.” (OP - Informal)</p> <p>“Apercebi-me que a estudante propôs a realização de discussão em grupo, [...] o objectivo é discutir a problemática do aborto e da interrupção voluntária da gravidez. Acerca deste assunto pude aperceber-me que as grandes divergências de opinião (falta de consenso) se referiam à interrupção voluntária da gravidez. Todos os estudantes sabiam do que se tratava, apontavam algumas das razões para a sua adopção, sabiam da não legalização da mesma, mas diferiam de opinião quanto à sua prática. Após acesa discussão, um dos aspectos importantes e de consenso no grupo, é que face a esta problemática consideram importante avaliar a legitimidade do acto moral caso a caso. Consideram que não existe uma só conduta, tudo depende das razões que levam à acção, embora admitam que é importante alertar</p> |
|--|--|--|---|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>para a protecção da vida humana.” (OP - Informal)</p> <p>“Da análise dos registos e, para além do enumerado e descrição das técnicas executadas, pude constatar que os estudantes também se preocupam com as intervenções de cariz preventivo o que demonstra que têm presente a finalidade dos cuidados de saúde primários. (OP - Informal)</p> <p>“Constatedei que no relacionamento com o utente os estudantes são discretos, cordiais, optando por uma postura profissional. Ainda mantêm momentos de silêncio, mas quando se apercebem tentam quebrá-lo sem sentirem necessidade de se justificar acerca da atitude que adoptam. Contrariamente à minha convicção, ainda permanecem “apagados”, estrangidos, pouco à vontade quando têm de atender alguém. Apreciei que não tomam iniciativa para atender os utentes, esperando sempre pela enfermeira e, só quando esta consente, executam alguma tarefa. Noutra altura pensaria que se tratava de falta de iniciativa, contudo e após apreciar o comportamento dos estudantes na Feira da Saúde, considero que se sentem “sufocados” na presença das enfermeiras da unidade. Estas, por seu lado, parecem ter a necessidade constante de demonstrar que trabalham com empenho e qualidade, sendo a sua presença indispensável.” (OP - Informal)</p> <p>“Nesta altura do seu percurso de formação, os estudantes já tiveram a oportunidade de executar actividades técnicas, por isso, já se encontram mais despertos para as actividades de relação, começam também a sentir a necessidade de quebrar o silêncio existente aquando da execução de uma actividade técnica.” (OP)</p> <p>“Mais uma vez, pude aperceber-me que os estudantes nesta fase, embora dêem importância aos aspectos relacionados com a forma de estar, de “ser enfermeiro”,</p> |
|--|--|--|--|

|                               |                         |  |  |
|-------------------------------|-------------------------|--|--|
|                               |                         |  | centram-se mais nos aspectos relacionados com a sua actuação e os conhecimentos que a sustentam.” (OP - Informal)  |
| Resposta emocional estudantes | Não respondem           |  | “Outras vezes, quando tenho oportunidade de fazer alguma técnica recuso, preferindo observá-la e acabo por perder a oportunidade”. (OP - Informal)   |
|                               | Medo                    |  | “...porque por vezes tenho receio de errar e isso deixa-me muito nervosa” (OP - Informal)<br>“Apercebi-me que estaria um pouco nervosa pois após a administração do injectável suspirou discretamente.” (OP - Informal)  |
|                               | Usam processos reflexão |  | “No final da reunião fiquei com a sensação que os estudantes não se preocupam demasiado em reflectir acerca do que fazem (como é que agem, que comportamento ou conduta adquirem perante um utente – saber ser), mas pelo contrário, sinto que se preocupam mais em saber ‘como é que as coisas se fazem’ (aquisição de conhecimentos práticos – saber fazer).” (OP - Informal)<br>“Dos escritos dos estudantes pude aperceber-me que estes através da descrição das suas actividades e, no caso de acontecer algum erro, reflectem sobre a acção que praticaram de forma a reformularem a sua forma de actuação futura.” (OP - Informal)<br>“Todos os dias vou para casa pensar no que tinha feito e nos aspectos que poderia melhorar” (OP - Informal)<br>“...os diários de aprendizagem obrigam-nos a pensar acerca das actividades desenvolvidas em cada dia, e nos aspectos relativos a cada uma delas” (OP - Informal) |



|                                   |           |   |   |
|-----------------------------------|-----------|---|---|
| Influência dos modelos da prática | Positivas | Relação com o utente                      | <p>“Quase todas as enfermeiras tinham uma boa relação com os doentes” (OP - Informal)</p> <p>“Havia uma enfermeira que era excelente na forma como se relacionava com os utentes” (OP - Informal)</p>   |
|                                   |           | Relação com o estudante                   | <p>“A enfermeira dos domicílios era excepcional na forma como se relacionava com os alunos” (OP - Informal)</p> <p>“Esta enfermeira foi um bom exemplo para mim não só pelos conhecimentos que demonstrava mas pelas competências de relação que conseguiu estabelecer com o grupo” (OP - Informal)</p>   |
|                                   |           | Concepção, prestação e gestão de cuidados | <p>“Essa enfermeira é um verdadeiro exemplo, é mesmo muito competente, executa as técnicas com muito rigor e assepsia, é meiga para os doentes e explica-lhes tudo o que lhes faz.” (OP - Informal)</p> <p>“...é também muito organizada nos registos” (OP - Informal)</p> <p>“Relativamente às enfermeiras da unidade umas são muito simpáticas e ajudam-nos e dão-nos a oportunidade de sermos nós a efectuar algumas actividades, mas outras não.” (OP - Informal)</p> <p>“Essa enfermeira deixava-nos fazer os pensos e ajudava no que fosse necessário” (OP - Informal)</p> <p>“Antes de entrar na casa das pessoas explicava o que íamos encontrar e como estava a ser efectuado o tratamento para não termos surpresas.” (OP - Informal)</p> <p>“...ela perguntou se existiam algumas dúvidas dispendo-se a colaborar para o que</p> |

|                      |                         |   |   |
|----------------------|-------------------------|---|---|
|                      |                         |   | fosse necessário” (OP - Informal)   |
|                      | Negativas               | Atitude dos enfermeiros                   | “Alguns enfermeiros não eram muito simpáticos e faziam-nos sentir um estorvo” (OP - Informal)   |
|                      |                         | Concepção, prestação e gestão de cuidados | -----   |
| Dinâmicas de tutoria | Expectativas estudantes | Expectativas dos estudantes               | “Esperava que a tutora estivesse aqui para nos apoiar e ensinar” (OP - Informal)<br>“...esperava que essencialmente nos orientasse.” (OP - Informal)  |
|                      | Quem apoiou             | Tutor                                     | “A tutora esteve sempre presente” (OP - Informal)<br>“A tutora apoiou-nos muito” (OP - Informal)<br>“Nem sempre era fácil para a tutora estar próximo porque os enfermeiros faziam questão de dizer que estavam muitas pessoas na sala de consulta, mas sempre que podia ela estava presente.” (OP - Informal)  |
|                      |                         | Colegas                                   | “...notou-se uma grande união e apoio no grupo” (OP - Informal)   |
|                      |                         | Enfermeiros                               | “...mas a enfermeira disse que fui rápida demais. Aconselhou-me a administrar mais lentamente e a olhar para o utente, para ver a sua reacção enquanto a administro. Gostei de estar com esta Enfermeira, ela deu-me vários conselhos e esteve atenta ao que fiz. Prefiro que me digam se estou a fazer bem ou mal as coisas, assim tenho sempre hipótese de me corrigir.” (OP - Informal)<br>“A Enfermeira do módulo ajudou-me bastante e explicou-me como devo fazer na próxima vez.” (OP - Informal) |

|  |                     |                            |   |
|--|---------------------|----------------------------|---|
|  |                     |                            | <p>“A enfermeira foi compreensiva e não deu muita importância, mas o que mais me surpreendeu foi a atitude despreocupada e simpática da utente.” (OP - Informal)</p> <p>“A Enfermeira do módulo ajudou-me bastante e explicou-me como devo fazer na próxima vez.” (OP - Informal)</p> <p>“Hoje foi um dia positivo e, de alguma forma, diferente dos anteriores, é que hoje gostei de estar com a Enfermeira do módulo porque me ajudou e incentivou em várias situações. Senti-me à-vontade, para colocar questões e tirar dúvidas.” (OP - Informal)</p> |
|  |                     | Outros                     | <p>“Tive de estudar muito” (OP - Informal)</p> <p>“Adquiri hábitos de ir à biblioteca da escola com frequência, também recorro à internet.” (OP - Informal)</p>   |
|  | Escolha do tutor    | Instituição escola         | “... é uma enfermeira da prática de cuidados contratada pela escola especificamente para fazer acompanhamento de ensinos clínicos.” (OP - Informal)   |
|  |                     | Instituição de saúde       | -----   |
|  | Relação supervisiva | Atitude do tutor           | <p>“A nossa tutora é uma pessoa calma, ponderada nas suas decisões e muito meiga.” (OP - Informal)</p> <p>“Ela é também muito nossa amiga e defende-nos muito, apesar de nos chamar à atenção quando é necessário.” (OP - Informal)</p>   |
|  |                     | Supervisão individualizada | -----   |

|  |                      |                          |  |
|--|----------------------|--------------------------|--|
|  |                      | Feedback contínuo        | <p>“Sempre nos disse a sua opinião acerca da nossa evolução quer como grupo quer individualmente” (OP - Informal)</p> <p>“Ele sempre disse o que pensava sobre o meu desempenho e também sobre algumas das minhas características pessoais até porque inicialmente eu tive alguma dificuldade na colheita de dados porque me era difícil estabelecer uma relação com os utentes” (OP - Informal)</p> |
|  |                      | Satisfação do estudante  |  |
|  |                      | Equidade na relação      | -----  |
|  |                      | Reciprocidade na relação | -----  |
|  |                      | Respeito na relação      | “Sempre respeitou que a nossa opinião que mesmo a nós como pessoas.” (OP - Informal)   |
|  |                      | Sentido de verdade       | <p>“Ele foi sempre verdadeiro connosco” (OP - Informal)</p> <p>“Na relação que estabeleceu com cada uma de nós foi sempre muito verdadeiro” (OP - Informal)</p>  |
|  | Relação tutor-escola | Relação directa          | É uma enfermeira experiente na orientação tutorial uma vez que colabora já há alguns anos com a escola neste tipo de trabalho. (OP - Informal)   |
|  |                      | Relação indirecta        | -----  |
|  | Preparação tutor     | Preparação específica    | -----  |
|  |                      | Sem preparação           | Não possui nenhuma formação específica na área da supervisão clínica (OP -   |

|  |                |                   |  |
|--|----------------|-------------------|--|
|  |                |                   | Informal)  |
|  | Modelo tutoria | <i>Mentorship</i> | “A tutora é uma enfermeira contratada pela escola que assume a orientação de todo o ensino clínico.” (OP - Informal)   |
|  | Papel tutor    | Prestar atenção   | <p>“...notei que da sua parte existe uma grande preocupação em todos os aspectos relativos à integração dos estudantes.” (OP - Informal)</p> <p>“Está sempre muito preocupada connosco, em saber se está tudo bem se temos dúvidas e mesmo na integração esteve sempre presente, sempre preocupada com a nossa integração na unidade.” (OP - Informal)</p> <p>“Está sempre, atenta ao que estamos a fazer, nomeadamente em situações importantes como nos tratamentos às feridas embora as enfermeiras nem sempre gostem muito.” (OP - Informal)</p> |
|  |                | Clarificar        | <p>“Sempre que temos alguma dúvida ela esclarece no caso de ser necessário de imediato para a prestação de cuidados senão diz para estudarmos e discutimos o assunto no dia seguinte.” (OP - Informal)</p> <p>“...quando não nos conseguimos entender nos assuntos ela [tutora] esclarece...” (OP - Informal)</p>  |
|  |                | Encorajar         | <p>“Sempre nos apoiou muito.” (OP - Informal)</p> <p>“...desempenhou um papel muito importante porque por vezes era muito difícil não ter nada para fazer e ela quando nos via desanimados dava-nos o apoio que precisávamos para continuar.” (OP - Informal)</p>  |
|  |                | Servir de espelho | “Uma vez num penso imitou-me, para que eu percebesse onde tinha errado” (OP -  |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  |   | Informal)  |
|  |  | Dar opinião                                   | <p>“Sempre que efectuamos algo que não lhe parece bem ela diz a sua opinião e fundamentando-a.” (OP - Informal)</p> <p>“É uma pessoa que sabe como dizer as coisas, se estamos a fazer bem ela diz valorizando o nosso trabalho, se não estamos a proceder correctamente também o faz. É bom porque dá-nos a sua opinião.” (OP - Informal)</p>   |
|  |  | Ajudar a encontrar soluções para os problemas | <p>“Nas situações mais complicadas ela [tutora] discute connosco de forma a conseguirmos encontrar a solução mais viável.” (OP - Informal)</p> <p>“Nos processos de atendimento às famílias ajuda-nos muito...” (OP - Informal)</p>  |
|  |  | Negociar                                      | <p>“Por vezes quando tinha dúvidas ela mandava-me estudar e depois discutia comigo para que numa próxima vez as coisas corressem melhor.” (OP - Informal)</p> <p>“Estava sempre a discutir connosco os pormenores dos cuidados.” (OP - Informal)</p>   |
|  |  | Orientar                                      | <p>“Iniciou uma pequena reunião onde fez realçar os objectivos do ensino clínico e explicou o que era esperado do trabalho das estudantes, nomeadamente no que concerne às suas actividades na unidade de cuidados, dispôs-se a ajudar o grupo em todas as suas dúvidas e dificuldades.” (OP - Informal)</p> <p>“É a primeira vez que venho com estudantes para este local, ele é muito parado em termos de afluência, embora existam dias com mais utentes, eventualmente cerca das 11.30h já não existe nada para fazer, retomando a afluência cerca das 14.30h, por isso existe um grande período em que os estudantes ficam sem actividades. Já falei com a Coordenadora para se estudar a possibilidade destes estudantes</p> |

|  |  |                       |  |
|--|--|-----------------------|--|
|  |  |                       | <p>efectuarem algumas educações para a saúde a grupos, mas ela recusou, referindo que a figura de enfermeiro de família realçava as Educações para a Saúde individuais feitas quer nas instalações da unidade quer em termos de visitação domiciliária de cariz preventivo. Sei que a sua visão é correcta, mas eu só queria colmatar o tempo em que os estudantes não têm nenhum tipo de actividades, vou ter de pensar em qualquer coisa. Mas também penso que estes estudantes vão perder a oportunidade e a experiência na excussão desse tipo de actividades relativamente aos colegas que estão a efectuar o ensino clínico noutra local, pois essa é a realidade da maioria dos Centros de Saúde”. (OP - Informal)</p> <p>“A nível da orientação pude aperceber-me que a tutora adopta um modelo muito relacionado com o de aconselhamento centrado nas práticas, ao qual designa de “estudo dirigido ou acompanhado”. Para isso, os estudantes efectuem registos diários de aprendizagem que a orientadora lê e em reunião semanal corrige “erros comuns de linguagem” e faz a interpretação das actividades e da aprendizagem efectuada, etc. Se os estudantes referem alguma dificuldade, combinam ler mais alguma coisa sobre o assunto e discutir em próxima reunião. Nesta dinâmica, pude aperceber-me que semanalmente existe sempre uma reunião mas podem existir mais desde que se justifiquem. Os assuntos discutidos variam entre dificuldades técnicas, teóricas e mesmo aspectos éticos relacionados com as situações com que se deparam nas suas práticas clínicas. (OP - Informal)</p> |
|  |  | Estabelecer critérios | <p>“...a tutora é uma pessoa muito atenta e chama-nos a atenção para alguns pormenores dos cuidados, para que possamos usufruir em pleno das experiências do ensino clínico. Na reunião de hoje alertou-nos para alguns pormenores na nossa</p>  |

|                         |                     |                                      |   |
|-------------------------|---------------------|--------------------------------------|---|
|                         |                     |                                      | <p>actuação, que têm de ser rapidamente alterados, ela até disse que na próxima semana todos tínhamos de efectuar as consultas de enfermagem correctamente.” (OP - Informal)</p> <p>“Na semana passada, chamou-nos à atenção porque errávamos no tratamento às feridas, então mandou-nos estudar o procedimento direitinho, discutimos na reunião e impôs um prazo para que todos começássemos a efectuá-lo direito.” (OP - Informal)</p>   |
|                         |                     | Condicionar                          | -----   |
| Desafios de ordem ética | Situações complexas | Atitude face ao cuidado no domicílio | -----   |
|                         |                     | Vontade de viver                     | -----   |
|                         |                     | Confidencialidade                    | -----   |
|                         |                     | Privacidade                          | -----   |
|                         |                     | Direitos humanos                     | <p>“O caso descrito dizia respeito a um casal com HIV positivo que decidiu ter um filho e que, por isso, recorreu à consulta de planeamento familiar. Conscientes da sua seropositividade encaravam com convicção a hipótese de gerar um filho, porque consideravam ser um gosto e um direito seu, apesar de este apresentar grandes hipóteses de vir a ser portador da doença. O estudante ficou chocado com a decisão e questionava-se quanto à legitimidade ética da acção. [...] A discussão gerou-se e a maioria achava que a criança tinha o direito a ser saudável e interpretaram poder ser praticada interrupção involuntária da gravidez, alegando o aborto eugénico previsto</p> |



|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
|  |  |                              | <p>na lei. Desta vez, a tutora teve de intervir e esclarecer dúvidas e conceitos errados, explicando que o caso não se poderia inserir num caso de aborto eugénico e que os pais tinham direito a procriar, porque era um dos direitos que estava consagrado na lei, apenas teriam de ser esclarecidos e aconselhados acerca das consequências da doença para a criança, de modo a adoptarem todos os cuidados e precauções. Também explicou que, apesar de tudo a criança poderia não vir a ser portadora da doença e, caso fosse, existia ainda a possibilidade de, nesse caso, se conseguir através de medicação específica (antiretrovirais), a negatividade da seropositividade da criança. Mais uma vez pude confirmar que nesta fase de aprendizagem os estudantes ainda possuem concepções e ideias erradas acerca de determinados assuntos. (OP - Informal)</p> |
|  |  | Interrupção de gravidez      | <p>“Hoje apareceu na consulta uma jovem de 16 anos que estava grávida de 12 semanas e queria interromper a gravidez. Vinha sozinha porque não queria que a mãe soubesse que estava grávida. Era uma pessoa humilde e educada. A enfermeira perguntou porque é que não tinha aparecido para tomar a pílula do dia seguinte e ela simplesmente encolheu os ombros. Da consulta não houve nenhuma decisão clara, apenas foi contactada a assistente social para possível auxílio à jovem, mas falou-se acerca da possibilidade de contactar a mãe para a colocar a par da situação.” (OP - Informal)</p>  |
|  |  | Informação/<br>Consentimento | -----  |
|  |  | Gestão do regime             | -----  |

|  |  |                                  |   |
|--|--|----------------------------------|---|
|  |  | terapêutico                      |   |
|  |  | Gestão de sinais e sintomas      | <p>“Para mim ainda é muito difícil tratar os doentes sem saber exactamente a patologia de base, penso que os sintomas são um bom indicador dos cuidados de enfermagem a prestar.” (OP - Informal)</p> <p>“Apesar de na escola terem sido abordadas algumas patologias do foro médico, senti necessidade de estudar para conseguir elaborar o plano de cuidados de uma Sr.<sup>a</sup> com AVC (Acidente Vascular Cerebral), porque é difícil perceber as limitações que ela pode ter e as áreas de trabalho do enfermeiro.” (OP - Informal)</p> |
|  |  | Capacidade para o autocuidado    | <p>“Foi-me muito difícil explicar a uma senhora que recorreu a esta unidade que a sua mãe ainda tem capacidade para comer. Aprendemos que devemos promover a independência das pessoas, mas por vezes são os próprios familiares que os substituem nas actividades de vida e promovem os graus de dependência. Ela dizia que era mais fácil ser ela a dar-lhe a refeição. Na verdade eu acho que ela tinha alguma capacidade apesar do trémulo que apresentava devido à demência, mas causou-me algumas dúvidas.” (OP - Informal)</p>           |
|  |  | Confusão e coma                  | -----   |
|  |  | Angústia da separação            | -----   |
|  |  | Não-aceitação do estado de saúde | -----   |
|  |  | Dor oncológica                   | -----   |
|  |  | Morte e morrer                   | “...um paciente que se encontrava muito mal, não falava, necessitava de oxigénio,   |

|                         |                             |  |   |
|-------------------------|-----------------------------|--|---|
|                         |                             |  | estava algaliado, não comunicava de forma nenhuma e era extremamente magro, de tal forma que era possível observar os contornos dos ossos, parecia um esqueleto revestido somente com pele. Este paciente possuía úlcera de pressão enormes, uma perto da cabeça do fémur direito e outra na lombar, a enfermeira teve de tirar o pus. Ao observar aquele processo e a condição em que o paciente se encontrava só conseguia pensar se isto era forma de viver, se após saber que não há qualquer melhoria e que a tendência é para piorar, se é que é possível, como é permissível deixar alguém sofrer tanto. “ (OP - Informal) |
| Atitudes dos estudantes | Não tomaram nenhuma atitude |  | <p>“Numa determinada altura houve um estudante que colocou uma questão à qual nem ele conseguia dar uma resposta concreta.” (OP - Informal)</p> <p>“...ao mesmo tempo não conseguia dar uma resposta da conduta mais correcta do enfermeiro. Apercebi-me que os colegas não lhe conseguiram dar uma resposta, talvez pela complexidade do caso.” (OP - Informal)</p> <p>“Da análise deste caso apercebi-me de que face a situações complexas, por vezes os estudantes ainda sentem dificuldades em identificar a conduta mais correcta.” (OP - Informal)</p>  |
|                         | Atitude incorrecta          |  | -----   |
|                         | Atitude correcta            |  | -----   |
| Valores envolvidos      | Terminais                   |  | <p>“Não concordo com essa decisão, se a jovem não quer que se conte a sua opinião deve ser respeitada” (OP - Informal) – <b>Liberdade</b></p> <p>“Perante tal situação questionei-me muito e questionei essencialmente uma coisa,</p>   |

|  |  |               |  |
|--|--|---------------|--|
|  |  |               | mas também não consegui encontrar uma resposta para essa minha questão. Pensei se não seria melhor a eutanásia...” (OP - Informal) - <b>Sabedoria</b>  |
|  |  | Instrumentais | <p>“Até esse dia eu nunca tinha sido a favor da eutanásia mas ao ver esta situação e para situações assim tão extremas, passo a ser.... Porque, nestas situações não é, para mim, tirar a vida, porque a pessoa nem vida têm. Eu sei que estou a ter um pensamento muito radical ao dizer que nem vida têm, mas se viver é ficar com aquele corpo vegetativo à espera da morte, então não quero viver assim e muito menos morrer assim...”. (OP - Informal) - <b>Intelectual</b></p> <p>“Nos seus comentários, as enfermeiras da unidade acham que a qualidade dos seus serviços passa muito pela privacidade que proporcionam aos utentes. Tanto eu como Mafalda e os estudantes pactuamos com essa perspectiva.” (OP - Informal) - <b>Responsabilidade</b></p> |

**UNIDADES DE REGISTO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (3.º ANO)**

| DIMENSÃO                         | DOMÍNIO                                 | CATEGORIAS                              | UNIDADES DE REGISTO  |
|----------------------------------|---|---|--|
| Contexto da prática profissional | Natureza socioclínica                   | Cuidados Saúde Primários                | <p>“...pude verificar que este centro dispõe de médicos, enfermeiros (um para cada dois médicos), assistente social, psicóloga, nutricionista e higienista oral.” (OP - Informal)</p> <p>“Este é um centro com muitos atendimentos diários, onde existem sempre pessoas nas salas de espera. Está dividido e identificado em módulos que se distinguem por cores.” (OP - Informal)</p>   |
|                                  |   | Cuidados de Saúde Diferenciados         | -----  |
|                                  | Características da prática profissional | Características da prática profissional | <p>“...embora, neste momento, a metodologia de trabalho seja por tarefa. Segundo a Sr.ª Enf.ª Chefe não existe a figura de enfermeiro de família desde que a nova directora entrou no centro, mas parece que brevemente tudo vai ser alterado e que, nessa altura, voltará a implementar-se essa metodologia. Das diversas actividades de enfermagem existentes neste centro fazem parte a visitação domiciliária, a preparação psicoterapêutica para o parto, a saúde escolar, a vacinação, os tratamentos, as consultas programadas de saúde infanto-juvenil, de saúde materna e obstétrica e de saúde do adulto e, ainda, as consultas de recurso. As estudantes irão ter a experiência de visitação domiciliária, vacinação, tratamentos, consultas programadas de saúde infanto-juvenil, consultas programadas de saúde do adulto e consultas de recurso. Foi explicado que por uma questão de higiene existem duas</p> |

salas de tratamentos, uma onde são efectuados os tratamentos da parte da manhã e outra onde são efectuados os da tarde. Durante a visita ao centro pude verificar que a sala de tratamentos dispõe de dimensões, material e recursos que permitem a prestação de bons cuidados.” (OP - Informal)

“Duas estudantes falaram das suas experiências a nível da visita domiciliária, dizendo que em média eram efectuados 20 domicílios por dia e que estes eram essencialmente curativos. A nível preventivo apenas reforçavam pequenas acções de educação e estas estavam quase sempre relacionadas com os motivos curativos.” (OP - Informal)

“«De facto, esta situação levou-me a pensar na continuidade de cuidados e nas altas clínicas hospitalares. É importante que os familiares saibam bem os cuidados que têm de ter, senão acontece como este senhor... A enfermeira foi lá não por ser extremamente necessário mas por ser um AVC (Acidente Vascular Cerebral) que veio para casa, apenas foi ver se o senhor precisava de alguma coisa, se trazia algália por exemplo e verificou que os familiares não estavam habilitados para tratar dele. Por exemplo não sabiam que tinham de o massajar, mudar de posição, etc. Disseram que a enfermeira do hospital tinha explicado algumas coisas mas como estavam muito aflitos não se lembravam muito bem.» Uma estudante reforçou a ideia da colega referindo que o verdadeiro trabalho da enfermeira de saúde comunitária é ser uma enfermeira de família que se desloque à comunidade, que se aperceba das verdadeiras necessidades dos utentes e que actue consoante os casos. E acrescentou: «Esta situação foi importante para mim pois no ano passado quando estive no serviço de medicina e um doente como este tinha alta, eu nunca pensei que

|  |                               |                              |  |
|--|-------------------------------|------------------------------|--|
|  |                               |                              | <p>fosse uma situação difícil para os familiares tratarem dele; sempre pensei que se explicasse bem as coisas eles eram capazes de as interiorizar. Na verdade, agora penso de maneira diferente, porque contactei com este doente e percebi as dificuldades dos familiares, nunca pensei que em tão pouco tempo fosse possível ficar com úlceras de pressão.» (OP - Informal)</p> <p>“Apercebi-me que as estudantes deste grupo têm sempre presente o reforço dos aspectos preventivos da doença, encarando o papel da enfermeira de saúde comunitária como uma verdadeira educadora para a saúde.” (OP - Informal)</p> <p>“Quando estive na Consultas do Adultos tive a oportunidade de estar apenas com os utentes, o que me parece importante para o processo de autonomização crescente. Reconheço, no entanto, que a presença do enfermeiro, em circunstâncias, facilita a detecção de problemas. Importa referir também que as consultas quando são desenvolvidas por, nós, alunos, demoram um pouco mais porque sentimos a necessidade e ainda a obrigação de alertar os utentes para determinados cuidados. Compreendo que os enfermeiros pela rotina, pela experiência com cada utente e pela falta de tempo, encurtem o tempo das consultas. Não obstante, estes motivos não descoram a importância da contínua actuação na prevenção primária. Despender algum tempo com cada utente, trará benefícios de saúde para este, mesmo que seja a longo prazo. Houve uma situação que se ressaltou.” (OP - Informal)</p> |
|  | <p>Processo de integração</p> | <p>Dificuldades sentidas</p> | <p>“Joana realça também as dificuldades que sentiu nos primeiros dias e a forma como foi ganhando confiança, também salienta que essa auto-confiança é um aspecto importante para se obter uma boa prática.” (OP - Informal)</p> <p>“...confesso que inicialmente, aquando do atendimento aos primeiros utentes, senti-</p>  |

|  |  |                        |   |
|--|--|------------------------|---|
|  |  |                        | <p>me um pouco nervosa, e ainda um pouco perdida quanto à disposição do material". (OP - Informal)</p> <p>"Num dos intervalos entre a saída de um utente e a entrada de outro perguntei à estudante se foi difícil a sua integração na sala de vacinação, ela respondeu que não tinha sido muito difícil uma vez que a administração de vacinas foi uma das actividades executadas no ano anterior e que, por isso, aquilo que esperava era obter mais treino na sua execução, para ela esta não era uma actividade completamente nova. Acrescentou que no dia anterior sentiu dificuldade em saber o local donde se encontravam os materiais mas que passado pouco tempo essa dificuldade já tinha passado." (OP - Informal)</p>   |
|  |  | Aspectos facilitadores | <p>"A tutora quis saber como tinha corrido a semana e discutir o processo de integração das estudantes numa tentativa de se aperceber, através dos seus testemunhos, das dificuldades sentidas. " (OP - Informal)</p> <p>"Do discurso da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe saliento a explicação acerca da estrutura e funcionamento do centro numa tentativa de facilitar a integração das estudantes na instituição." (OP - Informal)</p> <p>"Elas iniciaram por referir que tinham sido bem acolhidas por todos os profissionais, três estudantes já conheciam este campo da prática uma vez que já lá tinham efectuado um ensino clínico, sendo novidade apenas para três das estudantes." (OP - Informal)</p> <p>"...um aspecto muito positivo e que facilitou a minha integração foi conhecer o local onde vou estagiar" (OP - Informal)</p> |



|                              |                             |  |  |
|------------------------------|-----------------------------|--|--|
|                              | Processo de socialização    | Contexto de cuidados   | “...este ano a minha responsabilidade é maior, porque as vacinas já estão a meu cargo. Também sinto que este ano as enfermeiras confiam em mim e, por isso, me dão espaço para trabalhar.” (OP - Informal) |
| Grupo profissional           |                             | <p>“...mais uma vez verifico que, a segurança e confiança em nós são imprescindíveis para uma boa prática de enfermagem, uma vez que, ao sentir-nos à-vontade, indubitavelmente que, transparecemos para o exterior essa sensação, o que permite que o doente se sinta melhor e assim juntos «remando para o mesmo lado» tudo se torna mais simples e nos proporciona a vivência de momentos mais enriquecedores.” (OP - Informal)</p> <p>“O facto das enfermeiras do Centro confiarem em mim na execução de cuidados fez com que por vezes me sentisse uma verdadeira enfermeira, era como se fizesse parte da equipa.” (OP - Informal)</p> |  |
| Trajectórias da aprendizagem | Expectativas dos estudantes | Sem expectativas definidas   | -----  |
|                              |                             | Tomar decisões acerca do futuro profissional   | -----  |
|                              |                             | Superar medos  | -----  |
|                              |                             | Ter muitas oportunidades para praticar   | “...aquilo que esperava era obter mais treino na sua execução, para ela esta não era uma actividade completamente nova” (OP - Informal)  |
|                              |                             | Desenvolver  | “Deste primeiro dia de observação fiquei com a sensação que o grupo estava   |

|  |                             |                                     |  |
|--|-----------------------------|-------------------------------------|--|
|  |                             | competências                        | motivado e empenhado no ensino clínico, estavam conscientes de que o tempo era escasso mas mostraram vontade em aproveitá-lo ao máximo.” (OP - Informal)   |
|  | Saberes adquiridos          | Nenhum                              | -----  |
|  |                             | Competências                        | <p>“A estudante acrescentou que não tinha sentido grande dificuldade na execução das tarefas curativas uma vez que já não eram novidade para si.” (OP - Informal)</p> <p>“Não sei se por ter já efectuado algumas das técnicas.” (OP - Informal)</p> <p>“Apercebi-me que as estudantes têm experiências anteriores a vários níveis e que, por isso, apresentam já algumas competências desenvolvidas, contudo ainda apresentam dificuldades em algumas situações e pequenas lacunas. Conseguem agilizar com mais facilidade os conhecimentos adquiridos anteriormente e as competências técnicas e relacionais estão mais fortalecidas. Identificam mais facilmente as suas dúvidas; procuram relacionar os conhecimentos cognitivos com os aspectos da prática, mas por vezes ainda sentem dificuldade na sua articulação.” (OP - Informal)</p> |
|  | Experiências significativas | Prática profissional, ética e legal | <p>“Quando viu a agulha o Pedro começou um verdadeiro episódio de protesto iniciando um choro intenso, esperneando e contorcendo-se. Esta situação apelou a um grande controlo da minha parte, exigiu a capacidade de controlar o ambiente que se gerava e, que posso dizer que foi realmente difícil e mostrar-lhe que não precisava de estar assim. Senti que a bata branca que vestimos acarreta consigo um peso, uma imagem que por muitos é temida e que, por vezes, é problemático manter a quietude e mudar atitudes e comportamentos nas pessoas, senti-me até incapaz de resolver a situação sozinha. Com tudo o que acontecia, pensei no que podia fazer mais, nas estratégias</p>   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>que poderia usar, nas formas de chegar até ao Pedro.” (OP - Informal)</p> <p>“...fomos a casa desse senhor fazer um penso na região sacrococcígea e quando coloquei as mãos o posicionar fiquei com elas molhadas e pensei que seria urina, mas na verdade não era, ele estava todo suado. Eu perguntei à senhora se tinha outro pijama para o mudar porque estava suado e ela respondeu-me que ele era sempre assim. Depois verifiquei que tinha muitos cobertores na cama e chamei a atenção. Não disse mais nada nomeadamente que o quarto estava abafado porque achei que já estava a reclamar demais para uma primeira visita, mas o que é certo é que na próxima visita ele tinha vestido um pijama mais fino e não tinha tantos cobertores na cama. Sem dúvida que acho que este senhor tem de ser acompanhado mais de perto, é muito importante a actuação contínua. Concordo inteiramente com o que as colegas disseram – as visitas domiciliárias são o local ideal para prestar cuidados e colher dados.” (OP - Informal)</p> <p>“...é muito compensador verificar que os utentes gostam de conversar connosco, gostam de nos contar os seus problemas e nós através destas conversas podemos orientar e corrigir problemas de saúde dos utentes... as consultas são um bom local para fazer educações para a saúde”. (OP - Diário)</p> <p>“...todavia, posteriormente, comecei a sentir-me mais à-vontade e já me sentia mais eu, na medida em que, paulatinamente, conciliei a vertente prática com a vertente relacional, pois sob o meu ponto de vista para uma boa prática de enfermagem, torna-se vital o estabelecimento de uma boa relação empática com os utentes”. (OP - Informal)</p> <p>“Referiu que é fácil comunicar com os adultos, na sua maioria são pessoas idosas e,</p> |
|--|--|--|---|

por isso, necessitam de atenção o que leva a que seja mais fácil estabelecer uma relação de comunicação. Acrescentou ainda, que a comunicação é mais difícil nas educações individuais para a saúde em utentes que não cumprem o regime terapêutico, por exemplo hipertensos ou diabéticos que conhecem as regras para a sua promoção da saúde mas que não as cumprem. Acrescentou que por vezes é mesmo muito difícil comunicar, não se referindo a conseguir manter a comunicação mas sim em conseguir uma correcta compreensão do problema e adesão ao esquema terapêutico.” (OP - Informal)

“Isso é uma virtude, quando somos muito jovens por vezes temos dificuldades em estabelecer uma conversa com os utentes, isso é algo que é praticado e adquirido ao longo do tempo, mas para quem o consegue fazer espontaneamente é uma vantagem porque se consegue uma maior aproximação ao utente, uma maior colaboração da sua parte.” (OP - Informal)

“Mas também faz referência aos aspectos relacionais «de facto, observei que a maioria dos utentes das consultas manifestam grande necessidade de falar... de falar acerca das doenças de que padecem... de falar acerca dos filhos... dos netos... E sempre que o tempo possibilitava, escutei a pessoa, manifestei uma atitude de interesse e de atenção ao que me era relatado... e tentei em conjunto com os utentes solucionar os seus problemas».” (OP - Informal)

“...«Foi um dia em que vivi algum contraste de emoções sentidas. Existiram momentos de algum divertimento e momentos que me chocaram... por variadas vezes constatei que apenas no domicílio se tem uma percepção concreta sobre a realidade diária dos utentes» este testemunho aconteceu num dia em que a

|  |  |                                       |  |
|--|--|---------------------------------------|--|
|  |  |                                       | <p>estudante esteve na visitação domiciliária descrevendo algumas situações de doença que a chocaram umas respeitantes a casos de solidão outras a deficientes recursos.” (OP - Informal)</p>  |
|  |  | <p>Prestação e gestão de cuidados</p> | <p>“...elas ainda apresentam dificuldades a nível da concepção, alguns aspectos da colheita de dados têm de ser melhorados mas já efectuam uma boa colheita de dados, às vezes têm dificuldade em seleccionar o que é realmente importante para o processo de doença (dados relevantes), e depois claro repercute-se no levantamento do diagnóstico de enfermagem, que alguns têm dificuldade em distinguir do diagnóstico médico.” (OP - Informal)</p> <p>“...as visitas domiciliárias são bons locais para se aperceberem das verdadeiras necessidades dos utentes e também que, muitas vezes, é aí que se apercebem do tipo de cuidados e a forma como são prestados.” (OP - Informal)</p> <p>“Lembro-me que na primeira vez que fiz um penso no ano passado fiquei tão atrapalhada que me esqueci de tudo, não conseguia pensar onde é que podia tocar e onde não o devia fazer e, a uma determinada altura, foi a tutora a dizer-me o que devia fazer a seguir... não foi uma experiência muito boa. Não sei se por ter já efectuado algumas das técnicas, mas agora sinto-me mais segura, já consigo distinguir o que posso ou não fazer e, como estou mais descontraída consigo conversar com os utentes enquanto faço as coisas. No ano passado isso era impensável, eu comunicava com o utente e depois parava, ficava calada a efectuar o que tinha de fazer, e só depois de ter tudo feito é que perguntava se tinha doído.” (OP - Informal)</p> <p>“Comparando esta experiência com o ano anterior ela referiu que se sentia muito</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>mais à-vontade do que no ano anterior e que talvez fosse devido ao facto de já ter tido experiências anteriores «sem dúvida que quanto mais treino tenho numa actividade mais à-vontade me sinto a realizá-la».” (OP - Informal)</p> <p>“...mas salientou que no primeiro dia numa das visitas domiciliárias não tinha efectuado qualquer tipo de cuidados porque a utente não a conhecia e demonstrou alguma falta de confiança no seu trabalho, contudo referiu que no segundo dia já tinha conseguido ser ela a efectuar o tratamento.” (OP - Informal)</p> <p>“Nas suas experiências salientou o facto de neste ano conseguir comunicar melhor quer com as crianças e jovens quer mesmo com os pais. Nas actividades realizou o que era habitual (avaliações antropométricas) não sentindo dificuldade pois eram acções já realizadas em anteriores ensinamentos clínicos.” (OP - Informal)</p> <p>“...efectuou avaliação de tensão arterial, avaliação da glicemia capilar, avaliação do peso e educações para a saúde.” (OP - Informal)</p> <p>“...falou da sua experiência na sala de tratamento referindo que não sentiu grandes dificuldades quer na aplicação de medicação injectável quer na execução de pensos e ligaduras e que verificou que este ano já era feita a separação de lixos, algo com que se debateram no ano anterior. Referiu que adquiriu destreza na execução de tratamentos e na elaboração dos registos referindo algumas diferenças relativamente ao ano anterior que se prendem com a maior facilidade em caracterizar as feridas e, por isso, apresentando menos dúvidas a esse nível.” (OP - Informal)</p> <p>“...monitorizei a altura, o IMC (Índice de Massa Corporal), o peso, a tensão arterial, etc.” (OP - Informal)</p> <p>“Permaneci com a estudante na sala de vacinação e pude aperceber-me que a sua</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>actuação era semelhante à de uma profissional. Demonstrava simpatia para com crianças e familiares tentando estabelecer relação com as crianças, embora por vezes difícil devido ao medo que apresentavam, colhia dados para efectuar o inquérito pré-vacinal, preparava e administrava correctamente as vacinas, alertava para cuidados pós-vacinais e efectuava registos de forma concisa.” (OP - Informal)</p> <p>“Também acrescentou a sua experiência na consulta de saúde infanto-juvenil, dizendo que não sentia dificuldade na comunicação quer com as crianças quer com os pais, na qual esteve esta semana.” (OP - Informal)</p> <p>“Hoje, aconteceu-me uma dessas situações, atendi um utente que apesar de saber que é hipertenso e que tem de ter determinadas preocupações para controlar a tensão arterial, este Sr. não queria mudar o seu estilo de vida. Ensinei-lhe como deveria fazer a sua alimentação, que deveria fazer algum exercício físico, que não deveria fumar nem ingerir bebidas alcoólicas, mostrei-lhe quais as complicações da hipertensão arterial e de início este Sr. não queria mudar o seu estilo de vida, mas depois no fim da consulta disse que iria tentar mudar. Este é já um bom princípio, pois sem motivação, sem a vontade da pessoa é muito difícil conseguir mudar hábitos de vida. A relação de ajuda é isso mesmo, é uma forma de dar às outras pessoas o modo de encontrara a solução dos seus problemas, por si mesmas. É importante demonstrar que estamos ali para ensiná-las, apoiá-las, mas quem vai encontrar a solução são elas próprias, nós estamos lá para ajudá-las a utilizar os seus recursos pessoais... eu tenho ensinado muito aos utentes mas também tenho aprendido muito com eles e com as enfermeiras.” (OP - Informal)</p> <p>“...tinha estado na consulta do adulto e que sentia alguma dificuldade na realização</p> |
|--|--|--|--|

da mesma. A tutora interveio querendo que a estudante apontasse as razões pelas quais sentia dificuldade na realização dessa consulta. A estudante disse que sentia dificuldade não na avaliação da tensão arterial ou da glicemia capilar mas quando fazia a descrição nas notas da consulta de enfermagem não sabia muito bem o que dizer, colocava aspectos como por exemplo se cumpria esquema terapêutico instituído, dúvidas, esclarecimentos e valores das avaliações efectuadas face a cada situação, mas que não sabia bem porquê mas não se sentia satisfeita.” (OP - Informal) “Durante a consulta e no final da mesma efectuava os registos, os quais eram sempre vistos pela enfermeira.” (OP - Informal)

“A estudante fala acerca da sua experiência em visitação domiciliária dizendo que a aproveitou para efectuar a colheita de dados e que na realidade   um espaço importante para se ver a rela o entre utente e família. Refere que seria importante efectuar visita o domiciliária a todos os utentes inscritos no centro porque em casa das pessoas apercebem-se de aspectos que são importantes referir nos ensinos, aspectos que o utente não diz e que apenas quando apreciados pessoalmente podem ser alvo de aten o. Acrescenta ainda que «  o melhor local para fazer ensinos».” (OP - Informal)

“...apesar do objectivo ser esse, o enfermeiro tem um papel activo e interventivo que justifica a sua actua o na preven o primária. Deste modo, fiz os ensinos que considerei pertinente e os que numa fase inicial eram importantes serem assimilados.” (OP - Informal)

“Um dos aspectos negativos da sala de tratamentos   o facto de existir muito material no carro que   utilizado como mesa de trabalho, o que nos deixa pouco espaço para



|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | <p>dispor o material necessário à realização das diversas actividades. Na minha opinião, este material poderia ser distribuído de forma diferente pelo carro, uma vez que este tem várias prateleiras, aumentando, assim, o espaço disponível para trabalhar.” (OP - Informal)</p> <p>“Outro aspecto negativo é o facto da marquesa onde as pessoas se deitam durante a realização de pensos ou a administração de injectáveis estar demasiado alta e não ser possível regular a distância entre esta e o chão. Deste modo, as pessoas têm que utilizar uns degraus existentes na sala para subir para a marquesa, tarefa esta que se torna muito difícil para as pessoas que apresentam uma mobilidade diminuída.” (OP - Informal)</p> <p>“Quando estive na sala de tratamentos detectei que a utilização de duas luvas esterilizadas na realização de um penso pressupõe uma boa capacidade de organização por parte do enfermeiro, que deve preparar inicialmente todo o material que vai utilizar, ou então a existência de dois elementos durante a realização do mesmo. Um dos elementos fica responsável por realizar o penso, enquanto que o outro elemento prepara e põe à sua disposição todos os materiais necessários à realização do penso. No entanto, não posso deixar de referir que, nalgumas situações, como, por exemplo, quando não se pode contar com a ajuda de outro elemento e é necessário afastar alguma parte do corpo para realizar o penso, tudo se torna mais fácil com a utilização de uma luva esterilizada e uma luva limpa.” (OP - Informal)</p> |   |
|  |  | Desenvolvimento profissional   | “...«Para uma melhor interiorização e aquisição de conhecimentos, diariamente fui pesquisando acerca de assuntos que desconhecia ou não tinha bem presentes, para |

|  |                          |                          |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
|  |                          |                          | <p>que, daqui a um mês, quando fizer uma retrospectiva acerca destas quatro semanas, sinta que evolui, que cresci enquanto profissional e simultaneamente enquanto pessoa.» Para a estudante era importante o facto de procurar saber mais e também de efectuar registos escritos sobre os assuntos pesquisados, deles salienta-se a procura de conhecimentos acerca de determinadas patologias, de tratamentos efectuados e de medicamentos administrados.” (OP - Informal)</p> <p>“...outro aspecto positivo foram os momentos em que em casa escrevíamos no papel aquilo que vivenciamos em cada dia e nas horas dedicadas para a manipulação da CIPE® e pesquisa de informação.” (OP - Informal)</p>   |
|  |                          | Erro                     | -----  |
|  | Aprendizagens efectuadas | Aprendizagens efectuadas | <p>“No seu registo, a estudante admite que a relação de ajuda, ou seja, os aspectos humanos são importantes para se conseguir um bom relacionamento e adesão ao esquema terapêutico, contudo salienta que por vezes conseguir essa adesão é difícil e conta um acontecimento onde teve especial dificuldade, contudo saliente que esse é também um aspecto importante e gratificante da profissão e que, é na luta com as dificuldades sentidas que constrói a sua aprendizagem a esse nível.” (OP - Informal)</p> <p>“Já me sinto melhor nestas consultas, a professora também já cá esteve. Na verdade, eu não sabia muito bem o que havia de fazer ou perguntar e, se me seguir pela lista dos cuidados antecipatórios, é tudo muito mais fácil, sinto que realmente faço uma consulta de enfermagem e não apenas uma para avaliar parâmetros”. (OP - Informal)</p> <p>“...já se sentia satisfeita com as consultas que desenvolvia. Acrescentou que na</p> |

altura sentiu necessidade de verbalizar os seus sentimentos porque necessitava da opinião de alguém experiente que a orientasse. Refere ainda que no ano anterior não se apercebiam muito bem de todos os cuidados para os quais deveriam educar, neste ano a situação era diferente pois conseguiam fazer ensinamentos dirigidos aos cuidados que a pessoa necessita.” (OP - Informal)

“Neste dia constatei que neste *timing* da sua aprendizagem as estudantes conseguem fazer alterações rápidas ao projecto efectuado e isto verificou-se em duas situações muito específicas, quando a orientadora lhes fez sinal para alterarem a ordem das actividades e na modificação na forma como eram colocadas as questões no jogo. Estas alterações comprovam a forma como as estudantes agilizam as suas competências, elas planeiam as actividades, mas no seu desenvolvimento estão atentas às reacções e, no caso de não correrem conforme previam, introduzem alterações pertinentes, ou seja, já conseguem detectar erros de conduta e actuar em conformidade.” (OP)

“«Depois de realizado o tratamento à utente, tentei proporcionar a maior calma possível à sua nora e ouvir o que ela tinha para me dizer. É para mim de extrema importância que o utente procure no enfermeiro um bom ouvinte e, para que isso aconteça, temos realmente que demonstrar interesse e preocupação genuínos...esta semana foi muito enriquecedora para mim uma vez que aprendi bastante sobre feridas, conheci novos materiais a utilizar no tratamento de feridas e desenvolvi a técnica da execução de pensos.» Acrescenta ainda: «Para além da acção do enfermeiro dirigida para a ferida, é fulcral que o utente colabore no sentido de favorecer a cicatrização, ou seja, o utente deve ser respeitado e responsabilizado,

|  |                                      |                      |  |
|--|--------------------------------------|----------------------|--|
|  |                                      |                      | <p>quando é possível, para que o estilo de vida que adopta seja o mais favorável.» A estudante, salienta ainda que é importante conseguir demonstrar segurança ao utente que se cuida, só assim ele depositará toda a confiança na enfermeira. (OP - Informal)</p> <p>“A estudante, assim como outras estudantes destacam a aquisição de competências relacionais, mas também alguns valores a ter em conta na relação terapêutica.” (OP - Informal)</p> <p>“Ainda se nota que nesta fase de aprendizagem as estudantes deparam-se com algumas dificuldades a nível de conhecimentos, mas também as conseguem ultrapassar com mais facilidade que no ano anterior uma vez que se mobilizam e também estão mais despertas para a procura do saber.” (OP - Informal)</p>   |
|  | <p>Resposta emocional estudantes</p> | <p>Não respondem</p> | <p>“...(um menino de 9 anos de idade, obeso e que não conseguia controlar os esfíncteres. O menino vinha acompanhado da avó que referia que este não queria ir para a escola e que era complicado ele ainda não conseguir controlar os esfíncteres. A estudante referiu que ficou perplexa perante a situação, não sabendo o que dizer aquela avó, o que levou a que se limitasse a avaliar os parâmetros habituais e a encaminhasse para a consulta médica). Na verdade não sei a razão da incontinência do João, mas também houveram aspectos que eu não apurei porque fiquei tão atrapalhada quando a avó do João falava para mim... senti-me insegura e ao mesmo tempo impotente, por isso a minha atitude momentânea foi manter-me calada pois não sabia o que responder. Para mim a situação do João era estranha, eu não consegui saber o porquê da sua incontinência, mas também não fui capaz de conversar com a sua avó para perceber com quem é que ele vivia, porque é que</p> |

|  |  |                         |  |
|--|--|-------------------------|--|
|  |  |                         | <p>tinha ido com a avó e não com um dos pais à consulta, como se relacionava com os outros... uma série de informações que poderiam ser importantes neste caso.” (OP - Informal)</p> <p>“No momento, fiquei tão admirada com a situação que não fui capaz de perguntar se tinha esvaziado o <i>cuff</i> da algália para a retirar, apenas me preocupei em dizer que não devia ter feito aquilo, que devia ter telefonado para o centro para uma enfermeira resolver. Fiquei com dúvidas se ela vai ligar àquilo que eu disse ou se vai continuar a fazer o que entende. Acho que os familiares deviam ser avisados desta situação.” (OP - Informal)</p>  |
|  |  | Medo                    | <p>“Quando faço algo pela primeira vez é muito complicado, fico muito stressada e até me esqueço de conversar com a pessoa e claro... lá vai a relação de ajuda.” (OP - Informal)</p>  |
|  |  | Usam processos reflexão | <p>“Depois vim para casa pensar e achei que não tinha actuado bem, tinha ficado calada por ignorância e não tinha conseguido colher informações... por isso não fiquei muito contente comigo.” (OP - Informal)</p> <p>“Com este testemunho Sara demonstrou que consegue fazer uma análise <i>a posteriori</i> reflectindo sobre-a-acção como forma de controlar as situações complexas, situações atribuladas e, por vezes, controversas.” (OP)</p> <p>“Também se depreende que a estudante reflecte sobre-a-acção executada e reflecte sobre a reflexão-na-acção, ou seja, posteriormente relembra os acontecimentos reconstruindo-os e tenta reflectir sobre uma perspectiva que promova o seu crescimento e aperfeiçoamento profissional.” (OP)</p> |

|                                   |                       |   |  |
|-----------------------------------|-----------------------|---|--|
|                                   |                       |   | <p>“Tal facto demonstra que as estudantes reflectem menos na acção e mais sobre a acção. Por vezes, perante situações mais complexas nas quais consideram não ter tido a actuação mais correcta são capazes de fazer uma reflexão “sobre a reflexão na acção.” (OP)</p> <p>“A reflexão sobre-a-acção é também referenciada por esta estudante como um dos aspectos diários: “...à noite quando vou para a cama, habitualmente, relembro várias vezes, os passos por mim executados durante o dia e, sinceramente, sob o meu ponto de vista, isso é benéfico para a minha aprendizagem na medida em que interiorizo melhor os conhecimentos adquiridos.” (OP - Informal)</p>  |
| Influência dos modelos da prática | Influências positivas | Relação com o utente                      | “Existem enfermeiras que são muito boas nas relações humanas.” (OP - Informal)   |
|                                   |                       | Relação com o estudante                   | -----  |
|                                   |                       | Concepção, prestação e gestão de cuidados | <p>“Como aspecto positivo, tenho a referir, que uma enfermeira do centro, dos poucos utentes que ela alertou para as reacções pós vacinais, aconselhou a aplicação de um pano com água fria, tal como nós fazemos desde o primeiro ensino clínico em vez da obsoleta massagem com uma pedra de gelo, facto que constantemente vi aconselhar durante este ensino clínico.” (OP - Informal)</p> <p>“Das vezes que estive na sala de tratamentos verifiquei que existe a preocupação de perguntar aos utentes se têm o seu boletim individual de saúde actualizado para verificar se estes tomaram a vacina Td (vacina contra o tétano e a difteria) ou há quanto tempo a tomaram. Quando os utentes não tinham o Boletim Individual de saúde actualizado, eram alertados para a importância de tomar a essa vacina e</p> |

|  |                       |   |   |
|--|-----------------------|---|---|
|  |                       |   | <p>encaminhados para o gabinete de Vacinação. Para mim, acções como estas são muito importantes porque permitem prevenir esta doença infecciosa e as complicações que dela podem advir. Este foi um aspecto que considerei muito positivo.” (OP - Informal)</p> <p>“As enfermeiras sempre estiveram disponíveis para nos ajudar no que fosse necessário.” (OP - Informal)</p> <p>“Como já têm confiança no nosso trabalho deixam-nos executar as consultas de enfermagem, claro sempre sob a sua supervisão.” (OP - Informal)</p> <p>“Ajudam-nos quando temos alguma dúvida por exemplo na execução de um penso mais complicado.” (OP - Informal)</p> <p>“Sempre que temos alguma dúvida estamos à-vontade para perguntar que elas esclarecem, claro que não podem ser disparates.” (OP - Informal)</p> |
|  | Influências negativas | Atitude dos enfermeiros                   | -----   |
|  |                       | Concepção, prestação e gestão de cuidados | <p>“...aponto, no entanto, um procedimento que considero pouco correcto: cortar os apósitos com uma tesoura não esterilizada, ficando o apósito não utilizado num invólucro aberto para posterior utilização num outro doente” e “...no que respeita ao tratamento não me parece correcto a protecção com Méfix® num coto amputado. Deveria ser colocada uma ligadura para dar forma cónica e também para favorecer a circulação. Deste testemunho, pude aperceber-me que nesta altura as estudantes já possuem conhecimentos cognitivos consolidados que lhes permitem ter uma atitude crítica. Já conseguem articular os conhecimentos e detectar incorrecções nas acções desenvolvidas.” (OP - Informal)</p>   |

“...«A triagem de lixos não é feita de forma correcta no gabinete de vacinação pois a enfermeira coloca os frascos das vacinas no saco branco que deviam ser colocados no contentor amarelo porque são resíduos de risco específico e para que, ao manipular o lixo, estes não se partam e não provoquem acidentes. Quando sou eu que preparo as vacinas, tenho o cuidado de efectuar a separação correctamente». A estudante, assim como outras colegas, está atenta aos procedimentos das profissionais, optando por reproduzir alguns e distanciar-se de outros.” (OP - Informal)

“...quanto aos registos, estes apenas são efectuados no final do dia, o que quanto a mim está errado, pois pode levar ao esquecimento do registo de alguns pormenores, o que não aconteceria se fossem realizados logo após o tratamento, ou seja, enquanto nos deslocamos de carro para o próximo domicílio, até porque os registos são muito objectivos, fáceis e rápidos de realizar.” (OP - Informal)

“O aspecto negativo prende-se com a triagem dos lixos, eu coloquei as agulhas, e os frascos hermeticamente fechados no contentor dos cortantes e perfurantes, seringas e o algodão no saco branco (resíduos de risco Biológico), e os invólucros das vacinas e das seringas no saco preto. A enfermeira disse-me que não necessitava de colocar os frascos hermeticamente fechados das vacinas no contentor dos cortantes e perfurantes. Perguntei se não estava mais correcto como eu estava a fazer, uma vez que não deixa de ser um objecto cortante, até devido ao metal existente na parte superior do frasco que se torna perigoso. A Enfermeira disse que eu até estava certa, mas que se tratava de contenção de custos, uma vez que o Centro de Saúde paga ao quilo a destruição deste tipo de lixo. Na minha opinião, podem até estar, agora, a



|                      |                         |       |  |
|----------------------|-------------------------|-------|--|
|                      |                         |       | <p>poupar algum dinheiro com esta medida, mas no futuro, todos iremos pagar a factura destes actos.” (OP - Informal)</p> <p>“A triagem dos lixos nesta é feita de forma que nem os próprios enfermeiros são capazes de a explicar correctamente, havendo até discordâncias. Existe um saco colado na parede da sala da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil que funciona como saco branco, pois parece que noutra local as crianças facilmente manipulavam esse lixo. O facto de se tratar de um saco pequeno é vantajoso porque evita que seja mantido na sala de um dia para o outro. No entanto, não é trocado o número de vezes necessário. Existe um contentor amarelo para cortantes, perfurantes e frascos hermeticamente fechados onde são colocadas, erradamente, as fitas de Combur®. Existe ainda um saco para lixo doméstico onde uma enfermeira disse que devia ser colocado o algodão utilizado após as pesquisas de glicemia. Isto constitui um certo número de atitudes das quais eu não concordo, mas quando referi isso à enfermeira ela reagiu fugindo ao assunto e senti que não gostou que o tivesse feito.” (OP - Informal)</p> <p>“Num dia também verifiquei que quando o enfermeiro preparava um injectável não utilizava agulha, o que, na minha opinião, não está correcto devido ao risco de conspurcação da parte da seringa que é introduzida na ampola do injectável.” (OP - Informal)</p> |
| Dinâmicas de tutoria | Expectativas estudantes | Apoio | <p>“Eu já conhecia a professora e sabia que nos iria dar todo o apoio que necessitássemos.” (OP - Informal)</p> <p>“Esperava ser bem orientada até porque se trata de uma docente da escola e que acima de tudo me sentisse apoiada.” (OP - Informal)</p>  |

|                  |                    |  |   |
|------------------|--------------------|--|---|
|                  |                    |  | “Como vamos ser acompanhadas por uma professora da escola esperava que acima de tudo ela nos compreendesse face ao nosso <i>timing</i> de aprendizagem, compreendesse as nossas dúvidas e nos apoiasse.” (OP - Informal)  |
| Quem Apoiou      | Tutor              |  | -----   |
|                  | Colegas            |  | “O grupo manteve-se sempre bastante unido o que fez com que as actividades em grupo corressem bem porque nos apoiamos umas às outras. Sempre que uma estava mais triste ou mais cansada lá vinha outra para a animar. Funcionamos muito bem como grupo neste ensino clínico.” (OP - Informal)             |
|                  | Enfermeiros        |  | “Referiu também que a enfermeira da consulta lhe deu todo o apoio necessário e também espaço para actuar.” (OP - Informal)  |
|                  | Outros             |  | “ Sem dúvida a professora apoiou-nos muito.” (OP - Informal)<br>“A professora foi o nosso grande suporte.” (OP - Informal)<br>“Tive de estudar muito neste ensino clínico porque sei que a professora é muito exigente e com frequência habituei-me a frequentar a biblioteca da escola.” (OP - Informal) |
| Escolha do tutor | Instituição escola |  | “...a professora que acompanha este grupo em termos de orientação é uma assistente da escola escolhida pela mesma para efectuar o acompanhamento da prática” (OP - Informal)  |
|                  | Instituição saúde  |  | -----   |

|  |                   |                            |  |
|--|-------------------|----------------------------|--|
|  | Relação supervisa | Atitude do tutor           | -----  |
|  |                   | Supervisão individualizada | -----  |
|  |                   | Feedback contínuo          | -----  |
|  |                   | Satisfação do estudante    | -----  |
|  |                   | Equidade na relação        | -----  |
|  |                   | Reciprocidade na relação   | -----  |
|  |                   | Respeito na relação        | -----  |
|  |                   | Sentido de verdade         | -----  |
|  | Preparação tutor  | Preparação específica      | <p>“Este é um ensino clínico de saúde comunitária e a colega que orienta os estudantes tem a especialidade nessa área e tem acompanhado em termos de tutoria vários grupos de estudantes nesse campo e também neste Centro de Saúde específico.” (OP - Informal)</p> <p>“...a professora é uma docente da escola.” (OP - Informal)</p> |
|  |                   | Sem preparação             | -----  |
|  | Modelo tutoria    | <i>Mentorship</i>          | -----  |
|  | Papel tutor       | Prestar atenção            | -----  |
|  |                   | Clarificar                 | -----  |

|                         |                     |  |  |
|-------------------------|---------------------|--|--|
|                         |                     | Servir de espelho                            | -----  |
|                         |                     | Dar opinião                                  | -----  |
|                         |                     | Ajuda a encontrar soluções para os problemas | -----  |
|                         |                     | Negociar                                     | -----  |
|                         |                     | Orientar                                     | -----  |
|                         |                     | Estabelecer critérios                        | -----  |
|                         |                     | Condicionar                                  | -----  |
| Desafios de ordem ética | Situações complexas | Atitude face ao cuidado no domicílio         | <p>“...foi uma visita a casa de um senhor ainda jovem que estava acamado, facto que lhe despertou logo interesse por não ser muito habitual ter um utente jovem numa cama. Segundo o que pode apurar com ele estava uma senhora que não era familiar, era alguém destinado para tratar dele e quando lá chegaram, ela e a enfermeira, depararam-se com essa senhora que lhes comunicou que já lhe tinha mudado a algália. Segundo a senhora a algália tinha obstruído e ela pegou numa algália que lá estava e mudou-a. Para a estudante isso era muito estranho porque se tinha apercebido que a senhora tinha efectuado a troca da algália sem usar luvas esterilizadas e que, por isso, estava a por em risco a vida do senhor.” (OP - Informal)</p> <p>“Os domicílios e visitas domiciliárias porque nos permitiram contactar com o utente inserido no seu contexto familiar, facilitando a intervenção do enfermeiro na compreensão das relações interpessoais e na detecção de necessidades que no</p> |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
|  |  |                              | contexto do centro de saúde não é possível. Foi, também, aqui que nos deparamos com quadros de miséria que julgávamos só existir em países pobres.” (OP - Informal)  |
|  |  | Vontade de viver             | -----  |
|  |  | Confidencialidade            | -----  |
|  |  | Privacidade                  | “...louvo a enfermeira com quem estive hoje, chegou-nos uma adolescente com 15 anos de idade e, como não sabíamos se a mãe comunicava com a filha em relação à vivência sexual, a enfermeira pediu à mãe para sair um pouco do consultório para falar abertamente com a jovem sobre a concepção, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e esclarecer dúvidas que ela tinha. Depois apercebemo-nos que a mãe desta menina não tinha abertura para falar com ela estes assuntos. É muito importante não se deixar de falar com os adolescentes destes temas, porque não sabemos a reacção dos pais. Devemos educar sobre todos os cuidados que a adolescente deve ter para prevenir uma gravidez não desejada, prevenir o aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis, enfim ensinar sobre as vivências sexuais. Não sei se estando presente, a mãe iria concordar com o que fizemos, mas penso que a adolescente tem direito à sua privacidade.” (OP - Informal) |
|  |  | Direitos humanos             | -----  |
|  |  | Interrupção da gravidez      | -----  |
|  |  | Informação/<br>Consentimento | -----  |
|  |  | Gestão do regime             | “Ainda existem muitos casos de pessoas essencialmente idosas que não conseguem   |

|  |  |                                    |  |
|--|--|------------------------------------|--|
|  |  | terapêutico                        | tomar a terapêutica de forma correcta. Uma devido a problemas visuais, outras devido a alterações cognitivas; mas o que é certo é que a administração da terapêutica no domicílio é hoje um grave problema dos cuidados de saúde primários principalmente relacionados com os idosos.” (OP - Informal)   |
|  |  | Gestão de sinais e sintomas        | “Por vezes as pessoas não são muito claras nos sintomas de doença que apresentam, e para mim, nesses casos, torna-se complicado efectuar o correcto planeamento de cuidados.” (OP - Informal)  |
|  |  | Capacidade para o autocuidado      | “Sempre tive dificuldades na determinação do grau de dependências para o autocuidado. Na verdade, é algo que me causa sempre muitas dúvidas, saber com exactidão até que ponto a pessoa é ou não capaz de se autocuidar.” (OP - Informal)  |
|  |  | Não adesão ao regime medicamentoso | “...também existem pessoas que, não sei bem porquê, não concordam com os medicamentos que o médico prescreve e, por isso, não os tomam. Na consulta, dizem ao médico que o medicamento não lhe faz nada, quando na verdade em conversa nos apercebemos que nem sequer os tomou.” (OP - Informal)   |
|  |  | Confusão e coma                    | -----  |
|  |  | Angústia de separação              | “Foi uma senhora que se dirigiu ao Centro de Saúde para consulta de equipa programada. Chegada a senhora, apercebi-me de imediato que estava muito ansiosa. Senti uma agitação e entre a conversa começou a dizer que estava sozinha... que qualquer dia ia morrer mas que ainda tinha muito para viver. Confesso que não sabia bem o que dizer... o silêncio instalou-se.... As lágrimas escorriam sobre a sua face enrugada... Dei-lhe a minha mão... Mas não podia permitir que aquelas lágrimas continuassem a escorrer e que aquele silêncio compactuasse com |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  |   | <p>a fatalidade da morte que temia. Então, comecei a fazer algumas perguntas e procurei explicar que a morte é um acontecimento imprevisível e o importante seria aproveitar todos os dias. À medida que conversávamos um sorriso esboçava-se, até que no final agradeceu a minha disponibilidade. Já em casa e pensando sobre o tema da morte conclui que o medo da morte é um sentimento que a maioria das pessoas não pode suportar. Consciente ou inconscientemente, tentam afastar a ideia da morte. A verdade é que a consciencialização de nossa mortalidade pode enriquecer o nosso amor pela vida. Dentro da vida há morte. As transformações sucessivas no nosso corpo e na nossa mente nos remetem ao contacto constante com a vida e com a morte. De facto que desde do nascimento, passando pela adultez e até à velhice, passamos por inúmeras mudanças. No meio de tantas mudanças, muitas vezes o sentido da vida empalidece por sonhos desfeitos, ilusões perdidas, expectativas frustradas. Os momentos de depressão geram um isolamento e a visão de um novo projecto de vida torna-se impossível. No entanto, as crises são oportunidades para reflexão. Uma fase morre para começar outra. É fundamental que cada um compreenda que a morte corresponde a uma etapa do ciclo de vida, não podendo ser evitada apenas adiada. Portanto, a vivência de cada dia deve ser feito garantindo a dignidade e maximizando as alegrias.” (OP - Informal)</p> |
|  |  | <p>Não-aceitação do estado de saúde</p> | <p>-----</p>   |
|  |  | <p>Dor oncológica</p>                   | <p>-----</p>   |
|  |  | <p>Morte e morrer</p>                   | <p>-----</p>   |

|  |                         |                             |  |
|--|-------------------------|-----------------------------|--|
|  | Atitudes dos estudantes | Não tomaram nenhuma atitude | -----  |
|  |                         | Atitude incorrecta          | -----  |
|  |                         | Atitude correcta            | “Do relato destas situações pude aperceber-me que a estudante está atenta às atitudes dos utentes e dos profissionais. Referiu estas situações como sendo «mais complexas», reflectiu sobre elas, tomou atitudes que segundo os seus princípios lhe pareceram as mais adequadas, mas ficou com dúvidas “penso que actuei de forma acertada”. (OP - Informal)   |
|  | Valores envolvidos      | Terminais                   | “Isso chocou-nos, fazendo-nos reflectir e sentir mesquinhas por valorizarmos coisas supérfluas na vida, quando existem pessoas com problemas que lhes diminuem de forma acentuada a qualidade de vida e bem-estar.” (OP - Informal) – <b>Harmonia interior</b>   |
|  |                         | Instrumentais               | “...«Devemos respeitar sempre a opinião dos doentes, eles têm um papel activo no seu tratamento, no entanto, é importante ter atenção e não sermos influenciados pelo doente para lhe satisfazer um pedido sem sentido. Devemos sempre fazer uma avaliação objectiva e ponderada das diferentes possibilidades pelas quais se pode optar. É também importante explorar os motivos porque pedem as coisas». Com isto, Sílvia defende que se devem respeitar determinados princípios, de que é exemplo a autonomia do utente, mas isso não quer dizer que se tenha de fazer tudo o que ele nos pede. Face a um pedido o enfermeiro tem de analisar os motivos que levaram o utente a formular o pedido e as várias possibilidades existentes, ou seja, defende que existem princípios que devem ser respeitados mas sempre dentro de certos limites. |
|  |                         |                             |  |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>Sílvia defende que o utente tem direito a uma autonomia que é limitada por regras de conduta e o enfermeiro tem o dever de respeitar esse direito mas também de fazer uma análise de cada caso. Salienta ainda que as competências relacionais podem ser uma boa ajuda na resolução destes conflitos quando afirma: “É neste contexto que o enfermeiro deve socorrer-se a um instrumento terapêutico fundamental – relação de ajuda – como forma de minimizar danos, oferecendo meios e argumentos para que possa prosseguir o seu caminho, dessa forma o enfermeiro associa o rigor técnico à humanização de cuidados.” (OP - Informal) - <b>Responsabilidade</b></p> <p>“Deste dia pude apurar que nas suas actuações as estudantes identificam problemas éticos relacionados com as boas práticas, procuram actuar de forma a obterem o que para elas é uma conduta correcta e sempre tendo como finalidade o benefício do utente. Preocupam-se com o bem-estar de cada um, nas suas reflexões fazem referências de que um aspecto importante é ter um conhecimento correcto acerca da situação real e, que isso, é bem conseguido através da visitação domiciliária. Referem que cada caso deve ser analisado de forma a beneficiar-se sempre o doente e a respeitar a sua autonomia e dignidade, por isso os casos deverão ser analisados num contexto independente.” (OP - Informal) – <b>Responsabilidade</b></p> <p>“Da análise dos casos depreende-se que a estudante privilegia a privacidade e a dignidade da pessoa cuidada como valores a defender, notando-se interiorização de princípios éticos inerentes à profissão.” (OP - Informal) – <b>Responsabilidade</b></p> |
|--|--|--|--|

**UNIDADES DE REGISTO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (4º ANO)**

| DIMENSÃO                         | DOMÍNIO               | CATEGORIAS                      | UNIDADES DE REGISTO  |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Contexto da prática profissional | Natureza socioclínica | Cuidados Saúde Primários        | -----  |
|                                  |                       | Cuidados de Saúde Diferenciados | <p>“Este é um serviço de medicina homens que, para além de tudo, tem camas no corredor. Foi-me explicado que não era costume existir doentes no corredor, mas com o facto de ter fechado o serviço de urgência, este hospital passou a ser, também, a unidade de referência para os utentes dessa área, traduzindo-se numa sobrecarga, não habitual até há cerca de um mês atrás e isso repercutiu-se no nosso processo de integração.” (OP - Informal)</p> <p>“Para além dos utentes no corredor nada de muito especial. Tal como os outros serviços de medicina aparecem muitos utentes idosos. Existem também muitas patologias cardíacas e pulmonares e, claro este serviço é um serviço de homens.” (OP - Informal)</p> <p>“Este serviço situa-se no piso nove do hospital e apresenta: 6 enfermarias com 4 camas cada; 2 quartos de isolamento devidamente equipados; sala de material limpo; sala de material sujo e contaminado; casa de banho para banho assistido; sala de pensos; gabinete da enfermeira chefe; para registos de enfermagem; para preparação de medicação; sala dos médicos/ para se proceder à passagem de turno e armazém para materiais diversos. Quanto aos recursos Materiais, os materiais de</p> |

uso corrente são pedidos de acordo com as necessidades do serviço e tendo em atenção o funcionamento dos vários armazéns (dias de reposição de materiais). A farmácia tem um papel diário na medida em que este serviço funciona com método individual no que diz respeito à medicação. Quando se verifica alguma falha de medicação, é só necessário ligar para a farmácia que a resposta é rápida e eficaz. A equipa de Enfermagem é constituída por 18 elementos. É uma equipa bastante jovem, com vários elementos recém-licenciados.” (OP - Informal)

“De ente a conversa ela salientou a falta de condições e o esgotamento que os elementos do serviço estavam a sentir devido à taxa de ocupação do serviço.” (OP - Informal)

“Esta última semana foi extremamente trabalhosa. Devido à abertura do novo serviço de medicina interna, o serviço sofreu algumas alterações desde a integração de novos elementos na equipa como também devido ao funcionamento turbulento deste novo serviço. O novo serviço é um serviço de medicina interna misto temporário por três meses, de modo a colmatar as necessidades existentes da superlotação dos serviços.” (OP - Informal)

“Trata-se de um serviço de cirurgia geral homens.” (OP - Informal)

“O estágio de integração à vida profissional de Cirurgia constituiu o terceiro e último estágio do ano lectivo. O serviço em que este decorreu, Cirurgia Homens, era novo para mim, pois nunca tinha estagiado neste hospital. Desta forma, iniciei o estágio com algumas ideias preconcebidas e com algumas expectativas. Confesso que quando conheci o serviço fiquei um pouco desiludida porque as instalações físicas do mesmo não são as melhores. Existem enfermarias muito grandes e falta de espaço

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>entre as camas, assim como equipamento para proporcionar a devida privacidade aos doentes. Na minha opinião este era um serviço com boa referência, quer pela dinâmica da própria instituição, quer pelos recursos humanos.” (OP - Informal)</p> <p>“Acho que sim, porque também desmotiva um pouco, o serviço tem poucas casas de banho para os utentes e acima de tudo, está um pouco velho. Eu sei que a qualidade de cuidados não tem só a ver com as instalações físicas, mas é mais motivante trabalhar num serviço com melhores condições. A nível material não existe nenhum tipo de falhas, existe todo o tipo de material que necessitamos para prestar bons cuidados aos utentes, mas é também um serviço muito grande, com 40 camas e existem enfermarias de 6 e de 8 camas, apenas tem um quarto com duas camas que é preferencialmente ocupado por utentes que necessitam de estar mais isolados.” (OP - Informal)</p> <p>“Este serviço recebe doentes do género masculino de todas as faixas etárias e em diversas patologias, sendo estas maioritariamente do foro digestivo.” (OP - Informal)</p> |
|  | <p>Características da prática profissional</p> | <p>Características da prática profissional</p> | <p>“Por vezes, é muito confuso trabalhar com os doentes no meio de um corredor pois não se consegue dar a privacidade que estes utentes têm direito e precisam. Um dos factores que piora a situação é o alargamento do horário das visitas dos familiares porque quando temos de efectuar uma técnica mais invasiva, como por exemplo algaliar um utente, temos de isolar com um biombo mas não é suficiente, então a única solução é pedir para os familiares dos outros utentes saírem um pouco e esperar, que nenhum dos que estão nas enfermarias, saíssem. Às vezes é caricato porque na quinta-feira tivemos um turno muito complicado e tivemos de pedir para os familiares dos outros utentes saírem cerca de quatro vezes, eles pouco tempo</p>   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>passaram com os seus familiares a grande parte do tempo foi passado na entrada do serviço à espera de voltarem a ter autorização para entrar. É muito complicado trabalhar assim e mete-me muita confusão, acho que não deveriam existir doentes no corredor. Outro aspecto é que temos de estar sempre a improvisar coisas porque o corredor do serviço não está equipado com fontes de oxigénio, por exemplo” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

“No turno da manhã o método de trabalho é o individual, em que cada enfermeiro cumpre as acções planeadas segundo a CIPE<sup>®</sup> (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), isto é, de acordo com os fenómenos de enfermagem identificados para cada utente, a acção do enfermeiro será em função dos fenómenos identificados. Na tarde e na noite, o que se verifica é que a equipa colabora entre si na prestação de cuidados. Neste serviço a CIPE<sup>®</sup> já está implementada há algum tempo e, sem dúvida, o trabalho é mais organizado e mais assertivo. Apesar da minha limitada experiência com os registos informatizados CIPE<sup>®</sup>/SAPE<sup>®</sup>, fui relembando e interiorizando esta metodologia de trabalho”. (OP - Informal)

“Aqui, a actividade de enfermagem é dirigida aos doentes e seus familiares, a partir de tomadas de decisão baseadas na observação cuidadosa, na comunicação activa e em conhecimentos técnico-científicos, para além da reflexão crítica da prática diária de cada caso. Os enfermeiros privilegiam o envolvimento do doente e sua família na elaboração e execução do respectivo plano de cuidados, durante o internamento preparando a continuação dos mesmos no domicílio, o que quer dizer, que uma das suas grandes preocupações é a preparação para a alta. A alta é preparada desde a

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>admissão do doente e todos os profissionais de enfermagem estão em constante alerta para os problemas dos utentes tentando solucioná-los.” (OP - Informal)</p> <p>“A equipa de enfermagem trabalha segundo a CIPE<sup>®</sup>, onde cumpre as acções planeadas segundo os fenómenos identificados para cada doente. A única vez que tinha trabalhado com a CIPE<sup>®</sup> informatizada foi no ensino clínico de obstetrícia do 3.º ano, onde os fenómenos identificados nada se comparam com os de uma Medicina, por esta razão, o manuseio deste formato foi novo para mim, mas julgo ter-me adaptado da melhor forma.” (OP - Informal)</p> <p>“Estas duas últimas semanas foram extremamente atribuladas. Com a abertura de um novo serviço de medicina a equipa teve que se dividir para suprimir falhas de pessoal. O novo serviço foi aberto por um prazo de 3 meses, para tentar diminuir o número utentes existentes nos serviços de medicina, nomeadamente nos corredores dos serviços. A equipa do novo serviço é composta por elementos dos três serviços de medicina que irão para lá destacados. Eu não precisei de ir trabalhar para a nova unidade, porém, muitos dos enfermeiros foram e isso causa sempre alguma instabilidade, pois a equipa que se formou no novo serviço de medicina (4), é constituída por enfermeiros de 3 medicinas diferentes, com métodos de trabalho diferentes, o que dificulta a uniformização dos cuidados. Com esta distribuição também houve a diminuição de profissionais de enfermagem no serviço e, por isso, foram admitidos novos profissionais, o que levou ao funcionamento mais turbulento do serviço.” (OP - Informal)</p> <p>“Outra das questões a que não estava habituada em nenhum outro serviço onde já tinha tido oportunidade de realizar ensino clínico era a inexistência de documentação</p> |
|--|--|--|---|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>que suportasse o processo de enfermagem, assim no serviço não existe padrão de documentação onde poderia ser realizada a avaliação inicial de cada doente, a identificação de diagnósticos de enfermagem, implementação de intervenções de enfermagem e respectiva avaliação. Pelo que, também, não existe uma linguagem uniforme a todos os elementos da equipa de enfermagem, dificultando uma prestação de cuidados com mais qualidade. No entanto, desde esta primeira semana que procurei realizar os registos de enfermagem com a maior clareza e objectividade possível.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|---|

“No que se refere ao trabalho por turnos, posso afirmar que gostei desta experiência, pois para além de me permitir conhecer a dinâmica dos diferentes turnos, ainda me aproximou um pouco mais da vida profissional e assim pude, aos poucos, habituar-me a este tipo de horário tão específico. Com o início do *rouleman*, apercebi-me que existem diferentes métodos de trabalho na equipa de enfermagem. Assim, no turno da manhã o método de trabalho instituído no serviço é o individual, o qual permite o planeamento e a prestação de cuidados de enfermagem de um modo mais adequado, ou seja, mais individualizado. Este método possibilita uma maior percepção do estado de saúde e das necessidades do doente e facilita, ainda, o estabelecimento de relações interpessoais com o doente e com a família. No entanto, nos turnos da tarde e da noite, o método de trabalho é o de tarefa, que a meu ver não é tão adequado uma vez que se perde um pouco a noção do doente como um ser individual.” (OP - Informal)

“Aos poucos, comecei a entrar na rotina do serviço e a planear e prestar cuidados individualizados aos utentes que me eram atribuídos. Posso dizer que efectivamente

|  |                               |                              |   |
|--|-------------------------------|------------------------------|---|
|  |                               |                              | <p>senti muita dificuldade com algumas rotinas do serviço, como sempre fiz os estágios de cirurgia no Hospital X e lá, a visita médica era efectuada cerca das 10.00h da manhã e sempre seguindo a ordem numérica das camas por enfermaria conseguia orientar-me melhor. Aqui um dos aspectos negativos que aponto é que os médicos do serviço estão divididos pelas diferentes enfermarias e não se verifica uma visita organizada, cada um deles faz a visita médica no horário que melhor lhe convém o que me levou a ter alguma dificuldade em identificar quando é que isso iria acontecer.” (OP - Informal)</p> <p>“A variedade de doentes existente neste serviço permite que haja uma grande variedade de actividades a desenvolver com cada, o que permite obter uma maior aprendizagem enquanto aluna. Este serviço está a iniciar com os registos informatizados da CIPE® segundo a SAPE® e apenas uma das enfermarias tem os utentes informatizados.” (OP - Informal)</p> <p>“Também tive o conhecimento das rotinas dos outros turnos: preparação da terapêutica prescrita; avaliação de parâmetros vitais; supervisão ou administração do lanche; supervisão dos hábitos de eliminação vesical/intestinal; realização de cuidados de higiene quando necessário; supervisão ou administração do jantar e execução dos respectivos registos no processo do doente.” (OP - Informal)</p> |
|  | <p>Processo de integração</p> | <p>Dificuldades sentidas</p> | <p>“Considero que vieram estagiar numa altura má porque temos doentes no corredor e, por vezes, até para nós é difícil gerir os cuidados que temos de prestar. Também devido ao número elevado de doentes ela pode ficar em desvantagem porque sinto que nem sempre tenho o tempo necessário para lhe poder explicar as coisas que ela necessita, porque existem alguns aspectos burocráticos que têm de ser explicados</p>   |



para que tudo funcione bem. Ela nunca se queixou mas sinto que com menos doentes lhe poderia proporcionar outro tipo de apoio assim, por vezes, ela tem de se desenrascar um pouco sozinha.” (OP - Informal)

“Na verdade tem sido mais difícil do que aquilo que contava. Nos outros anos já tinha feito estágios em serviços de medicina, por isso já tinha uma ideia do trabalho a efectuar. Claro que não contava com um serviço com doentes no corredor, isso tornou a situação um pouco mais difícil.” (OP - Informal)

“Nos três primeiros dias eu estive sempre com enfermeiras do serviço e acompanhei-as no desenvolvimento das suas actividades, não vou mentir, senti-me perdida, porque com a sobrecarga de utentes todas as actividades têm de ser realizadas em tempo e nem sempre temos espaço para perguntar algo que não percebemos muito bem, mas a partir daí já fiquei com a minha tutora e a integração tornou-se mais fácil.” (OP - Informal)

“A integração em si não foi complicada, penso que se perde um pouco pelo facto de já de seguida termos uma paragem de quinze dias para férias de Natal, isso leva-nos a ter uma quebra nas nossas actividades, mas estou confiante que não irá interferir no desenvolvimento do estágio.” (OP - Informal)

“Um aspecto que dificultou a integração foi o facto de neste serviço existirem doentes no corredor, a maioria necessita de oxigénio e é necessário improvisar um pouco, mas também acerca desse aspecto a enfermeira que me integrou me alertou para este facto.” (OP - Informal)

“O facto de ter efectuado uma paragem para férias também cortou um pouco o ritmo a que já estava habituada.” (OP - Informal)

“Apesar da atitude calma da estudante, senti que ela se encontrava sob stress e, apesar dele nunca o ter referido, penso que esse stress se deve à relação com a tutora, pessoa exigente mas um pouco fria no tracto e áspera na crítica.” (OP)

“Houve uma semana em que senti também que o serviço, sobretudo nos turnos da manhã se tornava um pouco confuso devido à presença de vários alunos em simultâneo, chegando a estar em determinados dias 10 alunos no serviço durante o turno da manhã. Este facto, a somar ao de que nesta altura o número de doentes internados no serviço é reduzido, levou a que nesta fase inicial ficasse responsável pelos cuidados de um pequeno número de doentes, apenas cerca de três a quatro. No entanto este facto foi sendo ultrapassado com alguma coordenação e organização.” (OP - Informal)

“Foi uma semana na qual senti grande ansiedade pois era um local estranho para mim...” (OP - Informal)

“Também o facto de haver poucos utentes internados neste momento neste serviço, implica que o número de doentes atribuídos a cada profissional diminua drasticamente. Assim, eram-me atribuídos apenas dois a três doentes (no máximo) em cada turno. Para mim, este facto é um pouco desmotivante pois esperava ter um maior número de doentes para que pudesse desenvolver o meu ritmo de trabalho para um modo mais rápido e eficiente.” (OP - Informal)

“Toda essa semana foi ainda vivida em conjunto com outros alunos de enfermagem. Éramos nove alunos, o que implicou uma maior coordenação de tarefas pois, a presença de tão numerosas pessoas no serviço gera grande confusão.” (OP - Informal)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>“Aquando do primeiro contacto com a minha tutora, fiquei um pouco assustada pois teve para comigo e com a minha colega, um discurso agressivo. Sem sequer nos conhecer, começou por dizer que os alunos não podem tomar o pequeno-almoço após a passagem de turno, não nos podemos sentar nas cadeiras e que não quer ver ninguém parado. Ora... não considerei correcta essa atitude pois sempre mantive uma postura de aluna da qual me orgulho e a ela nem sequer nos conhecia bem para poder tecer tais juízos. A escola sempre nos inculiu o valor de uma boa postura, «saber ser» e «saber estar», e eu sempre tive o máximo de cuidado em o manter. A partir daquele momento senti que o meu estágio não ia ser fácil, mas aguardei que a enfermeira reconhecesse o meu valor e o da minha colega.” (OP - Informal)</p> <p>“No entanto, nos turnos da tarde e da noite, o método de trabalho é o de tarefa, que a meu ver não é tão adequado uma vez que se perde um pouco a noção do doente como um ser individual. Tive dificuldades em me adaptar a este método, pois perdia informações importantes sobre os doentes que me eram atribuídos enquanto estava a prestar cuidados a outros doentes.” (OP - Informal)</p> <p>“No que diz respeito a este serviço, as suas condições físicas são pouco modernas, o que dificulta a manutenção e planeamento das actividades de enfermagem, entre as quais o controlo da infecção hospitalar. O facto de dificultar não significa que estas condições não sejam cumpridas, de certa forma acaba por exigir mais dos profissionais.” (OP - Informal)</p> <p>“Sei que o seu processo de integração no serviço não foi fácil um pouco por minha culpa pois de início era um pouco ríspida e não reagi da melhor forma.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |                        |   |
|--|--|------------------------|---|
|  |  | Aspectos facilitadores | <p>“Desde o início que a minha tutora primou pela simpatia e espírito de ajuda, tendo sentido de imediato uma empatia com ela, a qual me foi ajudando a ultrapassar as dificuldades que foram surgindo e a esclarecer todas as dúvidas.” (OP - Informal)</p> <p>“Considero que os factos mencionados não constituíram um entrave à minha adaptação, atendendo à minha integração no serviço, considero que esta decorreu da melhor forma possível, em grande parte pela equipa de excelência que o serviço possui, onde todos os elementos me acolheram desde o início como parte integrante da mesma.” (OP - Informal)</p> <p>“Apesar de tudo, penso que a minha integração e adaptação à equipa de trabalho foi bastante boa e que, para isso, contribuiu o facto da equipa de enfermagem ser bastante receptiva.” (OP - Informal)</p> <p>“Apercebi-me que os oito alunos que se encontravam no serviço do segundo ano de uma outra escola, terminaram o seu ensino clínico, pelo que a partir deste momento passamos a estar no serviço apenas duas alunas. Este facto foi bastante positivo uma vez que assim, possibilitou que nos turnos da manhã e tarde pudéssemos ficar responsáveis pela prestação de cuidados de mais doentes. Sendo que, permitiu um maior número de oportunidade de aprendizagem e evolução, bem como o desenvolvimento, em maior escala, de competências como a definição de prioridades e gestão de tempo.” (OP - Informal)</p> <p>“Visto ser um serviço de cirurgia, esperava, tal como nos anos anteriores, uma boa recepção por parte dos profissionais do serviço e um bom desenvolvimento do ensino clínico.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|------------------------|---|

|  |                          |                      |   |
|--|--------------------------|----------------------|---|
|  |                          |                      | <p>“Como em qualquer outra situação da nossa vida, é indispensável conhecer a estrutura dos grupos a que pertencemos e a estrutura física onde iremos desenvolver trabalho. Esse conhecimento permite uma integração mais facilitada dentro desse grupo, o que no meu entender é uma excelente base para a realização de um bom trabalho.” (OP - Informal)</p> <p>“A equipa de enfermagem é muito jovem, dinâmica e fui muito bem recebida aqui.” (OP - Informal)</p>   |
|  | Processo de socialização | Contexto de cuidados | <p>“...e também da dificuldade da estudante em gerir o tempo. [...] Achei que apresentava uma postura discreta transmitindo calma, na verdade não andava tanto na «correria» como as demais enfermeiras do serviço. Sem dúvida, que considerei terem uma carga de trabalho intensa e pensei se as estudantes teriam capacidade para se adaptarem a tal ritmo. Na conversa com os utentes a estudante era cordial e, por momentos, imaginei-a já profissional não me importando como utente ser tratada por ela. Regressei à sala de trabalho mas ainda tive oportunidade de a apreciar no contacto com os utentes que permaneciam no corredor, porque se preocupou em substituir uma nebulização que entretanto tinha terminado.” (OP - Informal)</p> <p>“Durante a administração da medicação nomeadamente nos doentes que se encontravam no corredor, notei que apresentava uma atitude cordial e simpática, todos pareceram gostar dela.” (OP - Informal)</p> <p>“Está a correr bem, é uma boa pequena. Trabalhadeira, quando não sabe pergunta e, acima de tudo, parece muito humilde.” (OP - Informal)</p> <p>“...ela é responsável, competente, discreta, estabelece uma boa relação com os</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>utentes e familiares até porque tem facilidade em comunicar e também tem bons conhecimentos teóricos.” (OP - Informal)</p> <p>“Gosto muito dela é muito responsável e ponderada. Vai ser uma boa enfermeira, não tenho mais nada a acrescentar.” (OP - Informal)</p> <p>“Nunca tivemos alunas da vossa escola, penso que aqui no serviço é a primeira vez mas estou a gostar dela é muito discreta e parece responsável.” (OP - Informal)</p> <p>“A estudante é uma aluna muito responsável, faz tudo muito direitinho e, por isso neste momento confio plenamente nela para efectuar algumas actividades sem a minha supervisão permanente. A estudante aceita bem a crítica, é uma boa aluna.” (OP - Informal)</p> <p>“Por acaso ela porta-se muito bem, sei que posso confiar nela, as colegas dizem que eu tenho sorte [...] Esta é boa pequena, trabalhadora e... consegue aturar-me o que não é fácil (risos). A pequena é jeitosa, tem conhecimentos e quando tem dúvidas questiona.” (OP - Informal)</p> <p>“Assisti ao que restava da sua actividade e notei que a estudante, tal como as restantes estudantes do 4.º ano, apresentava uma atitude muito profissional.” (OP)</p> <p>“A estudante vai ser uma boa profissional. Neste momento confio plenamente nela e, se estivesse doente, não me importava de ser tratada por ela. É uma jovem discreta que acima de tudo apresenta uma postura muito profissional e cordial. Conversa muito com os doentes e todos eles gostam muito dela.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |                    |   |
|--|--|--------------------|---|
|  |  | Grupo profissional | <p>“A última semana de estágio do curso traz sempre alguma nostalgia. Este ensino clínico decorreu da melhor forma, senti que cresci como pessoa e como profissional. Sinto-me mais autónoma, mais madura e sinto que evolui, que as arestas que inicialmente tinha que limar, foram aperfeiçoadas.” (OP - Informal)</p> <p>“Sem dúvida que foi muito importante para o meu processo de formação. Com o decorrer do estágio, fui ganhando cada vez mais autonomia nas minhas acções.” (OP - Informal)</p> <p>“...considero não ter sentido discrepâncias no meu desempenho entre os diferentes turnos.” (OP - Informal)</p> <p>“Uma vez integrada e sentindo-me perfeitamente à-vontade no serviço, fui procurando conseguir uma maior independência na execução de actividades, tomando iniciativa, de forma a aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem e evolução possíveis.” (OP - Informal)</p> <p>“Às vezes, até me esqueço que ela ainda é aluna...também é por pouco tempo. É uma jovem simpática, preocupada, com conhecimentos teóricos suficientes que lhe permitem prestar bons cuidados, estabelece boa relação com profissionais, doentes e familiares. Para mim é uma profissional.” (OP - Informal)</p> <p>“Noto que o meu desempenho é bastante melhor que no início do estágio e que, por isso, estou satisfeita comigo mesma e com o modo com que estou a desenvolver-me enquanto futura profissional.” (OP - Informal)</p> <p>“Fiquei muito satisfeita por ter desenvolvido um estágio do qual me orgulho, mas ao mesmo tempo surpreendida, pois pensei que fosse prejudicada devido ao pequeno</p> |
|--|--|--------------------|---|

|                              |                             |  |   |
|------------------------------|-----------------------------|--|---|
|                              |                             |  | <p>desentendimento com a tutora. [...] sei que irei ser uma boa profissional.” (OP - Informal)</p> <p>“Considero que a minha integração na equipa multidisciplinar foi boa e desenvolvi com esta um trabalho cooperativo.” (OP - Informal)</p> <p>“Penso que o meu empenho e interesse também transmitiram uma boa imagem, o que contribuiu para que os profissionais depositassem confiança no meu trabalho, o que consecutivamente ajudou no meu desempenho.” (OP - Informal)</p> <p>“O estágio de integração à vida profissional é um período de tempo que se reveste de extrema importância na nossa formação académica. Neste sentido, podemos ter a experiência de como se processa a dinâmica de trabalho de um enfermeiro, assim como, poder integrar-me num meio e num grupo de trabalho com vista à boa adequação do leccionado pela escola na prática da enfermagem.” (OP - Informal)</p> <p>“...uma das coisas que me preocupava bastante era o facto de se tratar do meu último estágio e de não conseguir libertar-me da enfermeira. Cheguei mesmo a questionar se seria capaz de fazer algo sozinha.” (OP - Informal)</p> <p>“Senti-me confiante e determinada a fazer com que tutora reconhecesse em mim qualidades, enquanto aluna de enfermagem.” (OP - Informal)</p> |
| Trajectórias da aprendizagem | Expectativas dos estudantes | Sem expectativas                             | -----   |
|                              |                             | Tomar decisões acerca do futuro profissional | -----   |
|                              |                             | Superar medos                                | -----   |



|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>Ter muitas oportunidades para praticar</p> | <p>-----</p>   |
|  |  | <p>Desenvolver competências</p>               | <p>“...queria acima de tudo ganhar experiência a todos os níveis porque sei que este é o último estágio que faço e a partir daqui terei de enfrentar o mundo do trabalho ou desemprego (sorriso) sozinha.” (OP - Informal)</p> <p>“Acho que estes estágios são importantes para a aquisição da nossa autonomia.” (OP - Informal)</p> <p>“Antes de vir para cá as expectativas eram grandes, visto ser o meu último estágio antes de iniciar a vida profissional. Esperava desenvolver muito a autonomia uma vez que este é o último estágio e aperfeiçoar os cuidados que presto.” (OP - Informal)</p> <p>“Quando optei por realizar o estágio neste hospital procurava uma nova realidade e consequentemente novas experiências, uma vez que estava muito habituada a hospitais centrais e pensei que seria uma mais-valia para mim, realizar o Ensino Clínico num hospital de periferia.” (OP - Informal)</p> <p>“...foram vários os objectivos que tracei desde os que contemplam os conhecimentos científicos, aos de aperfeiçoamento de técnicas e registos, passando pelos aspectos relacionais, de controlo de infecção e éticos, entre outros.” (OP - Informal)</p> <p>“A autonomia constitui uma condição fundamental para a emancipação de aluna a profissional, pelo que a conquista desta condição como já referi foi uma das minhas principais metas.” (OP - Informal)</p> <p>“...por isso dispus-me a aprender tudo o que pudesse e a melhorar, o mais possível,</p> |

|  |                             |                                     |   |
|--|-----------------------------|-------------------------------------|---|
|  |                             |                                     | a minha prestação de cuidados.” (OP - Informal)   |
|  | Saberes adquiridos          | Nenhum                              | -----   |
|  |                             | Saberes                             | <p>“Muitos dos cuidados já não são novidade, porque já tive experiências em ensinos clínicos anteriores.” (OP - Informal)</p> <p>“...quando efectuo um cuidado do qual não tenha tido ainda experiência, sinto alguma dificuldade.” (OP - Informal)</p> <p>“Por não estar ainda muito habituada a este tipo de medicamentos, na preparação e administração da medicação senti-me inicialmente insegura até porque muitos dos medicamentos têm protocolos de diluição e tempo de administração propostos pelos serviços farmacêuticos que têm de ser cumpridos.” (OP - Diário)</p> <p>“Neste momento os estudantes conseguem agilizar com facilidade os conhecimentos adquiridos anteriormente. As competências relacionais estão bem sedimentadas e as técnicas mais fortalecidas. Identificam com facilidade as suas dúvidas; procuram relacionar os conhecimentos cognitivos com os aspectos da prática. Sentem apenas dificuldades aquando de uma primeira experiência num cuidado mais técnico e em alguns casos, na articulação com os conhecimentos.” (OP - Informal)</p> |
|  | Experiências significativas | Prática profissional, ética e legal | <p>“...acompanhei-a na sua actividade e notei que esta estabeleceu com a utente uma conversa com facilidade e apercebi-me também que tentou, de forma muito rápida e prática, recolher dados que lhe seriam necessários para dar início ao processo de enfermagem. A estudante parecia uma profissional, discreta nas suas atitudes e intervenções. Embora notasse um certo nervosismo da sua parte, este era camuflado transmitindo uma atitude segura à utente.” (OP)</p>   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>“Vi a estudante a acalmar um utente enquanto lhe avaliava a tensão arterial tocando-o na mão com carinho.” (OP)</p> <p>“Sim, relativamente às experiências assisti a alguns exames médicos, nomeadamente a uma paracentese e uma toracocentese. Apercebi-me que na fase de execução do exame o papel do enfermeiro é de colaboração com o médico, mas após o mesmo, a vigilância é crucial para o bem-estar físico e mesmo psíquico do doente, pois são técnicas invasivas, traumatizantes para estes doentes, às vezes, já tão debilitados.” (OP - Informal)</p> <p>“Vi que a estudante se encontrava atarefada não com nenhuma actividade especial mas na elaboração dos registos referentes aos utentes que tinha a seu cuidado.” (OP)</p> <p>“Durante a conversa de circunstância pude observar a atitude da estudante a que passados minutos se dirigiu à enfermaria para verificar e retirar os frascos de antibiótico que entretanto tinham terminado.” (OP)</p> <p>“Após esta conversa estava na altura da passagem de turno e eu fui convidada para assistir. A estudante revelou-se uma verdadeira profissional transmitindo com pormenor, clareza e objectividade os fenómenos de enfermagem relativos a cada utente a seu cargo. A sua postura e desempenho, em nada ficou atrás à de muitos dos enfermeiros experientes.” (OP)</p> <p>“No contacto com os doentes procurei sempre estabelecer uma relação terapêutica, sendo verdadeira e sincera com estes, tentando compreender os seus sentimentos e forma de estar.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |                                       |   |
|--|--|---------------------------------------|---|
|  |  |                                       | <p>“Também tenho investido em melhorar a relação estabelecida com os doentes e familiares. Apercebi-me que a linguagem não verbal é um aspecto muito importante e que só é perceptível através da observação atenta do doente e das suas queixas, através dela pude aperceber-me de pormenores, que até agora não estava tão atenta e que são importantes para que se possa fazer uma correcta interpretação das queixas do doente.” (OP - Informal)</p>  |
|  |  | <p>Prestação e gestão de cuidados</p> | <p>“...consegui também desenvolver capacidades recorrendo à taxonomia da CIPE®: Integrei-me com facilidade na modalidade de registos informáticos segundo a SAPE®, dos quais sempre reflecti e critiquei positivamente os fenómenos e as acções de enfermagem, visando a alta clínica do doente.” (OP - Informal)</p> <p>“Para mim foi muito bom calhar com este orientador porque ele é um dos que está a iniciar os registos e isso também foi uma oportunidade para mim. A informatização dos registos permitiu-me fazer uma melhor organização e registo das actividades em função dos diagnósticos previamente identificadas para cada doente. Para mim foi uma vantagem a utilização do programa SAPE®, uma vez que já estou familiarizada com a sua dinâmica, podendo desta forma ajudar, por vezes, os enfermeiros deste serviço no caso de alguma dúvida uma vez que para eles é um sistema completamente novo e ainda estão em fase de adaptação.” (OP - Informal)</p> <p>“Aos poucos comecei a efectuar os registos segundo a CIPE® em suporte de papel uma vez que ainda não existe em suporte informático. Comecei a registar nos processos dos doentes o levantamento de dados e identificação das necessidades e respectivos diagnósticos, o planeamento das intervenções, incluindo horários de medicação e alterações médicas prescritas.” (OP - Informal)</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>“Do testemunho da estudante pude aperceber-me que a estudante anseia ter experiências práticas que levem ao aperfeiçoamento das técnicas, mas também já possui um leque de conhecimentos que lhe permite questionar e até discutir formas de tratamento com as enfermeiras.” (OP - Informal)</p> <p>“Ao longo destas semanas de estágio, fui treinando e aperfeiçoando as diferentes técnicas de enfermagem, sobretudo ao nível da punção venosa, aspiração de secreções, em que não possuía experiência, alimentação por sonda nasogástrica e algaliação. Apenas executei uma entubação nasogástrica. Infelizmente não surgiram muitas oportunidades para treinar esta actividade. Relativamente à técnica de execução de pensos, o serviço possui um protocolo de tratamento de feridas, que a equipa de enfermagem cumpre escrupulosamente. É de salientar aqui o cumprimento por parte de todos desta actividade pois são vários os serviços hospitalares por onde passei que não cumprem os protocolos propostos para o tratamento de úlceras de pressão, fazendo cada um o penso segundo o seu próprio critério.” (OP - Informal)</p> <p>“Também tive outras experiências, treinei algumas técnicas de enfermagem como aspiração de secreções, colocação de sonda nasogástrica e a algaliação. Só agora tive oportunidade para desenvolver estas técnicas e espero que futuramente surjam mais oportunidades. Existem outras actividades que executo com mais frequência, por exemplo todas as manhã, tenho a possibilidade de executar pensos, pois existem vários doentes com úlceras de pressão e venosas. O hospital possui um protocolo para o tratamento das úlceras, mas é realmente aliciante olhar para uma ferida e reflectir sobre qual o produto que melhor se adapta às características dessa ferida.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>“Neste sentido desenvolvi capacidades de comunicação/relação com a família do doente bem como treinei ensinamentos sobre este tipo de cuidados essenciais ao doente acamado.” (OP - Informal)</p> <p>“Posso dizer que adquiri novos conhecimentos sobre o tratamento de úlceras venosas e, também, debati com a minha enfermeira tutora quais as melhores respostas ao tratamento, o tipo de materiais e evolução das feridas. Acho que neste sentido, a minha visão e os meus conhecimentos foram alargados nesta área. Durante estas semanas também pude realizar ensinamentos às famílias sobre posicionamentos e prevenção de úlceras de pressão.” (OP - Informal)</p> <p>“Esta semana, um senhor com uma úlcera venosa pôs-me a pensar e cheguei a ir debater com minha tutora sobre o produto que deveria ser aplicado naquela úlcera. Após observação e discussão chegamos a um consenso. Acho realmente importante haver um protocolo pois desta forma, todos os tratamentos são uniformizados, tentando sempre o bem do doente.” (OP - Informal)</p> <p>“Verifiquei o quão importante é perceber o traçado de um electrocardiograma, pois tive um doente que apresentava uma série de sintomas, foi feito tudo o que poderia ser feito para tratar os sintomas e permaneceu igual, quando chegou o médico chegou e fez o electrocardiograma verificou uma alteração que nem eu como aluna nem a enfermeira conseguimos identificar. Agora vamos ter na escola um seminário que irá servir para percebermos melhor os diversos traçados.” (OP - Informal)</p> <p>“Ao longo destas semanas, pude acompanhar doentes que estavam monitorizados. A minha maior dificuldade foi quando tentei interpretar no traçado o que este me indicava. Foi então que me apercebi que aí tinha uma grande lacuna. Por sorte na</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>escola houve um Seminário sobre Electrocardiografia que, sem dúvida foi extremamente útil, mas na minha opinião poderia ter já sido realizado, mesmo antes de iniciarmos o estágio, pois seria uma mais-valia.” (OP - Informal)</p> <p>“Foi complicado trabalhar com doentes no corredor do serviço sem lhe poder proporcionar grande privacidade e qualidade de cuidados, não que não fizéssemos as coisas com qualidade mas quando se priva o doente da privacidade que este merece os cuidados deixam de ser de qualidade e também porque no corredor do serviço nunca lhe conseguíamos proporcionar grandes períodos de descanso por se tratar de uma zona de passagem.” (OP - Informal)</p> <p>“Estas semanas foram também dedicadas ao trabalho a desenvolver para o serviço. A fim de reunir informação pertinente para o trabalho a realizar, eu e a colega investimos na pesquisa sobre os temas propostos. Não tivemos dificuldade na selecção da informação, uma vez que é um tema bastante abordado no campo da enfermagem. Iniciamos o trabalho com muito gosto e empenho e esperamos que realmente seja útil para o serviço e que os profissionais adiram a este protocolo.” (OP - Informal)</p> <p>“Com o passar das semanas, estou já mais à-vontade no serviço tanto em termos de espaço físico como dinâmica funcional. O contacto com as normas e protocolos do serviço foi um aspecto importante pois permite uniformizar os cuidados prestados.” (OP - Informal)</p> <p>“Então, no final da passagem de turno fui monitorizar os sinais vitais com os outros alunos, tarefa que tinha vindo a desenvolver durante toda a semana.” (OP - Informal)</p> <p>“Aos poucos, comecei a entrar na rotina do serviço e a planear e prestar cuidados</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>individualizados aos utentes que me eram atribuídos [...] Devido à respectiva interrupção, senti necessidade de me readaptar à rotina conquistada na primeira semana. Deste modo, foram muitas as dúvidas colocadas e as dificuldades em gerir o meu tempo face aos cuidados a serem prestados. Também iniciei com a rotatividade dos turnos, por isso foi uma semana com alguma tensão pois também tive de me adaptar à metodologia de trabalho da minha tutora.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|---|

“Ainda relativamente à medicação, as diluições foram outro aspecto que me fez lembrar conceitos e normas de realização das mesmas. Penso ter superado este aspecto ainda nessa semana, estando relativamente à vontade para as realizar numa fase inicial. De um modo geral, foi possível nessa primeira semana, recordar aspectos relacionados com os problemas cirúrgicos e utilizar algumas técnicas: medicação; alimentação; aspiração de secreções; pensos, algaliações, entre outras. Na segunda semana, e após um período de interrupção devido a férias lectivas, pensei ter de realizar uma segunda integração no serviço, mas isso não se revelou um obstáculo uma vez que rapidamente reintegrei na dinâmica do serviço. Conheci o meu enfermeiro orientador e iniciei com o horário rotativo.” (OP - Informal)

“...realizei intervenções que desde o início não tinha muita experiência, como aspiração de secreções, algaliações, intubações nasogástricas, cuidados a ileostomias e clostomias, etc.” (OP - Informal)

“Como forma de ultrapassar os períodos menos intensos de trabalho principalmente nos turnos da noite, orientava a minha atenção para apoiar alguma enfermeira na realização de cuidados, para pesquisar algo desconhecido na Internet ou no mapa terapêutico ou, para ler um pouco mais acerca de determinados cuidados, patologias



|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>e cirurgias efectuadas.” (OP - Informal)</p> <p>“Apesar de se tratar de um serviço de medicina, este é bastante específico, o trabalho é muito e o tempo não sobra, por isso, a minha maior dificuldade é a gestão do tempo, pois existem muitos doentes e muitas actividades a fazer a cada doente. No entanto, fui aperfeiçoando a gestão do tempo, tentando arranjar estratégias para o gerir o melhor possível. A minha tutora passa a vida a chamar-me a atenção para esse facto, mas com a quantidade de doentes nas enfermarias e no corredor, sinto que ainda tenho de aperfeiçoar muito e fico assustada acerca dessa minha capacidade de gestão quando for já profissional. Sem dúvida que concordo com ela, mas não me sinto muito confortável com a sua persuasão constante.” (OP - Informal)</p> <p>“No seu discurso também referiu que a estudante tinha melhorado muito mas que no turno da noite (turno em que ficavam com cerca de 13 utentes por enfermeiro) ela ainda possuía dificuldades na gestão do tempo.” (OP - Informal)</p> <p>“Estas últimas semanas foram muito parecidas em termos de experiências. Tentei fazer balanço do que poderia melhor, quais os aspectos negativos e positivos deste estágio, investindo muito na gestão do tempo.” (OP - Informal)</p> <p>“Nestas semanas já me consegui orientar na visita médica porque também comecei a conhecer a equipa e estava atenta à sua passagem. Eles, por sua vez, também se habituaram à minha presença e já chamavam por mim para os acompanhar.” (OP - Informal)</p> |   |
|  |  | <p>Desenvolvimento profissional</p>   | <p>“Estas duas semanas correram como o habitual, apercebi-me de algumas lacunas no meu conhecimento acerca de patologias pelo que efectuei a pesquisa necessária.</p> |

|  |                          |                          |   |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
|  |                          |                          | Aperfeiçoei os conhecimentos teóricos com vista a uma melhor prestação de cuidados, facto devido ao vasto leque de patologias que apareceram no serviço. Estas semanas, notei que já possuía conhecimentos acerca da mediação mais utilizada no serviço, o que me permitiu libertar-me um pouco mais do Índice Nacional Terapêutico.” (OP - Informal)   |
|  |                          | Erro                     | -----   |
|  | Aprendizagens efectuadas | Aprendizagens efectuadas | <p>“A estudante é uma pequena muito preocupada e responsável com os utentes e, desde muito cedo, me inspirou confiança. Quando tem dúvidas questiona e se sente que necessita de mais informação faz pesquisa e, por vezes, discutimos alguns assuntos. Não sinto grande necessidade de a questionar pois ela é segura e quando o faço ela consegue quase sempre dar-me uma resposta acertada. Também compreendo que ela não saiba tudo. Um aspecto curioso é que está sempre a consultar o Índice Nacional Terapêutico porque não quer administrar nada de que não tenha conhecimento acerca do seu efeito e dos aspectos que tem de estar alerta para vigiar.” (OP - Informal)</p> <p>“Da conversa com a tutora, esta fez sobressair que a estudante é competente, perfeita, preocupada com os utentes, que conseguia estabelecer, quer com eles, quer com os seus familiares uma boa relação e que isso era um aspecto muito importante nomeadamente nos jovens profissionais.” (OP - Informal)</p> <p>“Fazendo um balanço final do estágio que teve agora o seu término, posso dizer que me sinto muito satisfeita com a minha aprendizagem. Saio deste ensino clínico com a ideia clara de que aprendi muito nestas nove semanas, mas também com a certeza</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>absoluta que tenho ainda muito para aprender. Tudo o que aqui vivi contribuiu para o meu crescimento pessoal como futura profissional. Acho que ele foi compensador e de extrema importância para a minha formação, nomeadamente na conquista da autonomia que necessitava.” (OP - Diário)</p> <p>“Também tive oportunidade de acompanhar doentes que estavam a fazer <i>Bipap</i>. Apesar de no segundo ano ter tido uma pequena experiência, agora pude compreender melhor todos os procedimentos envolventes, os cuidados a ter e a importância da terapia para melhoria do estado do doente.” (OP - Informal)</p> <p>“Também considero que consegui mobilizar os conhecimentos teóricos e teórico-práticos, referentes ao doente geriátrico do foro médico e geriátrico, adquiridos em contexto de sala de aula e em estágios anteriores, para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem. Aprofundei conhecimentos sobre patologia cardio-respiratória e farmacologia através da pesquisa multimédia e bibliográfica, aspectos em que sentia lacunas.” (OP - Informal)</p> <p>“Um dos aspectos notórios relativamente aos estágios anteriores foi, sem dúvida, a conquista da autonomia que foi gradual assim como da responsabilidade.” (OP - Informal)</p> <p>“Também foi minha preocupação actuar sempre respeitando os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. O sigilo profissional foi um aspecto sempre presente, assim como o respeito pelos direitos e valores do doente aquando da prestação de cuidados. Também melhorei a minha relação com o doente, família e prestadores de cuidados informais. Esta foi uma das competências mais treinadas neste estágio em</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>que as educações para a saúde informais foram uma constante.” (OP – Diário)</p> <p>“...encontrei-a a colocar uma nebulização a uma senhora, apreciei a sua postura que transmitia uma certa profissionalidade. É uma jovem simpática que com facilidade capta a atenção das pessoas.” (OP - Informal)</p> <p>“Mais ou menos cerca da quarta semana de estágio, a qual representa cerca de metade do mesmo, o balanço é bastante positivo marcado por uma crescente autonomia e independência.” (OP - Informal)</p> <p>“Após a última visita as semanas foram muito idênticas, continuei com a prestação de cuidados de enfermagem globais e individualizados aos doentes internados.” (OP - Informal)</p> <p>“No entanto, senti-me mais à-vontade no serviço, desenvolvendo a maioria das actividades de forma mais autónoma, com a supervisão do profissional a quem fui atribuída em cada dia.” (OP - Informal)</p> <p>“Sendo que, durante esta semana não tive muitas oportunidades de colocar em prática competências a nível técnico.” (OP - Informal)</p> <p>“No respeitante ao desenvolvimento de competências técnicas considero que me sinto mais autónoma, e mesmo tendo em conta o facto de que o processo de agilização e aperfeiçoamento da destreza manual nas técnicas de enfermagem ser uma constante desde o início do Ensino Clínico, considero agora, talvez pela maior autonomia senti ter tido mais oportunidades para concretizar este meu objectivo.” (OP - Informal)</p> <p>“Na prestação directa de cuidados tive dias que foram ricos na execução de</p> |
|--|--|--|---|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>determinados procedimentos, que embora me encontre no último ano do curso, não tinha tido ainda muitas oportunidades para os executar, nomeadamente a introdução de sondas nasogástricas, de cateteres urinários e de cateteres venosos periféricos. A introdução de cateteres venosos periféricos era uma das técnicas na qual inicialmente tinha ainda, por vezes, algumas dificuldades, mas que com o decorrer do estágio consegui ultrapassar.” (OP - Informal)</p> <p>“...no entanto, estas foram superadas pelas competências a nível relacional através do contacto com os doentes.” (OP - Informal)</p> <p>“No processo de prestação de cuidados globais e individualizados ao doente do foro médico, fui-me confrontando com dúvidas e situações que exigiram o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos durante o período teórico do curso e a evocação/mobilização de conhecimentos adquiridos anteriormente, noutros estágios de medicina. Neste campo, saliento as patologias respiratórias, assim como saberes na área da farmacologia. Para que esta dificuldade fosse ultrapassada, pedi ajuda aos enfermeiros que me esclareceram todas as dúvidas e me transmitiram novos conhecimentos, mas também desenvolvi várias pesquisas fora do período laboral.” (OP - Informal)</p> <p>“Nas últimas semanas continuei a prestar cuidados de enfermagem globais e individualizados aos doentes internados, procurando aperfeiçoar todas as minhas intervenções. No entanto, sentia a necessidade de mostrar à minha tutora que estava integrada no serviço, tendo melhorado a gestão do tempo e a capacidade de estabelecer prioridades nas actividades que desenvolvia. Porém, sei que esta será uma competência que se reafirmará com a experiência. Também tentei demonstrar</p> |
|--|--|--|--|

conhecimentos teóricos e destreza manual para que pudesse superar os seus níveis de exigência.” (OP - Informal)

“As semanas têm decorrido dentro da normalidade, seguindo um padrão de evolução em termos de autonomia, independência, desenvolvimento de competências tanto relacionais como técnicas, bem como gestão de tempo e definição de prioridades. No entanto, uma das semanas foi marcada por uma situação que nunca antes se tinha verificado, pois se por um lado em períodos anteriores existiam demasiados alunos e poucos doentes internados no serviço, nessa aconteceu o inverso, ou seja, o serviço atingiu a sua lotação máxima, a qual vinha a aumentar à medida que o tempo ia passando. Este serviço em termos de recursos humanos tem menos enfermeiros por turno do que aquilo a que estava habituada em outros locais, estando apenas responsáveis pela totalidade dos cuidados a prestar aos 24 doentes três enfermeiros em cada turno da manhã e dois em cada turno da tarde e da noite. Pelo que, nessa altura existiram turnos da manhã em que fiquei responsável pelos cuidados de oito doentes e sendo este o turno que exige a coordenação de um maior número de actividades, exigiu também da minha parte uma maior capacidade de definição de prioridades e gestão do tempo disponível. Considero que consegui adaptar-me à situação e ultrapassá-la da melhor forma, sempre com todo o apoio da enfermeira tutora.” (OP - Informal)

“O meu ritmo de trabalho foi crescendo com o decorrer do estágio e no final, já me sinto capaz de assegurar todas as tarefas, obviamente com algumas limitações pois, a meu ver, o tempo de estágio é bastante curto. Sinto que adquiri uma crescente autonomia na prestação dos cuidados de enfermagem globais e individualizados ao

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>doente do foro médico e à família. Também consegui desenvolver e aperfeiçoar a capacidade de planear e executar acções de enfermagem, de acordo com as necessidades detectadas, bem como aperfeiçoei a minha destreza manual. Para isso, mostrei sempre enorme interesse em desenvolver todas as técnicas de enfermagem, mesmo em doentes que não me estavam atribuídos. À medida que a minha gestão do tempo e destreza manual foram ficando cada vez mais apuradas, aumentou a minha autoconfiança, bem como a confiança que os profissionais depositavam em mim, deixando-me muito satisfeita. Embora o âmbito deste ensino clínico não seja novo, uma vez que já realizei outros ensinamentos clínicos em serviços de medicina, este revelou-se muito importante para a minha formação, na medida em que apresentou contornos diferentes, uma vez que se tratou de um estágio de integração à vida profissional. Considero que este ensino clínico correu muito bem, considero que todos os cuidados que prestei foram individualizados, adequados e oportunos, tendo sempre por base o conhecimento científico que o sustentava e justificava. Foi também um ensino clínico que gostei muito de realizar”. (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

“Não, pelo contrário. Na verdade, considero que foi realmente uma mais-valia na medida em que me possibilitou desenvolver competências em áreas que antes nunca tinha desenvolvido. Realizar o ensino clínico neste hospital mais pequeno, com menos recursos humanos e materiais possibilitou-me perceber que muitas vezes as condições que temos para trabalhar não são as mais desejadas, mas que no entanto, faz também parte do que é ser enfermeiro saber rentabilizar os recursos existentes e potencia-los ao máximo. A frequente falta de material foi uma realidade a que tive

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>que me habituar logo desde a primeira semana, exigindo da minha parte também uma rentabilização e aproveitamento do mesmo.” (OP - Informal)</p> <p>“Neste serviço, muitos dos doentes apresentavam confusão e comunicação comprometida o que dificultou o estabelecimento da relação terapêutica, nestes casos procurei, respectivamente, chamar os doentes para a realidade e utilizar a comunicação não verbal. As intervenções de enfermagem realizadas tiveram sempre como base o conhecimento sobre a condição de cada doente, de forma a individualizar os cuidados. O mesmo se passou com a família. Em cada diálogo estabelecido tentei compreendê-la de forma a adequar a informação transmitida ao seu nível de instrução/entendimento e até mesmo à sua condição social e função familiar.” (OP - Informal)</p> <p>“A aquisição desta autonomia mostrou-se fruto da conquista de confiança por parte dela, assim como de outros enfermeiros com os quais trabalhei. Considero que neste ensino clínico intervi sempre com responsabilidade, demonstrando conhecimento que sustentava os meus actos e lhes conferia segurança.” (OP - Diário)</p> <p>“Considero que neste ensino clínico intervi sempre com responsabilidade, demonstrando conhecimento que sustentava os meus actos e lhes conferia segurança.” (OP - Diário)</p> <p>“A meu ver, os profissionais de enfermagem devem possuir uma grande componente afectiva e relacional, para além das já esperadas competências cognitivas e técnicas. No decorrer deste estágio, senti que as minhas competências cognitivas se tinham alargado. As competências técnicas também se foram desenvolvendo, na medida em que aproveitei todas as experiências possíveis, tanto cateterismos venosos como</p> |
|--|--|--|---|



algalias, entre outros. Até porque dei a mim mesma um ultimato «tenho que terminar o curso com o maior número de experiências possíveis» e penso que consegui. Sou uma pessoa muito afectiva e, por isso, penso ter desenvolvido também as competências de índole relacional.” (OP - Informal)

“Durante este ensino clínico procurei agir em conformidade com os princípios científicos e deontológicos da profissão, tive sempre em consideração o sigilo profissional e a isenção de comentários e/ou juízos de valor. Penso que a dignidade e privacidade dos doentes foram mantidas, respeitando sempre a individualidade, convicções, crenças e decisões dos utentes.” (OP - Informal)

“Porém, considero que desenvolvi a técnica de aspiração de secreções, cateterização venosa e algaliação; estas foram técnicas nas quais evolui significativamente e para tal, saliento a confiança e autonomia concedida pela equipa de enfermagem. Mostrei sempre interesse em desenvolver a minha destreza manual e para isso realizava intervenções de enfermagem a doentes atribuídos a outras enfermeiras. Isso permitiu abrir um vasto leque de experiências e penso que a equipa também valorizou esse facto.” (OP - Informal)

“Também para este objectivo foi necessária uma pesquisa bibliográfica.” (OP - Informal)

“Os registos de enfermagem são fundamentais para a avaliação do estado do doente e para a continuidade dos cuidados. Deste modo, é essencial que estes sejam simples mas concisos e que transmitam de forma clara e sucinta a situação de cada doente. A elaboração de registos de enfermagem segundo a NANDA foi, de certa forma, uma novidade para mim, pois desde o primeiro ensino clínico que realizo

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>registos segundo a CIPE<sup>®</sup>. No entanto, penso que consegui ultrapassar esta dificuldade e realizar registos de enfermagem adequados.” (OP - Informal)</p> <p>“Nesta terceira semana já sinto que adquiri bastante autonomia e independência nas minhas intervenções (uma vez que o meu tutor me permitiu desenvolver as minhas competências incentivando sempre a minha independência).” (OP - Informal)</p> <p>“Durante estas três semanas sinto que fui evoluindo em diversos aspectos, principalmente na gestão do meu tempo e planeamento de intervenções de enfermagem. Desta forma fui também sentindo que adquiri uma capacidade de resolver diversas situações que não estavam planeadas, sem que isso alterasse a minha organização das actividades.” (OP - Informal)</p> <p>“A partir do momento que comecei a efectuar o mesmo horário da minha tutora, comecei a sentir-me mais confiante e segura das minhas capacidades. Oriento-me melhor na prestação de cuidados e as dúvidas surgem esporadicamente em procedimentos novos ou dos quais não tenho o conhecimento suficiente. Comecei a ter contacto com a CIPE<sup>®</sup>, relembrando alguns conceitos já apreendidos em estágios anteriores, e penso que efectuei todos os registos de forma rigorosa e responsável.” (OP - Informal)</p> <p>“Sinto que tenho evoluído de forma gradual, tenho também investido na conquista da minha autonomia e todos estes aspectos são importantes e fazem com que me sinta mais segura.” (OP - Informal)</p> <p>“Nestas semanas considero ter atingido os objectivo a que me propus de forma bastante positiva.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>“Na minha opinião, e fazendo uma análise retrospectiva do período que estagiei no serviço, sinto que a componente prática e de destreza manual não foi o aspecto que mais desenvolvi. Apesar de nesta unidade serem realizadas técnicas que nunca tinha tido a oportunidade de executar em estágios anteriores, como por exemplo, algiação, entubação nasogástrica, cuidados à traqueostomia, ileostomia e colostomia, sinto que a componente que mais se desenvolveu foi a capacidade de estabelecer raciocínios rápidos, ou seja, de pensar e anteceder situações que poderiam originar outras de maior gravidade, como exemplo as complicações pós-cirúrgicas. Relativamente à destreza manual, sinto que me aperfeiçoei não sentindo grandes dificuldades na execução das diferentes técnicas.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

“Tentei desenvolver mais as minhas competências relacionais com os utentes e sua família, porque considero que para uma boa prestação de cuidados é fundamental uma boa relação entre enfermeiro – utente, muito mais do que qualquer técnica executada na perfeição. Porque os utentes estão longe dos amigos e familiares, porque não estão no seu ambiente natural, necessitam de maior atenção e carinho. Por isso priorizei o desenvolvimento e o aperfeiçoamento das competências relacionais. Esforcei-me para conseguir ter uma boa relação com os utentes, mas admito que em certas situações, é muito complicado. Apercebi-me que a relação deve ser estabelecida com calma e que a confiança se ganha aos poucos”. (OP - Informal)

“No que respeita à mobilização de conhecimentos teóricos, penso ter aprendido algo de novo todos os dias. Ele é um excelente local de aprendizagem uma vez que exige uma mobilização e um aprofundamento constante de conhecimentos teóricos. A

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>diversidade de situações, exigiu-me um esforço complementar no que toca a pesquisas quase diárias em base de dados multimédia e bibliográficas, que penso ter conseguido ultrapassar. Durante estas semanas tive oportunidade e senti necessidade de fazer diversas pesquisas.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

“Ao analisar retrospectivamente o meu período de aprendizagem, penso que consegui manter uma conduta sempre positiva no que diz respeito ao cumprimento dos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão que pretendo exercer num futuro próximo. Como futura profissional, fiz questão de actuar em conformidade com os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, privilegiando sempre a preservação da privacidade do doente. Para além deste facto, respeitei sempre todos os doentes e elementos da equipa multidisciplinar. Esta minha postura originou um respeito mútuo que favoreceu a minha integração na equipa e a minha aprendizagem. O facto de informar o enfermeiro tutor de todas as acções que ia desenvolver, bem como a forma como as pretendia fazer, fez com que a minha autonomia crescesse de forma bastante célere e ficasse rapidamente “responsável” pela prestação de cuidados globais e individualizados ao doente do foro cirúrgico. No entanto, tenho de ressaltar que esta autonomia nunca me provocou o sentimento de “abandono”, ou seja, apesar de eu ser responsável pelo doente sabia que, caso necessitasse, poderia recorrer à ajuda não só do da parte dele mas de qualquer elemento da equipa. Esta autonomia crescente fez-me evoluir e desenvolver a minha capacidade de resolver situações inesperadas, permitindo-me uma excelente preparação para o futuro, coisa que nem sempre, aconteceu em ensinos clínicos anteriores.” (OP - Informal)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>“Decorrido 1 mês desde o início do estágio, estou grata pelos conhecimentos que adquiri e pelas experiências que me foram concedidas. Sinto-me satisfeita por ter ultrapassado os obstáculos e por ter aprendido tantas coisas novas, que certamente me enriquecerão enquanto futura profissional. Durante estas semanas, à semelhança das anteriores prestei todos os cuidados que me competiam.” (OP - Informal)</p> <p>“Com a conquista da autonomia, consegui ter capacidade para avaliar um doente, planear e implementar os cuidados a lhe serem prestados, bem como a fazer uma avaliação desses mesmos cuidados actuando no sentido da reabilitação e independência do doente. Para isto, contribuiu a confiança que o tutor depositou em mim e no facto de me permitirem modificar os planos de cuidados sempre que considerasse necessário. O facto de inicialmente ter ficado com um menor número de doentes e ter finalizado o estágio com todos os doentes do meu tutor à minha “responsabilidade”, permitiu-me aprender a gerir o tempo e conseguir estabelecer prioridades na prestação de cuidados, de uma forma progressiva e gradual, desenvolvendo uma maior capacidade para lidar com as situações inesperadas que surgem diária e rapidamente no contexto do serviço.” (OP - Informal)</p> <p>“É indiscutível que a crescente responsabilidade aliada à autonomia na prestação de cuidados de enfermagem, foi aumentando de uma forma gradual ao longo do ensino clínico. A assimilação e consolidação de conteúdos teórico-práticos e o aperfeiçoamento de competências relacionais e comunicacionais, permitiram-me desenvolver a capacidade de compreender o doente no seu todo, numa vertente holística, atendendo assim a todas as suas necessidades, esperanças e expectativas.” (OP - Informal)</p> |
|--|--|--|--|

|                               |                         |  |   |
|-------------------------------|-------------------------|--|---|
|                               |                         |  | <p>“Cresci, quer a nível pessoal como futuro profissional, aguçando-me ainda mais, a vontade de trabalhar e investir, rumo à prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Chegado a este momento do estágio, sinto um misto de saudade e alegria pelo «dever cumprido».” (OP - Informal)</p>  |
| Resposta emocional estudantes | Não respondem           |  | -----   |
|                               | Medo                    |  | -----   |
|                               | Usam processos reflexão |  | <p>“A reflexão sobre as actividades desenvolvidas foi uma constante neste ensino clínico, contribuindo para o aperfeiçoamento e mudança na minha prática. No final de cada turno, preocupava-me em fazer uma espécie de retrospectiva de forma a detectar algo que poderia ter realizado de forma diferente.” (OP - Informal)</p> <p>“Tal como tenho vindo a verificar com as outras estudantes os processos de aprendizagem nesta fase passam já pela reflexão sobre-a-acção e a reflexão sobre a reflexão-na-acção. Já possui um conhecimento tácito que lhe permite usar muito ocasionalmente a reflexão-na-acção. A estudante nesta fase da aprendizagem também já possui um leque de conhecimentos que agiliza com facilidade e que lhe permite ter um julgamento moral voltado para a deontologia profissional. (OP)</p> <p>“Pela agilidade com que ela desempenhava algumas das suas actividades levou-me a pensar que, efectivamente, nesta ela já possui um conhecimento tácito, intrínseco que lhe permite não necessitar de reflectir-na-acção em cada tarefa que desempenha, no entanto, reflecte sobre-a-acção e reflecte sobre a reflexão-na-acção. Apresenta uma postura profissional, salienta as competências técnicas, mas também as cognitivas, as humanas e as éticas. Consegue relacionar os</p> |

|                                   |                       |                      |  |
|-----------------------------------|-----------------------|----------------------|--|
|                                   |                       |                      | <p>aprendizados teóricos com a prática de cuidados questionando-se nos assuntos complexos e dilemáticos.” (OP)</p> <p>“Ao reflectir sobre o decurso desta semana fico preocupada com a imagem que lhe transmiti, possivelmente devido às minhas dúvidas, deve ter pensado que estava mal preparada e que não correspondia ao perfil de uma aluna do quarto ano, que supostamente deve saber tudo e estar preparada para qualquer situação. Porém, sinto-me motivada para provar o contrário, para aprender mais e evoluir na minha actuação.” (OP - Informal)</p> <p>“Deste testemunho e pela postura e agilidade com que a estudante desempenhava algumas das suas actividades levou-me a pensar que, efectivamente, nesta etapa ela já possui um conhecimento tácito, intrínseco que lhe permite não necessitar de reflectir-na-acção em cada tarefa que desempenha embora, por vezes em novas situações possa necessitar de o fazer. Consegue reflectir sobre-a-acção e reflectir sobre a reflexão-na-acção, sempre que se depara com um caso mais marcante. Apresenta uma postura profissional, realça as competências técnicas adquiridas, mas também as cognitivas, as humanas e as éticas. Consegue relacionar os aprendizados teóricos com a prática de cuidados questionando-se nos assuntos complexos e dilemáticos.” (OP)</p> |
| Influência dos modelos da prática | Influências positivas | Relação com o utente | <p>“Há enfermeiras que são realmente muito boas nos aspectos humanos.” (OP - Informal)</p> <p>“Uma vez assisti a uma enfermeira que conseguia manter uma relação com os doentes muito boa. Eu gostava de um dia poder ser assim. Consequia tranquilizá-los, brincava com eles mas sempre com muito respeito.” (OP - Informal)</p>  |

|  |             |   |  |
|--|-------------|---|--|
|  |             | Relação com o estudante                   | <p>“Essa enfermeira era assim com toda a gente também se relacionava muito bem com as auxiliares, a equipa médica e também connosco.” (OP - Informal)</p>  |
|  |             | Concepção, prestação e gestão de cuidados | <p>“Por vezes vemos profissionais muito competentes nos cuidados.” (OP - Informal)</p> <p>“Eu penso que essa enfermeira era um verdadeiro exemplo porque também se preocupava muito em prestar bons cuidados.” (OP - Informal)</p> <p>“Quando sentia dificuldades na execução dos cuidados ou mesmo na organização dos mesmos, os enfermeiros do serviço sempre me ajudaram no que precisei.” (OP - Informal)</p> <p>“Por exemplo quando necessitava de prestar algum cuidado a um doente se por acaso a minha tutora não estava era outra enfermeira que me ajudava.” (OP - Informal)</p> <p>“Quando tinha dúvidas se a minha tutora calhava de não estar naquele momento perguntava a algum dos enfermeiros e eles sempre me deram o apoio que necessitei.” (OP - Informal)</p> <p>“Sempre discuti muito os aspectos relacionados com o processo de doença e com os cuidados com o meu tutor.” (OP – Informal)</p> <p>“De uma forma muito geral todos os enfermeiros se mostraram muito disponíveis para nos ajudar.” (OP - Informal)</p> <p>“Senti sempre que a equipa de enfermagem estava disposta para me auxiliar no que precisasse.” (OP - Informal)</p> |
|  | Influências | Atitude dos enfermeiros                   | <p>“Contudo, nesse dia, fui abordada por uma das enfermeiras do serviço dizendo que</p>  |



|                      |                         |   |   |
|----------------------|-------------------------|---|---|
|                      | negativas               |   | «não era suposto» monitorizar os sinais vitais durante o turno da manhã. É claro que fiquei um pouco confusa porque ninguém me tinha dito tal facto. Senti-me injustiçada porque ouvi comentários desnecessários, que teriam sido evitados se me tivessem orientado para tal, logo no primeiro dia.” (OP - Informal)  |
|                      |                         | Concepção, prestação e gestão de cuidados | “Existem alguns enfermeiros, embora sejam poucos, que não estão tão atentos a determinados pormenores dos cuidados. Eu sei que eles têm muitos doentes para tratar mas, às vezes, é um pouco de descuido.” (OP - Informal)  |
| Dinâmicas de tutoria | Expectativas estudantes | Expectativas dos estudantes               | <p>“Esperava que a tutora fosse alguém que compreendesse o meu papel de aluna e futura profissional, que me visse não como alguém que sabe tudo mas alguém que tem algumas dificuldades e que me apoiasse neste percurso final do curso.” (OP - Informal)</p> <p>“Esperava que fosse alguém capaz de me orientar nos cuidados para que eu consiga obter a autonomia profissional desejada.” (OP - Informal)</p> <p>“Esperava que fosse alguém experiente, perspicaz, detentor de conhecimentos práticos, seguro, simpático e bom orientador.” (OP - Informal)</p> |
|                      | Quem Apoiou             | Tutor                                     | <p>“Ela (tutora) tem-me apoiado muito, como sabe que estou no 4.º ano dá-me total autonomia nas actividades, mas também me critica e questiona quando considera ser necessário.” (OP - Informal)</p> <p>“A estudante também admitiu [...] ter uma relação um pouco mais “fria” com a tutora. (OP - Informal)</p> <p>“Considero gozar já de alguma autonomia nos cuidados de enfermagem, denotando uma independência em relação à minha tutora, contudo, não descuro, a sua</p>  |

|  |  |             |  |
|--|--|-------------|--|
|  |  |             | <p>supervisão.” (OP - Informal)</p> <p>“A aquisição desta autonomia mostrou-se fruto da conquista de confiança por parte dela (tutora), assim como de outros enfermeiros com os quais trabalhei.” (OP - Informal)</p>  |
|  |  | Colegas     | -----  |
|  |  | Enfermeiros | <p>“Vera também admitiu ter conseguido uma boa relação com todos os profissionais, utentes e familiares, mas ter uma relação um pouco mais “fria” com a tutora.” (OP - Informal)</p> <p>“A aquisição desta autonomia mostrou-se fruto da conquista de confiança por parte dela (tutora), assim como de outros enfermeiros com os quais trabalhei.” (OP - Informal)</p> <p>“O apoio e a receptividade por parte de toda a equipa de enfermagem.” (OP - Informal)</p> <p>“O facto de toda a equipa de enfermagem me possibilitar o esclarecimento de dúvidas foi uma mais-valia, uma vez que me permitiu ter o à-vontade necessário para procurar saber sempre um pouco mais.” (OP - Informal)</p> |
|  |  | Outros      | <p>“Ao longo dos anos fui adquirindo o hábito de recorrer com frequência à biblioteca da escola.” (OP - Informal)</p> <p>“Uma amiga e colega que estava noutra hospital deu-me muito apoio, trocávamos material de estudo com frequência. Penso que foi uma boa estratégia, porque quando uma descobria algo, telefonava ou enviava por e-mail à outra.” (OP - Informal)</p>   |

|                     |                  |                            |  |
|---------------------|------------------|----------------------------|--|
|                     | Escolha do tutor | Instituição escola         | -----  |
|                     |                  | Instituição de saúde       | <p>“...neste tipo de ensinos clínicos a escolha do tutor é da inteira responsabilidade do responsável do serviço” (OP - Informal)</p> <p>“Para esta tutora é a sua primeira experiência de tutoria com estudantes desta instituição escola. Desconhece portanto todo o funcionamento e filosofia da instituição escolar” (OP - Informal)</p> |
| Relação supervisiva |                  | Atitude do tutor           | <p>“Ele era muito engraçado, simpático e divertido e com ele as doentes estavam sempre bem-dispostas.” (OP - Informal)</p> <p>“Ela era uma pessoa meiga quer com os doentes quer mesmo comigo que era aluna de enfermagem.” (OP - Informal)</p>  |
|                     |                  | Supervisão individualizada | <p>“Aqui como cada uma de nós tinha um tutor, a orientação era sempre individual, apenas em alguns momentos, no caso de estar a efectuar turno com a minha colega poderia ser em conjunto.” (OP - Informal)</p> <p>“Ele andava sempre comigo, andava sempre a ver o que é que eu fazia.” (OP - Informal)</p>                                 |
|                     |                  | <i>Feedback</i> contínuo   | <p>“Ela sempre me disse como é que eu ia estando em termos de cuidados, mas claro sempre me criticou mais do que teceu elogios.” (OP - Informal)</p> <p>“O tutor teve sempre uma atitude muito correcta, porque sempre me foi dando a sua opinião em termos do meu desempenho.” (OP - Informal)</p>  |
|                     |                  | Satisfação do estudante    | “Conseguimos entender-nos bem em termos de relação.” (OP - Informal)   |

|  |                  |                          |   |
|--|------------------|--------------------------|---|
|  |                  |                          | “Considero que a relação com ela poderia ter sido melhor, ela não era muito simpática para comigo.” (OP - Informal)   |
|  |                  | Equidade na relação      | “Sempre se notou que era imparcial na relação que estabelecia comigo ou mesmo com outra colega, caso estivesse no turno.” (OP - Informal)   |
|  |                  | Reciprocidade na relação | “Penso que é de opinião geral de todo o grupo que nos conseguimos dar bem em termos de relação com o tutor, no fundo era o que esperávamos que acontecesse.” (OP - Informal)  |
|  |                  | Respeito na relação      | “Apesar de brincar muito, o que por vezes era difícil saber quando estava a falar realmente a sério, respeitava-me muito e, agora no fim do estágio, até já dizia que eu era colega dele.” (OP - Informal)<br>“Mesmo apesar de não me ter dado muito bem com a minha tutora, penso que como pessoa ela me respeitava.” (OP - Informal)<br>“Sempre me senti respeitada.” (OP - Informal) |
|  |                  | Sentido de verdade       | “...nas suas expressões e palavras era verdadeira.” (OP - Informal)   |
|  | Preparação tutor | Preparação específica    | -----   |
|  |                  | Sem preparação           | “Uma vez que os tutores são profissionais da prática de cuidados seleccionados pelo responsável do serviço, verifica-se que estes não possuem nenhuma preparação específica a nível do acompanhamento dos estudantes” (OP - Informal)   |
|  | Modelo tutoria   | <i>Mentorship</i>        | “A minha tutora é uma enfermeira do serviço. Ela tem os seus doentes e, por isso, tem responsabilidade sobre eles, normalmente eu assumo os doentes dela e ela dá-  |

|  |             |                 |   |
|--|-------------|-----------------|---|
|  |             |                 | me todo o apoio que eu preciso.” (OP - Informal)  |
|  | Papel tutor | Prestar atenção | <p>“A tutora desenvolveu muito bem o seu papel, não é uma pessoa que tenha grande vínculo à escola, notava-se que ela não conhecia como é que estava estruturado o curso, como por exemplo em que disciplina ou ano é que eram abordados certos conteúdos ou temáticas e quais as nossas falhas. Mas, foi uma pessoa que se preocupou muito no acompanhamento que fez. Primeiro, estava sempre mais perto a certificar-se que eu sabia das coisas e a questionar e, depois, deixou-me mais à-vontade, deu-me o espaço que eu precisei porque já confiava em mim, sabia o que eu era capaz de fazer. Mas se por exemplo, surgia algo novo, ela estava lá.” (OP - Informal)</p> <p>“Penso que poderia ter corrido melhor, pelo menos pelo que sei através do que me contam os colegas acerca dos seus tutores. Por exemplo, nunca fomos capazes de reflectir em conjunto ou de discutir algo em conjunto, isso era algo impensável para ela. Sempre partiu do princípio que num estágio destes eu sabia ou devia saber tudo e não sei se a forma dela pensar assim se deve a não saber como funcionam os cursos nas escolas ou mesmo se os tutores deviam antes de assumir o seu papel ter um pequeno curso de formação. Pelo menos assim, ficariam a saber que ainda possuímos algumas lacunas e que precisamos de ajuda para as ultrapassar.” (OP - Informal)</p> <p>“...a partir daí já fiquei com a minha tutora e a integração tornou-se mais fácil. Ela preocupa-se em explicar as rotinas e combinou comigo que nesta fase inicial eu ficaria responsável apenas pelos utentes da enfermaria.” (OP - Informal)</p> <p>“A estudante manteve-se nas suas actividades até que a tutora passou por ela</p> |

|  |  |                   |  |
|--|--|-------------------|--|
|  |  |                   | observando de maneira genérica o trabalho efectuado após o que lhe fez sinal dizendo «vamos» para prosseguir com a administração da mesma.” (OP - Informal)  |
|  |  | Clarificar        | “Ele é uma pessoa que eu considero ser muito competente e dá-me todo o tipo de apoio que eu preciso, questiona-me muito. Juntos discutimos muitos assuntos o que me obriga também a estudar muito.” (OP - Informal)  |
|  |  | Encorajar         | <p>“...uma vez que o meu tutor me permitiu desenvolver as minhas competências incentivando sempre a minha independência.” (OP - Informal)</p> <p>“Mas está tudo a correr bem e nós também nos damos bem...o que também é importante.” (OP - Informal)</p> <p>“Tem sido para além de orientadora um pouco amiga também.” (OP - Informal)</p> <p>“Também foi amiga.” (OP - Informal)</p> <p>“A minha tutora tem-me encorajado e apoiado em tudo que necessito”. (OP - Informal)</p> <p>“É uma pessoa que sabe como dizer as coisas, se estamos a fazer bem ela diz valorizando o nosso trabalho” (OP - Informal)</p> <p>“Quando a chefe me comunicou que iria ficar com esta aluna reagi porque ainda estava marcada com a minha experiência anterior e ela pagou um pouco por isso porque de início a tratei como se estivesse no segundo ano. Eu parecia um general (sorrisos), agora não é nada assim.” (OP - Informal)</p> |
|  |  | Servir de espelho | “Houve uma situação em que ela repetiu textualmente a situação que aconteceu comigo e com o doente. Foi engraçado e talvez um pouco cómico até, porque,  |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  |   | <p>consegui raciocinar e ver a figura que fiz perante o doente. Às vezes fazemos figuras vergonhosas.” (OP - Informal)</p> <p>“Lembro-me que muitas vezes nem penso bem no que faço e como faço as coisas, nomeadamente quando as faço pela primeira vez. A tutora na altura não disse nada, pelo menos à frente do doente, mas depois, conversamos com calma e, como já nem me lembrava bem do que fiz, talvez por estar muito nervosa, ela repetiu a cena toda. Foi incrível, porque me consegui “ver ao espelho”, ela reproduziu desde os gestos, a forma de estar, de conversar, a entoação dada à conversa, as pausas e silêncios que foram muitos e o que fiz. Foi então que percebi a forma como actuei e a como não actuei e devia ter actuado. Fez-me pensar sobre a situação e penso que foi uma boa estratégia.” (OP - Informal)</p> |
|  |  | Dar Opinião                                   | <p>“...à medida que eu ia realizando os cuidados de enfermagem aos utentes que me foram atribuídos, ia-me retirando dúvidas e esclarecendo sobre os procedimentos correctos.” (OP - Informal)</p> <p>“A semana passada foi marcada pelo dia da avaliação do ensino clínico. No dia anterior a minha tutora fez questão de me falar acerca da sua avaliação, para que pudéssemos discutir alguns pontos. Foi neste dia que tive a certeza de que ela tinha gostado do meu desempenho, pois até então nunca tinha falado directamente comigo acerca disso.” (OP - Informal)</p>   |
|  |  | Ajudar a encontrar soluções para os problemas | <p>“...e também debati com a minha enfermeira tutora quais as melhores respostas ao tratamento, o tipo de materiais e evolução das feridas.” (OP - Informal)</p> <p>“A minha enfermeira deu-me total autonomia nas actividades, contribuindo assim</p>  |

|  |  |          |   |
|--|--|----------|---|
|  |  |          | <p>para adquirir uma maior liberdade no exercício da prática assumindo também uma postura crítico-reflexiva das actividades desenvolvidas.” (OP - Informal)</p> <p>“...houve um dia que tinha uma dúvida perguntou-me e nem eu lhe soube responder, combinamos ir pesquisar os dois e discutir o assunto no turno seguinte” (OP - Informal)</p> <p>“...sempre que aparece algo que considera ser importante para a minha aprendizagem guarda a experiência para mim. Discutimos alguns assuntos acerca das patologias e dos cuidados e da melhor forma como devem ser executados.” (OP - Informal)</p>  |
|  |  | Negociar | <p>“...sempre que aparece algo que considera ser importante para a minha aprendizagem ele mandava-me estudar, discutimos alguns assuntos acerca das patologias e dos cuidados. Essencialmente discutíamos os cuidados e acertávamos como é que eu devia proceder daí em diante.” (OP - Informal)</p>  |
|  |  | Orientar | <p>“...o tutor, esteve sempre muito atento à situação e notei que fez sinal a algumas das alunas para ser alterada a estratégia.” (OP - Informal)</p> <p>“Para mim é um dia agitado porque faço questão de passar por todos os locais onde as estudantes estão. Elas têm-se integrado bem, mas mesmo assim existem alguns pormenores para os quais eu tenho de as alertar.” (OP - Informal)</p> <p>“Considero que a equipa, assim como o meu tutor, sempre me favoreceu o contacto com novas experiências, levando-me a um enriquecimento pessoal e profissional bastante significativo.” (OP - Informal)</p> <p>“Ele é uma pessoa que eu considero ser muito competente e dá-me todo o tipo de</p> |



apoio que eu preciso, questiona-me muito. Juntos discutimos muitos assuntos o que me obriga também a estudar muito, mas tem uma personalidade muito particular. É muito brincalhão e, às vezes, eu não sei se ele está a falar a sério ou a brincar. Os doentes gostam muito dele porque ele é muito comunicativo. Mas para mim não tem sido muito fácil lidar com a sua maneira de ser.” (OP - Informal)

“Não deixou de salientar que ela própria era uma pessoa muito exigente porque exigia que as estudantes apresentassem conhecimentos teóricos consistentes e, se tal facto não acontecesse, não as deixaria efectuar os cuidados referindo: «Sou uma orientadora um bocado chata porque exijo muito dos alunos, enquanto não me proverem que sabem...que possuem determinados conhecimentos que eu considero básicos, não os deixo prestar os cuidados. Já tive alunos que orientei e que passam por mim e não me dirigem a palavra, nem bom dia me dizem, mas eu continuo a achar que devo exigir alguns conhecimentos porque cuidar é isso mesmo”.” (OP - Informal)

“Ela é uma pessoa que me tem ajudado muito...” (OP - Informal)

“... e apoiava.” (OP - Informal)

“De modo a não ir em desacordo com a sua forma de trabalhar, adoptei uma postura responsável, humilde e interessada questionando-a quando surgiram dúvidas, tanto ao nível teórico como prático. Ela demonstrou sempre disponibilidade e vontade de ajudar. Contudo, sinto que se fosse profissional faria algumas coisas de uma forma um pouco diferente. Nessa semana tive que me adaptar à forma como ela realizava os seus registos de enfermagem.” (OP - Informal)

“A minha tutora só esteve comigo na semana anterior, mas tem-me apoiado em tudo

|  |  |                       |   |
|--|--|-----------------------|---|
|  |  |                       | <p>que necessito.” (OP - Informal)</p> <p>“Notei que a minha tutora se tornara mais confiante e simpática, dando-me um pouco mais de espaço, situação que fez com que me sentisse mais segura. Sempre com o seu apoio fui efectuando cada vez mais actividades complexas e também conseguindo obter mais espaço de actuação e aumentando a minha autonomia.” (OP - Informal)</p> <p>“De realçar apesar de não me sentir muito à vontade com a minha tutora inicialmente, ela mostrou-se sempre disponível, depositando a confiança necessária para o sucesso do meu estágio. Apoiou-me perante todas as situações e, simultaneamente, proporcionou-me espaço para desenvolver a minha autonomia.” (OP - Informal)</p> |
|  |  | Estabelecer critérios | <p>“...houve um dia que tinha uma dúvida perguntou-me e nem eu lhe soube responder, combinamos ir pesquisar os dois e discutir o assunto no turno seguinte.” (OP - Informal)</p> <p>“Após o café a tutora reuniu com o grupo para conversar acerca de aspectos conjunturais do ensino clínico. Ficou combinado, que na quarta-feira dia 18, as estudantes entregavam os objectivos específicos para este ensino clínico. Outros aspectos abordados relacionaram-se com os registos diários de aprendizagem, as educações para a saúde, os processos de enfermagem e o relatório final, onde foram esclarecidas todas as dúvidas que eventualmente emergiram no grupo.” (OP - Informal)</p>                            |
|  |  | Condicionar           | <p>“...eu sou muito exigente, já tive alunos de muitas escolas e até já reprovei alguns. Reconheço que sou competente e exijo muito dos alunos.” (OP - Informal)</p>  |

|                         |                     |                                      |   |
|-------------------------|---------------------|--------------------------------------|---|
|                         |                     |                                      | <p>“Nesse momento só me apeteceu chorar porque senti-me injustiçada e não merecia tais comentários. Tenho consciência que actuei correctamente e não percebo o porquê de tanta irritação por parte dela.” (OP - Informal)</p> <p>“Sim. Ela é uma pessoa competente e muito exigente, tivemos uma pequena discordância e confesso que mexeu muito comigo. Tive medo de ser prejudicada até porque considerei uma injustiça. Ela exigia muito mas também me ajudou, mas nunca consegui estabelecer com ela uma relação de proximidade porque a acho um pouco ríspida na forma como faz os comentários.” (OP - Informal)</p> <p>“Por vezes, há tutores um pouco mais controladores. Definem critérios rigorosos, dizem como temos de actuar e verificam sempre o que estamos a fazer, se eles estão a ser cumpridos”. (OP - Informal)</p> <p>“Como era rotina habitual do serviço, a tutora teve de impor uma data a partir da qual todos tínhamos de agir da mesma forma e controlou-nos, claro. Acho que a partir daí ela passou a ser mais desconfiada e controladora”. (OP - Informal)</p> |
| Desafios de ordem ética | Situações complexas | Atitude face ao cuidado no domicílio | -----   |
|                         |                     | Vontade de viver                     | -----   |
|                         |                     | Confidencialidade                    | -----   |
|                         |                     | Privacidade                          | -----   |
|                         |                     | Direitos humanos                     | -----   |

|  |  |                                       |  |
|--|--|---------------------------------------|--|
|  |  | Interrupção de gravidez               | -----  |
|  |  | Informação/<br>Consentimento          | -----  |
|  |  | Gestão do regime<br>terapêutico       | -----  |
|  |  | Gestão de sinais e<br>sintomas        | -----  |
|  |  | Capacidade para o<br>autocuidado      | -----  |
|  |  | Não adesão ao regime<br>medicamentoso | “Ainda existem muitos doentes que dão entrada nos hospitais por descompensação devido a não tomarem os medicamentos prescritos.” (OP - Informal)   |
|  |  | Confusão e coma                       | -----  |
|  |  | Angústia da separação                 | “Lembro-me de uma senhora já muito idosa que esteve internada com um problema cardíaco, não tinha filhos mas ainda tinha o marido. Ele era um idoso muito querido e quando o conheci foi porque notei que ela andava perdido no corredor à procura da esposa, eu levei-o até perto dela e achei muito engraçada a situação porque ele deu-lhe a mão permanecendo assim grande parte do tempo. Ela estava com oxigénio e ele dava-lhe muitos beijinhos nas mãos. Este caso tocou-me, porque apesar de termos falado nas aulas de gerontologia no processo de envelhecimento e todas as suas implicações, apercebi-me que este idoso estava sozinho e que, apesar de tudo, ela era não só a sua esposa mas a sua companheira de muitos anos. Tratava-a com |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  |   | <p>muito carinho. Não tinham tido filhos, tinham casado já tarde e ninguém da família aparecia. Não tive coragem de enviar as camisas da senhora para o senhor lavar em casa e, foi então que falei com a enfermeira que sugeriu passarmos a vestir-lhe a roupa do hospital e que iria falar com o enfermeiro chefe para ver se era possível lavar a roupa suja na lavandaria do hospital, sem que fosse perdida. Em algumas alturas vi o senhor chorar baixinho enquanto a senhora dormia e, muito honestamente, rezei para que ela não morresse e, se isso acontecesse não gostaria de ser eu a dar essa notícia.” (OP - Informal)</p>   |
|  |  | <p>Não-aceitação do estado de saúde</p> | <p>“Outra situação que me marcou foi um senhor ainda jovem, com cerca de 32 anos, que devido a um problema intestinal teve de ficar temporariamente com uma colostomia. Foi muito difícil trabalhar com esse senhor porque ele estava num estado de revolta e não-aceitação da situação. Recusava-se a aprender a cuidar do seu estoma e referia ao médico que não voltaria para o emprego enquanto não lhe fizessem a reconstrução intestinal que só poderia acontecer passados oito meses. Tentei colocar-me no lugar dele e pensar nas implicações que uma situação destas traz e a transformação que provoca na vida das pessoas. Numa conversa ele confessou ter medo que a esposa o rejeitasse, por isso não se importava de permanecer todo aquele tempo no hospital porque não sabia se iria ter coragem de estar despido à sua frente. Sempre que efectuava a recolha de dados para elaborar um processo de enfermagem nunca pensei encontrar um caso em que conseguisse detectar algum problema a nível da expressão da sexualidade. Para além das doenças de cariz sexual, nunca me tinha apercebido que algumas doenças poderiam interferir com esse aspecto de forma tão drástica, para mim isso foi uma nova</p> |

|  |  |                |  |
|--|--|----------------|--|
|  |  |                | aprendizagem.” (OP - Informal)   |
|  |  | Dor oncológica | <p>“Mas houve outra situação que me marcou também, trata-se de um doente que se encontrava muito mal, tinha uma neoplasia gástrica com metastização óssea, era muito magro, apresentava mau estado geral e tinha muitas dores ósseas. Marcou-me pelo facto dos familiares serem pessoas muito presentes e estarem sempre a perguntar quando é que ele melhorava um pouco e poderia voltar para casa. A família era pobre mas fazia os possíveis por ter sempre alguém presente. Um dos filhos aproveitava a hora do almoço para estar com ele e, por isso, passava dias sem almoçar, comia uma sandes no carro que trazia de casa quando voltava para o trabalho.” (OP - Informal)</p>   |
|  |  | Morte e morrer | <p>“Uma das experiências marcantes durante estas semanas foi o facto de me ter deparado com a morte. Nunca, durante estes quatro anos de curso tinha vivenciado esta experiência. Foi de facto marcante. Tratar um corpo frio, sem vida, é algo estranho, mas é essa a nossa função, acompanhar a pessoa até o inevitável da vida - a morte. Com esta experiência pude fazer a múmia e todo o processo após o óbito desde o contacto com o médico, tratamento do espólio e a notificação da família.” (OP - Informal)</p> <p>“A morte, o contacto com o corpo morto e com os familiares foi uma situação nova que me aconteceu e que me marcou, de resto não houve nada de muito especial. Esta é uma zona mais rural e apercebi-me que os familiares levam com facilidade os seus doentes para casa independentemente das condições que possuam, não existe aquela fuga ou abandono do doente quando este tem alta. Também existe um bom protocolo para preparação da alta, desde que o doente entra a equipa preocupa-se</p> |

em chamar os familiares a colaborar nos cuidados para conseguir tratar dele em casa, essa foi também uma boa experiência, embora que, segundo as enfermeiras um pouco mais menosprezada devido à taxa de ocupação do serviço.” (OP - Informal)

“Neste estágio vivenciei uma nova experiência que foi a confrontação com a morte. Nos serviços de medicina interna, a morte é uma realidade bem presente, mas ainda não a tinha experienciado. Numa noite bastante trabalhosa, a morte chamou três doentes, inclusive um doente que para a equipa era muito especial. Falando como uma experiência, pude “treinar” a múmia e assimilar todo o processo após o óbito desde o contacto com o médico, tratamento do espólio e a notificação à família. Nessa noite também fui conhecer a morgue do hospital (uma curiosidade pessoal), onde acompanhei a auxiliar.” (OP - Informal)

“...apenas os casos de doentes terminais que se encontram em mau estado geral e num grande sofrimento me impressionam, porque para além de saber que posso fazer sempre alguma coisa e que existem os cuidados paliativos, sinto-me impotente porque não posso solucionar o problema, não posso dar a cura.” (OP - Informal)

“...os casos que mais me marcaram estiveram relacionados com a morte. Só nas últimas três semanas é que faleceram doentes quando estava a trabalhar. Marcou-me especialmente uma senhora que tinha uma DPCO (Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva) ela faleceu e impressionou-me a falta de ar que ela sentia, não sei o que se poderia fazer sei que se se administrar uma grande taxa de oxigénio o centro respiratório deprime mais rapidamente mas ver morrer alguém com dispneia e não lhe administrar mais oxigénio é algo complicado de gerir.” (OP - Informal)

|  |                         |                             |  |
|--|-------------------------|-----------------------------|--|
|  |                         |                             | <p>“...deparei com uma jovem de 20 anos de idade que lutava com um cancro no fígado. Esse caso marcou-me porque se tratava de uma jovem e levou-me a pensar acerca das correrias com que nos debatemos no dia-a-dia, será que valem a pena? Ele esteve cá poucos dias, veio fazer uma biopsia e foi para casa enquanto aguardava pelo resultado, também verifiquei que toda a gente comentava o caso.” (OP - Informal)</p> <p>“Durante este estágio vivenciei uma situação que nunca mais esquecerei e que me marcou imenso, faleceu-me um doente. Esta é para mim uma situação ainda um pouco desconcertante. Foi a segunda vez que tive de prestar cuidados a um cadáver e sinto que estes momentos serão sempre para mim algo que nunca se tornará num hábito.” (OP - Informal)</p> <p>“Houveram muitas mortes no serviço durante os meus turnos, por isso já conheço toda a burocracia e os cuidados a ter com o corpo morto. A morte é algo que me toca porque me custa lidar com isso. Este serviço recebe muitos utentes com cancro do intestino e, algumas vezes, são re-internados em fase terminal acabando por morrer. Marcou-me particularmente um senhor que gritava constantemente com dores, estava muito emagrecido e não lhe podíamos tocar em nenhuma parte do corpo porque lhe doía. Os médicos anestesistas vinham cá diariamente mas o que é certo é que o senhor continuava com dores intensas. Uma vez o médico referiu que não lhe podia dar mais morfina porque lhe iria provocar a morte. Achei uma justificação, sem fundamento ético.” (OP - Informal)</p> |
|  | Atitudes dos estudantes | Não tomaram nenhuma atitude | -----  |



|  |                    |                    |   |
|--|--------------------|--------------------|---|
|  |                    | Atitude incorrecta | -----   |
|  |                    | Atitude correcta   | <p>“Perante esta situação penso que agi correctamente.” (OP - Informal)</p> <p>“A minha atitude foi de respeito para com a pessoa por isso penso que tomei a atitude correcta.” (OP - Informal)</p> <p>“Penso que agi correctamente porque prestei os cuidados necessários mantendo sempre respeito pelo corpo da pessoa após a morte.” (OP - Informal)</p> <p>“Penso que a minha atitude foi correcta porque penso que consegui demonstrar ao doente disponibilidade, atenção, aceitação e respeito, estabelecendo uma relação empática.” (OP - Informal)</p>  |
|  | Valores envolvidos | Terminais          | <p>“Este caso marcou-me pela dedicação, cuidado e atenção por parte da família. Eles preocupavam-se com ele, com o seu bem-estar mas queriam-no com eles e durante as visitas estavam presentes e dedicados, davam-lhe a mão, limpavam o suor da testa, faziam questão de ser eles a fazer a barba e até perguntaram se era necessário estar alguém de manhã cedo para lhe prestar os cuidados de higiene porque já estavam habituados a fazê-lo em casa. Acho que esta família deu a muita gente uma grande lição de vida.” (OP - Informal) – <b>Segurança familiar</b></p> <p>“Foi uma experiência marcante, pelos sentimentos que me despertou e que me levou a pensar acerca do sentido da vida e no que eu como enfermeira posso oferecer a um doente destes.” (OP - Informal) - <b>Vida</b></p> <p>“Apesar da morte ser algo que me “fascina”, ou seja, todo aquele misticismo envolvente, naquela noite fez-me pensar sobre a vida, como em poucas horas ou segundos tudo pode mudar e reflecti também sobre a velhice, o envelhecimento</p> |

|  |  |               |  |
|--|--|---------------|--|
|  |  |               | <p>humano a nível físico e social, e foram várias as questões que coloquei: viver tantos anos mas sem qualidade de vida para quê? Porque é que estas pessoas estão a sofrer tanto? Porque não morrer com dignidade, em suas casas, nas suas camas, acompanhado pelas pessoas que ama? São implicações éticas que, quando abordadas em sala de aula, podemos até demonstrar interesse, são assuntos polémicos, a eutanásia por exemplo, mas não fazemos a devida reflexão, só mesmo em situações concretas e bem reais é que nos debruçamos profundamente sobre o assunto.” (OP - Informal) - <b>Vida</b></p> <p>“Em algumas alturas vi o senhor chorar baixinho enquanto a senhora dormia e, muito honestamente, rezei para que ela não morresse.” (OP - Informal) - <b>Amor</b></p> <p>“Foi uma experiência que me marcou por ser novidade e por ver a dedicação e a fragilidade dos familiares no respeito para com o seu ente querido.” (OP - Informal) – <b>Segurança familiar</b></p> <p>“Cada indivíduo tem a sua dignidade e há que preservá-la e respeita-la desde o seu nascimento ate à sua morte.” (OP - Informal) – <b>Reconhecimento social</b></p> |
|  |  | Instrumentais | <p>“Também não me consegui manter indiferente ao realizar os cuidados ao corpo, eu sei que é um corpo morto, alguém que já não existe, mas que existiu e, por isso, deve ser respeitado por tal. É complicado e marcou-me por isso. Se me perguntar o que aprendi não sei muito bem dizer... acho que aprendi que também se morre e que se devem respeitar as pessoas mesmo após a sua morte.” (OP - Informal) - <b>Intelectual</b></p> <p>“Se calhar só aprendi coisas que promoveram o meu desenvolvimento pessoal, mas</p>  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>também acho que crescendo pessoalmente, cresço profissionalmente porque agora preocupo-me mais em conversar de forma a colher dados e a não julgar as pessoas pelas aparências. Às vezes é importante identificar os recursos das pessoas e quais das visitas é que são os pontos de referência.” (OP - Informal) - <b>Honestidade</b></p> <p>“Cada doente é único e como tal, procurei personalizar o mais possível a assistência prestada e respeitar a individualidade dos mesmos. Através da comunicação terapêutica penso que consegui demonstrar ao doente disponibilidade, atenção, aceitação e respeito, estabelecendo uma relação empática.” (OP - Informal) - <b>Responsável</b></p> <p>“Lembro-me numa das aulas discutirmos isso em que a professora disse que os cuidados paliativos tinham como um dos pontos-chave a qualidade de vida e o controlo dos sintomas e que se acontecesse o doente morrer não era considerado eutanásia. Tentei colocar-me no lugar dele, sou absolutamente a favor da defesa da vida mas se fosse em mim preferia ter menos quantidade com mais qualidade de vida.” (OP - Informal) – <b>Lógico</b></p> <p>“Tentei colocar-me no lugar dele e pensar nas implicações que uma situação destas traz e a transformação que provoca na vida das pessoas.” (OP - Informal) – <b>Intelectual</b></p> <p>“Apesar deste ligeiro défice de conhecimentos inicial tenho consciência que actuei sempre com responsabilidade e em conformidade com a condição de cada doente, nunca colocando em risco a sua integridade física e/ou mental.” (OP - Informal) – <b>Responsabilidade</b></p> |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>“Eu sei que até eu tive vontade de o contar a amigas minhas mas o sigilo profissional é para ser cumprido e não para toda a gente do hospital saber o que a jovem tinha.”<br/>(OP - Informal) – <b>Responsabilidade</b></p> |
|--|--|--|--|