



**MARÍLIA DOS
SANTOS RUA**

**DE ALUNO A ENFERMEIRO. DESENVOLVIMENTO
DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE ENSINO
CLÍNICO**



**MARÍLIA DOS
SANTOS RUA**

**DE ALUNO A ENFERMEIRO. DESENVOLVIMENTO
DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE ENSINO
CLÍNICO**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor, em Ciências da Saúde, realizada sob a orientação científica 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 e Coorientação do Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu, Professor Coordenador, com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

o júri

presidente

Professor Doutor Armando da Costa Duarte
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria Isabel Lobo de Alarcão e Silva Tavares
Professora Catedrática Aposentada da Universidade de Aveiro

Professor Doutor Nelson Fernando Pacheco da Rocha
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria Ângela Perpétua Rodrigues,
Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

Professora Doutora Alcione Leite da Silva
Professora Associada Convidada da Universidade de Aveiro

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

Professor Doutor José Joaquim Penedos Amendoeira Martins
Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde de Santarém

agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível com o apoio que recebi de várias pessoas. A todos quero expressar o meu muito obrigada e de uma forma especial:

À Professora Doutora Isabel Alarcão, orientadora deste trabalho, pelo estímulo, disponibilidade e apoio demonstrados durante a elaboração do mesmo. Nela encontrei o esclarecimento e o encorajamento indispensáveis nos momentos de dúvida, a sugestão e a crítica oportuna que me permitiram abrir novos caminhos.

Ao Professor Doutor Wilson Abreu, co-orientador desta investigação, pelas reflexões pertinentes, pelo apoio e consideração que sempre demonstrou.

Aos alunos do 2º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, pelo empenho e motivação que foram mantendo ao longo do percurso que juntos percorremos e que foi sem dúvida enriquecedor e fundamental para a concretização deste trabalho.

Aos Enfermeiros da prática clínica que comigo colaboraram enquanto supervisores ou tutores dos alunos nos estágios clínicos ou apenas como colegas.

Às instituições onde decorreram os ensinamentos clínicos pela abertura e facilidades que sempre me concederam.

Ao Professor Doutor Nelson Pacheco da Rocha, pela confiança e pela compreensão.

Ao amigo Manuel Gameiro, pelas críticas construtivas e oportunas.

À Lurdes, à Célia e à Gracinda pelo estímulo e pela amizade.

À Anabela e à Margarida por me escutarem.

À minha família que me apoiou incondicionalmente e soube compreender a minha “ausência”...

Aos meus pais pela vida, pela visão do futuro, pelo amor...sobretudo á minha mãe que “partiu” no início desta caminhada.

Ao Fernando, à Joana e à Mariana pela *família* que somos.

palavras-chave

enfermagem, formação, ensino clínico, desenvolvimento de competências, supervisão, modelo bioecológico

resumo

A formação em enfermagem tem acompanhado a evolução sociocultural e científico-tecnológica procurando dar resposta às exigências dos utentes e, sobretudo, à complexidade e à imprevisibilidade dos contextos de prestação de cuidados.

Segundo os novos paradigmas de formação, pretende-se que os alunos desenvolvam competências que lhes permitam “agir em situação”. Neste estudo procurámos compreender de que forma os alunos desenvolvem as suas competências em contextos de ensino clínico e quais os factores que, à luz da perspectiva bioecológica de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner e Morris, 1998) e do seu modelo PPCT (Pessoa, Processo, Contexto e Tempo), se constituem como facilitadores ou inibidores desse desenvolvimento.

Optámos por uma metodologia predominantemente qualitativa, através de um estudo de caso, referente ao 2º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (2002-2003 a 2005-2006).

Para além da análise documental para contextualização do ensino clínico no currículo do curso, foram recolhidas narrativas dos alunos e supervisores relativas às suas vivências em ensino clínico durante todo o percurso formativo. Os resultados da análise de conteúdo das narrativas, de natureza qualitativa, foram triangulados com as classificações dos alunos nas grelhas de avaliação de competências e respectivos relatórios e procuraram responder à primeira questão de investigação que visava analisar o desenvolvimento de competências e as perspectivas dos actores envolvidos nesse processo. A resposta à segunda questão, que incidia sobre os factores de desenvolvimento à luz do modelo PPCT, foi baseada essencialmente na análise das narrativas.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que o desenvolvimento de competências ocorre de forma integradora, combinando sinergeticamente diferentes dimensões (cognitiva, atitudinal, comunicacional e técnica) ao longo dos ensinamentos clínicos, num processo dinâmico, dialéctico e progressivo. E ainda que, à luz do modelo PPCT, sobressaem determinados factores influenciadores do desenvolvimento de competências.

Assim, relativamente à Pessoa, emergem as características pessoais, os papéis desempenhados, a interpessoalidade, o contacto com a morte e com situações de sofrimento, sendo também significativa a emergência de uma componente afectivo-emocional. Quanto ao Processo, (que assume especial relevância), destacam-se as actividades e os processos proximais, as estratégias supervisivas, as dificuldades sentidas pelos supervisores, de entre as quais sobressai a falta de preparação para a tarefa. A análise dos Contextos revela que, no microsistema, o destaque vai para as especificidades de cada contexto e a atmosfera envolvente enquanto que, no mesosistema, a participação multicontextual e o conhecimento intercontextual se manifestam como relevantes.

resumo (cont.)

No exossistema, salienta-se a importância do relacionamento interinstitucional e dos modelos de parceria e, ao nível macrosistêmico, emergem de forma subtil, indícios da influência das políticas de gestão hospitalar e da formação assim como da matriz conceptual de enfermagem. No que se refere ao Tempo, a importância da continuidade dos processos proximais (microtempo) e a periodicidade dos ensinamentos clínicos (mesotempo) mereceram referências significativas.

keywords

nursing, education, clinical practice, development of competences, supervision, bioecological model

abstract

Nursing education has followed the sociocultural and scientific and technological evolution in an attempt to find answer to the client's demands and mainly to the complexity and unpredictability of the health care context.

According to the new educational paradigms, it is intended that the students develop abilities which allow them to "act on situation". In this study we sought to understand in which way the students develop their abilities on clinical teaching contexts and which are the factors that, under the bioecological human development perspectives (Bronfenbrenner and Morris, 1998) and its PPCT model (Person, Process, Context, Time), are constituted as facilitators or inhibitors of that development.

We selected a predominately qualitative methodology, using a case study referring to the 2nd Course of the Nursing Bachelor Degree, in University of Aveiro School of Health (2002-2003 to 2005-2006).

In addition to the documental analysis in order to contextualise the clinical teaching on the course curriculum, students and supervisors narratives concerning their experiences on clinical teaching during the entire training course were collected. The content analysis of the narratives, of qualitative nature, were triangulated with the students classifications on the evaluation grids regarding the abilities and respective reports, and tried to answer to the first research question, which aimed to analyse the development of the abilities and perspectives of the actors involved in that process. The answer to the second question, which came across the development factors under the PPCT model, was based chiefly on the analysis of the narratives.

The final results allow us to conclude that the development of abilities occurs in an integrating way, combining synergistically different dimensions (cognitive, attitudinal, communicational and technical), throughout the clinical teaching, in a dynamic, dialectic, and progressive process. And also, under the PPCT model, certain factors which influence the development of abilities are highlighted.

In what the Person is concerned, personal characteristics come into sight, along with the roles played, the interpersonality and the contact with death and suffering situations, being also significant the emergency of an affective and emotional element. As to the Process (which is of special relevance), the proximal activities and processes are pointed out, as well as strategies of supervision and difficulties experienced by the supervisors, from which the lack of preparation for that task stands out. The content analysis reveals that, in the microsystem, the importance goes to the specificities of each Context and the involving atmosphere, whereas in the mesosystem the importance goes to the multicontextual participation and intercontextual knowledge.

abstract (cont.)

In the exosystem, the importance of the interinstitutional relationship and the partnership models is emphasized and, at a macrosystemic level, signs of the influence of the policies of hospital management and training, as well as the conceptual matrix of nursing, are rising in a subtle way. To what the Time is concerned, the importance of the continuity of the proximal processes (microtime) and the periodicity of the clinical teaching (mesotime) deserved significant references.

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CS – Centro de Saúde

DAC – Diário de Acompanhamento

DAP – Diário de Aprendizagem

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

FADES – Formação Avançada para Docentes do Ensino Superior

IAINE – Instituições de Apoio ao Indivíduo com Necessidades Especiais

ICN – International Council of Nursing

IPSS – Instituições Privadas de Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCSUA – Programa Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

PPCT – Processo, Pessoa, Contexto e Tempo

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RN – Recém-nascido

SAM – Sistema Apoio Médico

SAPE – Sistema Apoio Prática Enfermagem

SCE – Supervisão Clínica Enfermagem

SINUS – Sistema de Informação nas Unidades de Saúde

SPA – Sector Público Administrativo

SPC – Seminários e Prática Clínica

UA – Universidade de Aveiro

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	1
Enquadramento e problemática do estudo.....	1
Justificação da escolha do objecto de estudo	3
Questões de investigação e objectivos do estudo.....	4
Paradigma metodológico e tipo de estudo	4
Organização da tese.....	6
PARTE I – ENFERMAGEM FORMAÇÃO E CONTEXTOS ECOLÓGICOS	
11	
1– PARA UMA IDENTIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	13
1.1– NATUREZA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	15
1.2– ENFERMAGEM: SABERES E PRÁTICAS	29
1.3– COMPETÊNCIAS E IDENTIDADES PROFISSIONAIS.....	35
2– A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	57
2.1– O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE SABERES	59
2.2– A FILOSOFIA DAS ESCOLAS E A CONCEPÇÃO DOS CURRÍCULOS	66
2.3– A RELEVÂNCIA DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS NO ENSINO DE ENFERMAGEM.....	71
3– O ENSINO CLÍNICO NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	77
3.1– A CLÍNICA COMO ESPAÇO PRIVILEGIADO DE FORMAÇÃO	78
3.2– APRENDIZAGEM EM CONTEXTO CLÍNICO: ACTORES, CONTEXTOS E PROCESSOS.....	84
3.3– DINÂMICAS DE SUPERVISÃO NO ENSINO CLÍNICO.....	99
4– UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA DE FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	117
4.1– DA TEORIA ECOLÓGICA AO MODELO BIOECOLÓGICO.....	118

4.2– ESPAÇOS DE FORMAÇÃO COMO CONTEXTOS ECOLÓGICOS POR EXCELÊNCIA	139
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	145
CAPÍTULO I – METODOLOGIA	147
1– OPÇÕES METODOLÓGICAS	149
2– CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO: FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NA ESSUA	159
2.1– CONTEXTO ORGANIZACIONAL.....	159
2.2– CONSTRUÇÃO DO CURRÍCULO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS DE FORMAÇÃO	161
2.3– ENSINOS CLÍNICOS: TEMPO, CONTEXTOS, PESSOAS E PROCESSO.....	172
3– PARTICIPANTES NO ESTUDO	195
3.1-CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES	196
4– FONTES, MÉTODOS E TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS	201
4.1– NARRATIVAS DOS ACTORES.....	202
4.1.1 – Diários de aprendizagem e de acompanhamento	202
4.1.2 – Entrevistas.....	206
4.2– DOCUMENTOS OFICIAIS	208
4.2.1 – Relatórios de Estágio.....	208
4.2.2– Grelha de Avaliação de Competências	208
4.2.3 – Outros Documentos Oficiais	209
4.3– A INVESTIGADORA NO TERRENO	210
4.3.1 – Observação Participante.....	212
5– ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS.....	217
5.1– TRATAMENTO ESTATÍSTICO	218
5.2– ANÁLISE DE CONTEÚDO	219

CAPÍTULO II –DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: CONTEXTOS E PROCESSOS	233
1– DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ALUNOS DO CLE NO CONTEXTO DE ENSINO CLINICO	237
1.1– EVOLUÇÃO DAS CLASSIFICAÇÕES DOS ALUNOS RELATIVAS ÀS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLINICO .	238
1.1.1 – Ensino Clínico II	240
1.1.2 – Ensino clínico III	243
1.1.3.– Ensino clínico IV.....	245
1.1.4 – Ensino clínico V.....	247
1.1.5– Ensino clínico VI.....	249
1.1.6.– Ensino clínico VII.....	251
1.2– AS VIVÊNCIAS DOS ACTORES EM CONTEXTO DE ENSINO CLINICO.....	255
1.2.1 – Os Sentimentos.....	257
1.2.1 – As Dificuldades	271
2– PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ALUNOS DO CLE EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO À LUZ DO MODELO PPCT	295
2.1– AS PESSOAS.....	297
2.1.1 - Recursos bioecológicos	297
2.1.2 – Características de demanda.....	300
2.1.3 – Disposições.....	300
2.1.4 – Papéis	302
2.1.4 – Interpessoalidade	311
2.1.5 – Situações marcantes	320
2.2– O PROCESSO.....	327
2.1.1 – Processos Proximais.....	328
2.2.2 – Processo de Supervisão e Avaliação	338
2.3– OS CONTEXTOS	356
2.3.1– Microsistema.....	356

2.3.2 – Mesosistema.....	364
2.3.3 – Exosistema.....	369
2.3.4 – Macrosistema.....	379
2.4– O TEMPO.....	381
2.4.1 – Microtempo.....	381
2.4.2– Mesotempo.....	383
2.4.3 – Macrotempo.....	384
CAPÍTULO III - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA.....	387
1– DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ALUNOS EM CONTEXTO DE ENSINO CLINICO.	391
... as classificações e a confirmação de desenvolvimento de competências.....	391
... as classificações e os estádios de desenvolvimento de competências.....	395
2– DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ALUNOS EM CONTEXTO DE ENSINO CLINICO À LUZ DO MODELO BIECOLOGICO PPCT.....	401
... alunos enquanto Pessoas.....	402
... alunos e Processo.....	408
... alunos e Contextos.....	417
... alunos e Tempo.....	422
CONCLUSÃO.....	425
Conclusões.....	428
Limitações do estudo.....	435
Implicações do estudo.....	436
Linhas de investigação futuras.....	438
BIBLIOGRAFIA.....	441
IDENTIFICAÇÃO DE APÊNDICES.....	469
IDENTIFICAÇÃO DE ANEXOS.....	473

INDICE DE FIGURAS

	Pág
Figura 1 – As correntes de pensamento na disciplina de enfermagem, (adaptado de Kérouac et al 1996:19).....	18
Figura 2 – Cronologia das concepções de enfermagem segundo o seu agrupamento em escolas (baseado em Kérouac <i>et al</i> , 1996 e Tomey e Alligood, 2004).	19
Figura 3 – Ilustração dos factores que interferem no saber agir com pertinência, (adaptado de, Le Boterf, 2003:160).	46
Figura 4 – Ilustração dos domínios do desenvolvimento de competências, (adaptado de Le Boterf, 1994, 2003: 50).	47
Figura 5 – Ilustração dos domínios de competência dos enfermeiros de cuidados gerais (adaptado de Ordem Enfermeiros, 2003:13).	51
Figura 6 – O processo de desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, (adaptado de Chinn e Krammer, 1999:8).	64
Figura 7 – Ilustração dos factores intervenientes no desenvolvimento curricular.	69
Figura 8 – Ilustração dos elementos presentes no contexto clínico.....	87
Figura 9 – Orientações adaptativas do processo de aprendizagem, (adaptado de Kolb, 1984).	92
Figura 10 – Processo de aprendizagem e formas básicas do conhecimento (adaptado de Kolb, 1984).	93
Figura 11 – Competências e estilos de aprendizagem (adaptado de Kolb 1984 / Abreu 2007).	94
Figura 12 – Ambiente ecológico de desenvolvimento do aluno de enfermagem em contexto de ensino clínico (baseado em Portugal, 1992:40 e Alarcão e Sá-Chaves, 1994:207).	120
Figura 13 – Ilustração da articulação de múltiplas fontes de evidência, utilizadas no estudo.....	157
Figura 14 – Esquematização da metodologia do estudo, (com base no modo estudo de caso proposta por Yin (1994), adaptado de Lessard <i>et al</i> 1990: 173).	158
Figura 15 – Modelos de acompanhamento de alunos em estágio clínico definido pela ESSUA.	185
Figura 16 – Esquematização da recolha, organização e análise de dados, (com base na estratégia de estudo de caso proposta por Yin, 1994).	217
Figura 17 – Ilustração dos ramos da árvore.....	222
Figura 18 – Visualização das “categorias” integradas na Base de Dados.....	223
Figura 19 – Visualização das Dimensões integradas na árvore.....	224
Figura 20 – Visualização dos Domínios e Categorias referentes à Dimensão – Vivências.	225
Figura 21 – Visualização das Categorias e Subcategorias do Desenvolvimento de Competências.....	226
Figura 22 – Visualização das Subcategorias da Pessoa.....	227
Figura 23 – Visualização das Subcategorias do Microsistema.....	229

Figura 24 – Visualização das Subcategorias do Mesosistema.	230
Figura 25 – Visualização das Subcategorias do Exosistema.	230
Figura 26 – Visualização das Subcategorias do Macrosistema.	231
Figura 27 – Visualização das Subcategorias do Cronosistema.	231
Figura 28 – Visualização das Categorias e Subcategorias da Avaliação Geral.	232
Figura 29 – Elementos de análise para responder à 1ª questão de investigação.	237
Figura 30 – Ilustração dos elementos em análise nas narrativas.	257
Figura 31 – Ilustração da análise dos sentimentos vivenciados pelos alunos ao longo dos Ensinos Clínicos.	271
Figura 32 – Ilustração das dificuldades dos alunos por dimensão.	292
Figura 33 – Ilustração dos elementos presentes no emergir das dificuldades.	294
Figura 34 – Dimensões em análise para responder à segunda questão de investigação.	295
Figura 35 – Ilustração dos elementos em análise relacionados com a Pessoa, o Processo o Contexto e o Tempo.	296
Figura 36 – Síntese dos elementos em análise relacionados com a pessoa.	327
Figura 37 – Ilustração da inter-relação entre as actividades.	355
Figura 38 – Ilustração do processo de supervisão.	356
Figura 39 – Ilustração dos aspectos emergentes dos contextos e influenciadores do desenvolvimento de competências dos alunos.	381
Figura 40 – Factores influenciadores do desenvolvimento de competências.	390

INDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 – Apresentação das classificações por ensino clínico e por dimensão de competência238

ÍNDICE DE QUADROS.....	Pág.
Quadro 1 – Estilos de supervisão e skills do supervisor, segundo Glickman (1985) (adaptado de Alarcão e Tavares, 2003).	111
Quadro 2 – Apresentação das táticas utilizadas para validação do estudo, (de acordo com proposta de Yin 1994).	156
Quadro 3 – Plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.....	166
Quadro 4 – Distribuição dos Ensinos Clínicos por ano e por semestre.....	173
Quadro 5 – Representação de uma grelha de avaliação de competências	193
Quadro 6 – Fontes de Evidência e Questões de Investigação.....	202
Quadro 7 – Distribuição dos dados recolhidos através dos diferentes instrumentos de colheita de dados, por ensino clínico.....	215

INDICE DE GRÁFICOS.....	Pág.
Gráfico 1 – Distribuição de alunos por idade e sexo.	196
Gráfico 2 – Distribuição dos dados colhidos por estágio,	197
Gráfico 3 - Distribuição de dados colhidos por estágio, relativos à participação dos supervisores.	199
Gráfico 4 – Evolução temporal das classificações por ensino clínico e por dimensão de competência (média e desvio padrão).	240

ÍNDICE DE APÊNDICES¹

Apêndice 1 – Caracterização socioclínica dos contextos de ensino clínico

Apêndice 2 – Documento Orientador da elaboração DAP

Apêndice 3 – Documento Orientador elaboração DAC

Apêndice 4 – Guião Entrevista a alunos

Apêndice 5 – Guião Entrevista Supervisores

Apêndice 6 – Ofícios a solicitar observação dos alunos

Apêndice 7 – Grelha Observação

Apêndice 8 – Apresentação da definição de cada “nó” da base de dados

Apêndice 9 – Apresentação da definição de cada uma das categorias de análise

¹ - Os apêndices são apresentados em formato digital, em CD

ÍNDICE DE ANEXOS²

Anexo 1 – Guia Orientador do Ensino Clínico II

Anexo 2 – Guia Orientador do Ensino Clínico III

Anexo 3 – Guia Orientador do Ensino Clínico IV

Anexo 4 – Guia Orientador do Ensino Clínico V

Anexo 5 – Guia Orientador do Ensino Clínico VI - Pediatria

Anexo 6 – Guia Orientador do Ensino Clínico VI - Psiquiatria

Anexo 7 – Guia Orientador do Ensino Clínico VII

Anexo 8 – Modelo de acompanhamento de Alunos em Ensino Clínico

Anexo 9 – Notas dos últimos candidatos colocados na 1ª fase, no CLE da ESSUA

² - Os anexos serão apresentados em formato digital em CD

INTRODUÇÃO

Enquadramento e problemática do estudo

O debate e reflexão sobre a formação é hoje mais evidente e decorre das novas exigências que se colocam no domínio das diferentes profissões, as quais procuram acompanhar as transformações científicas, tecnológicas, socioeconómicas e culturais. Esta evolução, ocorrida sobretudo nas últimas décadas, exige dos profissionais um desempenho competente para *agir em situação*, que implica saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos em contextos de formação profissional.

A globalização que hoje vivenciamos, pautada pela competitividade, exigência, inovação, interactividade e evolução científica e tecnológica obriga a uma constante actualização dos saberes e das competências, numa atitude permanente ao longo da vida.

Convergentes com estes desafios, que se colocam aos profissionais das diferentes áreas, surgiram novos paradigmas de formação que colocam os formandos no centro de toda a acção pedagógica, imputando-lhe a responsabilidade pela sua própria aprendizagem de forma a tornarem-se alunos autónomos e, mais tarde, profissionais competentes, capazes de responder técnica e culturalmente a um conjunto de situações, mais ou menos complexas, com que diariamente se confrontarão.

A enfermagem enquanto profissão, neste contexto em que a imprevisibilidade é uma constante e em que as respostas às necessidades dos indivíduos impõem um desempenho situado e competente, tem acompanhado esta evolução, num processo dinâmico e interactivo, procurando responder às actuais exigências e tentando implementar, nos contextos clínicos, as práticas inerentes a um exercício profissional autónomo e responsável.

No contexto português, a criação, em 1998, da Ordem dos Enfermeiros, reflecte o reconhecimento formal, por parte do Estado de que os enfermeiros constituem uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento dos serviços de saúde sendo, na actualidade, o garante da acessibilidade da população a cuidados de saúde, mais especificamente cuidados de enfermagem, de qualidade.

Reiterando a perspectiva da evolução social nas últimas décadas e consequentes expectativas relativamente aos cuidados de saúde/enfermagem pode ler-se, no preâmbulo do Decreto-Lei 104/1998, de 21 de Abril:

“O exercício da profissão de enfermeiro remonta, em Portugal, a finais do século XIX, sendo que, a partir da 2.^a metade do século XX, as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente.

Assim, os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem.

A formação dos enfermeiros, integrada no sistema educativo nacional a nível do ensino superior desde 1988, permitiu o acesso aos diferentes graus académicos e a assunção das mais elevadas responsabilidades nas áreas da concepção, organização e prestação dos cuidados de saúde proporcionados à população.

De igual modo, o desenvolvimento induzido pela investigação tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde.”

Neste contexto a Ordem dos Enfermeiros definiu, em 2003^b, as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, nos domínios da Prática Profissional, Ética e Legal; da Prestação e Gestão de Cuidados e do Desenvolvimento Profissional tendo por base os pressupostos, enunciados nos seus estatutos, no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem e no Código Deontológico do Enfermeiro

Um exercício profissional a este nível implica, desde logo, uma sólida formação em termos científicos, tecnológicos, éticos e humanistas, capaz de promover a continuidade do desenvolvimento de competências que permitam ao enfermeiro actuar nos contextos reais de prestação de cuidados dominados pela emergência de novas doenças, pelo envelhecimento da população, pelo desenvolvimento científico-tecnológico, pela instabilidade das políticas de gestão e, sobretudo, pela consciência da complexidade decorrente do processo de “cuidar”.

Neste âmbito, a formação em enfermagem tem que responder aos desafios que se colocam a nível profissional e, simultaneamente, porque integrada no Ensino Superior Politécnico, aos novos paradigmas de formação e à legislação em vigor. Neste sentido, a formação em enfermagem em Portugal ocorre, desde 1999 (Decreto-Lei N.º 353/99, de 3 de Setembro de 1999), ao nível de Licenciatura pressupondo ainda que esta formação tenha uma forte componente de ensinamentos clínicos (50% da carga horária), nos quais se pretende que os alunos desenvolvam as competências necessárias e congruentes com as definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o ingresso na profissão.

Justificação da escolha do objecto de estudo

Como profissional de saúde, na área de enfermagem, desde há muito que nos preocupa a formação dos novos profissionais, sobretudo no que se refere aos contextos de ensino clínico.

A nossa experiência docente na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), na construção do Currículo do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) acentuou ainda mais esta preocupação, não só pela necessidade de dar cumprimento legal ao número de horas estabelecido para a componente Ensino Clínico e à grande diversidade dos contextos em que estes decorrem mas também, por estes se constituírem como elementos fundamentais no processo de formação.

Consideramos que os Ensinos Clínicos são momentos importantes para o desenvolvimento de competências dos futuros profissionais e, como tal, as actividades a realizar terão que estar muito bem articuladas com os conhecimentos adquiridos na escola, sendo hoje consensual que as escolas e as instituições onde se realizam os ensinos clínicos devem trabalhar em parceria, conjugando as lógicas de cada um e criando uma lógica inter-institucional de formação, no sentido de partilhar objectivos e estratégias de formação e de potencializar recursos e saberes, diminuindo a dicotomia entre a teoria e a prática que ainda hoje encontramos nos percursos formativos.

Sustentadas pela perspectiva bioecológica de Bronfenbrenner e Morris (1998) pretendemos, enquanto docentes do CLE, contribuir para a formação de profissionais competentes, reflexivos e que, ao longo da vida, vão evoluindo no sentido de acompanhar as mudanças que vão emergindo. Conscientes da importância da relação entre os alunos e os contextos de formação sentimos necessidade de investigar quais os factores que influenciam o desenvolvimento de competências e que podem estar presentes em cada ensino clínico.

Com este projecto de investigação pretendemos, assim, contribuir para o conhecimento sobre o desenvolvimento de competências em contextos de ensino clínico e, simultaneamente, para a avaliação do currículo do CLE da ESSUA no sentido de o ajustar, ao nível de competências esperadas dos alunos/futuros profissionais, com base no conhecimento dos factores facilitadores ou inibidores do desenvolvimento das mesmas.

A circunstância de nos ter sido atribuída a responsabilidade do Centro de Estágios, no âmbito das nossas funções docentes, veio de alguma forma incentivar a realização deste trabalho, pois permitiu-nos uma intervenção muito directa na

organização e avaliação dos ensinamentos clínicos, bem como uma relação estreita com os diferentes actores envolvidos: docentes, alunos e supervisores clínicos.

Questões de investigação e objectivos do estudo

Convergentes com o nosso propósito e as nossas preocupações e, tendo subjacente a perspectiva ecológica de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979) mais tarde expandida para bioecológica por Bronfenbrenner e Morris (1998) formulámos como questões de investigação deste trabalho:

- Como se evidencia, nas classificações, e é vivenciado na perspectiva dos diversos actores, o desenvolvimento de competências do aluno do CLE em contextos de ensino clínico?
- Em que termos os elementos do modelo bioecológico de desenvolvimento humano, de Bronfenbrenner e Morris (1998), são vivenciados e valorizados no desenvolvimento de competências dos alunos do CLE em contexto de ensino clínico?

Decorrentes destas questões de investigação formulámos como objectivos do estudo:

- Compreender o processo de desenvolvimento de competências do aluno do CLE no contexto ecológico de estágio clínico, na perspectiva dos diversos actores.
- Analisar o processo de desenvolvimento de competências do aluno do CLE no contexto de ensino clínico à luz da Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner e Morris.
- Identificar os diferentes estádios de desenvolvimento de competências do aluno do CLE

Paradigma metodológico e tipo de estudo

Tendo como propósito conhecer e compreender os factores que influenciam o desenvolvimento de competências do aluno do CLE, em contexto de Ensino Clínico, entendemos que um paradigma de investigação qualitativo seria o mais adequado para responder às questões de investigação formuladas.

Em consonância com as características ecológicas e naturalistas do estudo, relativamente a cada ensino clínico foi analisada a avaliação das competências dos

alunos, realizada em termos quantitativos pelos supervisores, sobretudo para dar resposta à primeira questão de investigação. Na análise dos dados resultantes da avaliação formal dos alunos utilizou-se uma metodologia quantitativa; contudo a metodologia qualitativa constitui-se como a mais relevante em todo o processo investigativo, centrado na análise das narrativas, sendo a triangulação dos dados emergentes das duas metodologias complementar e enriquecedora da investigação, tal como sustentam Lessard *et al* (1990), Miles e Huberman (1994) e Moraes e La torre (2006).

Sendo nossa intenção melhorar, com base nos resultados obtidos, o processo de formação em enfermagem na ESSUA, faria sentido focar a nossa investigação sobre um grupo de alunos desta mesma escola, durante o seu percurso formativo. Assumimos assim a estratégia de estudo de caso (estudo de caso único), tal como pressupõe Yin (1994), como a mais congruente com este propósito, definindo ainda, de acordo com a perspectiva ecológica, (Bronfenbrenner, 2005), o desenho de investigação como “*a short-term longitudinal design*” e, neste âmbito, o nosso caso (unidade de análise) é o grupo de alunos do 2º Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSUA, que teve início no ano lectivo 2002/2003 e terminou no ano lectivo 2005/2006.

Quanto à validade do estudo procurámos ser consistentes com a proposta de Yin (1994), nas diferentes fases da investigação, nomeadamente: utilizando múltiplas fontes de evidência e mantendo informantes de referência (validade de constructo); analisando os resultados à luz de uma matriz teórica (validade interna); confrontando os resultados obtidos com outros estudos (validade externa) e organizando uma base de dados e descrevendo detalhadamente o protocolo do estudo (fidedignidade).

Decorrente do paradigma metodológico adoptado neste trabalho, o nosso “trabalho de campo” implicou o acompanhamento de alunos, em contexto de ensino clínico, durante todo o percurso formativo, não só com o objectivo de compreender o desenvolvimento das suas competências, mas também, de conhecer os contextos, os processos e as pessoas com os quais os alunos estabeleciam interações.

Consideramos que este processo de acompanhamento dos alunos foi essencial para manter a sua motivação para a participação neste trabalho, a qual assenta essencialmente na narrativa dos seus “percursos de aprendizagem”, através da escrita de Diários de Aprendizagem e da realização de Entrevistas. O mesmo se pode afirmar relativamente à participação dos supervisores, ou seja, o seu envolvimento, através das narrativas (Diários de Acompanhamento) e Entrevistas, esteve muito interligado com a nossa “participação” em cada local onde decorria o ensino clínico.

Organização da tese

Da investigação realizada resultou a presente tese que está estruturada, em duas partes distintas. A primeira, **Enfermagem Formação e Contextos Ecológicos** corresponde ao quadro teórico de referência, que sustenta o trabalho empírico; a segunda corresponde ao Estudo Empírico, propriamente dito.

A primeira parte está organizada em quatro pontos, os quais passamos a sintetizar.

No ponto um, de uma forma global, pretendemos caracterizar os cuidados de enfermagem e reflectir sobre a sua natureza, salientar a emergência dos saberes no percurso da enfermagem até às práticas actuais e analisar o conceito subjacente às competências e identidade profissional.

São analisadas as diferentes concepções de enfermagem e de cuidados de enfermagem, perspectivadas ao longo dos tempos e integradas nas diferentes escolas (das necessidades, da interacção, dos efeitos desejados, da promoção da saúde, do ser humano unitário e do cuidar) e nos paradigmas da categorização, da integração e da transformação tal como nos apresentam Kérouac *et al* (1996) e Tomey e Allgood (2004). Incluímos também as perspectivas da Ordem dos Enfermeiros (2003) e do International Council of Nursing (2003).

Com base na perspectiva antropológica de Collière (1989, 2003) reflectimos sobre o percurso evolutivo da enfermagem – dos saberes às práticas, procurando evidenciar o contexto actual das práticas de enfermagem.

Para concluir este ponto fazemos alusão às perspectivas de diversos autores sobre o conceito de “competência”, transpondo-as para a prática de enfermagem e interligando as mesmas com a identidade profissional, com destaque para as posições de: Benner (1984), Dubar (1991, 1997^a, 1997^b), Le Boterf (1995, 1997, 2003), Perrenoud (1993, 2000, 2001), Alarcão (1996), Abreu (2001^a, 2007), Lopes (2001) e Pires (2002).

O **Ponto dois** engloba a reflexão sobre a formação em enfermagem, enquanto mediadora do processo de construção de saberes e do desenvolvimento de competências, à luz de uma proposta mais global da Comissão Internacional sobre a Educação para o Séc. XXI (1998) e da Organização Mundial de Saúde (1991), procurando evidenciar as especificidades da enfermagem relativas aos *saberes* e aos *padrões de conhecimento*, apontadas por Fawcett (1989), Chinn e Krammer (1991, 1999), Kérouac *et al* (1996), Meleis (1997) Meleis *et al* (2000) e Abreu (2001^a, 2007).

Abordamos ainda neste ponto a problemática da concepção dos currículos de formação de acordo com a legislação em vigor, desde as que vigoram no início deste trabalho até às propostas mais actuais decorrentes do Processo de Bolonha. Realçamos conjuntamente o conceito de escola enquanto organização social com cultura própria, apresentado por Tavares (1992) e a perspectiva de Alarcão (1992/1996, 2001^a), sobre a prática reflexiva e a escola reflexiva enquanto promotoras do desenvolvimento da qualidade da formação

Finalizamos este ponto centrando a reflexão sobre a importância dos referenciais teóricos no ensino da enfermagem apontados sobretudo por Fawcett (1989) e Meleis (1997).

Apresentamos, no **ponto três**, o ensino clínico como espaço privilegiado de formação, tendo em conta os actores, os contextos e os processos. Evidenciamos a importância deste período, enquanto dimensão importante do processo de socialização à profissão (Abreu 2001, 2003, 2007), porquanto é uma oportunidade única de vivenciar experiências que permitem aos alunos integrar e mobilizar os conhecimentos e, ainda, adquirir os saberes práticos e processuais necessários ao exercício da profissão. Interligamos esta perspectiva com a importância da *epistemologia da prática* defendida por Schön (1983) e integrada na reflexão sobre a *formação de professores* por Alarcão (1992/1996).

Deixamos ainda patente os constrangimentos que podem emergir das situações da prática clínica, enquanto influenciadores do desenvolvimento de competências dos alunos, resultantes não só da complexidade dos contextos, mas também do próprio aluno, enquanto pessoa em desenvolvimento.

Convocamos, já neste ponto, a perspectiva brofenbreniana de desenvolvimento humano, para sistematizar a reflexão sobre a aprendizagem em contexto clínico. Sobre os actores, evidenciamos os papéis de alunos e supervisores e a importância da interacção que entre eles se estabelece.

Abordamos a complexidade e imprevisibilidade dos contextos de prática clínica, donde decorrem elementos importantes para o desenvolvimento dos alunos mas, simultaneamente, enquanto espaços ansiogénicos e considerados “pesados”, sobretudo quando os alunos são confrontados com situações de grande sofrimento ou de morte, tal como defendem D’ Espiney (1997) e Abreu (2003).

Relativamente ao processo, apontamos as perspectivas de Dewey (1932), Schön (1983) e Kolb (1984), defensores da aprendizagem experiencial e os *princípios de formação*, validadores da experiência como aprendizagem apresentados por Alarcão (2001^a). Abordamos ainda a perspectiva de Schön relativa às estratégias de formação e à

reflexão, evidenciadas por Alarcão (1992/1996) ao defender a importância de uma prática reflexiva.

Fazemos também referência às dinâmicas de supervisão no ensino clínico, referenciando os trabalhos de Alarcão e Tavares (1987, 2003) e Abreu (2003, 2007) enquanto elementos importantes para a compreensão dos conceitos de supervisão e supervisão clínica, nomeadamente no que se refere à sua evolução e transposição das práticas pedagógicas para o contexto de prática clínica, assim como das estratégias de supervisão apresentadas.

Finalizamos o quadro teórico de referência apresentando o **ponto quatro**. Neste ponto centramo-nos numa abordagem ecológica de desenvolvimento profissional, baseada na perspectiva ecológica de desenvolvimento humano, apresentada inicialmente por Bronfenbrenner (1979), e mais tarde defendido por Bronfenbrenner e Morris (1998) como modelo bioecológico de desenvolvimento humano. Nele se afirma a importância de quatro elementos presentes e fundamentais no desenvolvimento: a Pessoa, o Processo, o Contexto e o Tempo (PPCT).

Os trabalhos de Alarcão e Sá-Chaves (1994) e Oliveira-Formosinho (1997), numa perspectiva de adaptação da teoria bronfenbreniana ao desenvolvimento profissional são, neste ponto, contributos importantes.

O modelo bioecológico tornou-se elemento fundamental para o desenvolvimento do nosso estudo empírico, pois que nele nos baseámos para formular as questões de investigação e o adoptámos como matriz de todo o processo de análise e discussão dos resultados obtidos.

A segunda parte foi organizada em três capítulos.

No primeiro capítulo – **Metodologia**, apresentamos (ponto 1) as **opções metodológicas** que assumimos, justificamos a adequação de uma metodologia mista, com enfoque na abordagem qualitativa mas em que a metodologia quantitativa se constitui como complementar ao processo e apresentamos a utilização da estratégia estudo de caso, de acordo com os pressupostos de Yin (1994).

No ponto dois, fazemos a **contextualização do estudo**, caracterizando de forma global o modelo de formação em enfermagem na ESSUA, descrevendo o contexto organizacional, o processo de construção do currículo e as estratégias de formação. Damos especial enfoque aos aspectos relacionados com os ensinamentos clínicos, período de formação sobre o qual incide o nosso trabalho de investigação salientando, à luz da perspectiva bioecológica, os elementos referentes à pessoa, ao processo, aos contextos e ao tempo.

Fazemos (no ponto 3) uma breve alusão aos **participantes no estudo**. No ponto quatro fazemos referências às **fontes, métodos e técnicas de recolha de dados**, caracterizando sumariamente as múltiplas fontes de evidência enquadradas segundo: *as narrativas dos actores* - Diários de Aprendizagem e de Acompanhamento e Entrevistas; *os documentos oficiais* - Relatórios de Estágio, Grelhas de avaliação de competências e outros documentos; a *investigadora no terreno*, o papel, as dificuldades sentidas e a observação participante.

Finalizamos este capítulo (ponto cinco) com a descrição do processo de **análise e tratamento de dados**, com realce para o processo de análise de conteúdo, sustentada pela utilização do software QSR N6 NUD*IST.

O capítulo dois – **Desenvolvimento de competências: contextos e processos**, corresponde à *apresentação e análise dos dados* e organiza-se em torno da resposta às duas questões de investigação formuladas. Relativamente à primeira questão fazemos a triangulação dos dados de natureza qualitativa e quantitativa, tentando compreender o processo de desenvolvimento de competências dos alunos através das classificações obtidas em cada ensino clínico e das suas narrativas relativas a esse mesmo processo.

A resposta à segunda questão de investigação pressupõe a análise das narrativas à luz da perspectiva bioecológica (Modelo PPCT), donde inferimos acerca dos factores promotores e inibidores do desenvolvimento de competências dos alunos.

O terceiro capítulo – **Desenvolvimento de competências: uma abordagem ecológica**, no qual fazemos a *discussão dos resultados*, configura-se congruente com o capítulo anterior no que se refere à sua organização. Neste capítulo confrontamos os nossos resultados com as perspectivas apresentadas no quadro teórico de referência e com dados resultantes de estudos similares nas áreas de Enfermagem e das Ciências da Educação.

A **conclusão** emerge no final deste trabalho, como corolário do mesmo. Nela expomos as conclusões do estudo empírico, fazendo referência às limitações que sobressaíram durante o mesmo, apresentamos as suas implicações finalizando com propostas de linhas de investigações futuras.

Em síntese, afigura-se importante referir que pretendemos que esta tese, embora composta por partes específicas e de natureza diversa, ora mais descritiva ora mais interpretativa, se constitua como um todo que documente o nosso percurso de investigação e, simultaneamente, como um património científico capaz de contribuir para as mudanças que se esperam nos contextos de formação em enfermagem.



PARTE I –

ENFERMAGEM FORMAÇÃO E CONTEXTOS ECOLÓGICOS

1 – PARA UMA IDENTIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Ao efectuarmos este enquadramento teórico pretendemos reflectir sobre o modo como os cuidados de enfermagem foram evoluindo e como foram reconhecidos através dos tempos, de forma a compreender a enfermagem na actualidade e no contexto Português.

Assim, ao reflectir sobre este tema, surgem-nos indubitavelmente algumas questões: Como podemos identificar o início da prática de cuidados? Qual a natureza dos cuidados de enfermagem? Que relação existe entre estes cuidados e a enfermagem enquanto profissão?

Na tentativa de clarificar estes aspectos considerámos importante: fazer uma abordagem do percurso histórico dos “cuidados”, tentando compreender a natureza dos cuidados de enfermagem e o que os diferencia de outros cuidados, mesmo no âmbito dos cuidados de saúde; reflectir sobre os “saberes e as práticas profissionais”; traçar o processo de evolução da identidade profissional e sistematizar as competências dos enfermeiros.

Muito antes de se considerar a existência da enfermagem como profissão ou disciplina existiam *cuidados*, relacionados com a sobrevivência, o bem-estar e a saúde do indivíduo. Refere-nos Collière (2003:102), que “Desde que surge vida, os cuidados existem, já que é necessário «cuidar da» vida para que esta permaneça”.

Estes cuidados, que estão na origem e subjacentes à sobrevivência de todas as culturas, são universais e surgem em redor dos grandes momentos da vida, que vão desde o nascimento até à morte, independentemente de estarem associados a situações de doença ou acidente. Na opinião de Collière (1999:28) “*Cuidar de la vida...* Este primer arte, verdadera creación que del nacimiento a la muerte participa del misterio de la búsqueda de la vida, de la vida que emerge, de la vida que lucha, de la vida que se desvanece, de la vida que resurge, de la vida que ensombrece...”

Mas será este cuidar exclusivo da enfermagem?

Este cuidar, que emerge do simples facto de estar vivo, não é exclusivo da enfermagem, não necessita de uma formação prévia nem de conhecimento científico subjacente. Estes cuidados, que foram prestados durante milhares de anos, fizeram emergir saberes que foram contribuindo para o aparecimento e evolução de diversas profissões e disciplinas.

“Há milhares de anos, *os cuidados foram criadores, inovadores, geradores de saberes*. Talvez o tenhamos esquecido em demasia. Saber da vida, como são as sabedorias das diferentes culturas. Saber de experiências, feitas por tentativas, ensaios e erros, a partir da relação que homens e mulheres teceram com o universo que os envolve, suscitando a interrogação sobre esse universo, levando-os a agir sobre ele para o tornar um aliado, dando assim origem à imensa diversidade de saberes empíricos.” (Collière 2003:103).

Neste percurso evolutivo, os cuidados foram-se diferenciando em torno de dois eixos, que, na opinião da autora supracitada, geraram duas orientações distintas: Assegurar a manutenção, a continuidade da vida e fazer recuar a morte. Estas orientações, que no início coexistiram e foram complementares, mas que com o emergir do pensamento dialéctico que identifica o *Mal*, como tudo o que pode provocar o mal-estar e pode provocar a morte e o *Bem*, que é identificado como tudo o que faz viver, deram origem a uma dissociação dos cuidados a serem prestados por Mulheres ou por Homens.

A mesma autora acrescenta ainda que às mulheres competia a prestação de cuidados que se realizavam em torno de tudo o que cresce, desde a gravidez, dar à luz, tomar conta de crianças, doentes, idosos e moribundos, enquanto aos homens era pedido que garantissem a sobrevivência, através da caça, da defesa territorial, de tratar os feridos de caça e das lutas, garantindo assim o afastamento da morte, através da utilização de força e de instrumentos adequados.

O que poderá ter sido a génese dos cuidados começa a diferenciar-se entre cuidados assegurados por homens e cuidados assegurados por mulheres. Nesta perspectiva, surge um conjunto de actividades que se tornam indispensáveis e que, ao serem assumidas por homens ou por mulheres, serão o prelúdio “da divisão sexuada do trabalho, que irá marcar, de maneira determinante, consoante as culturas, as épocas, o lugar do homem e da mulher na vida social e económica.” (Collière, 1989:28)

Onde se inserem então os cuidados de enfermagem? De que aspectos tão diferenciados se revestem para serem “inscritos” numa profissão e serem identificados como exclusivos? A resposta a esta e outras questões pode estar na clarificação da natureza destes mesmos cuidados, que abordaremos no ponto seguinte.

1.1 – NATUREZA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

No início do Séc. XXI, a enfermagem continua a questionar-se sobre a natureza dos cuidados que presta. Esta procura mantém-se pela necessidade de se afirmar enquanto profissão demonstrando que é insubstituível no que tem para oferecer à comunidade: Cuidados de enfermagem.

O que são os cuidados de enfermagem? Qual a sua natureza?

Nem sempre encontramos definições claras e objectivas sobre os cuidados de enfermagem e a sua natureza, o que entendemos como resultado da dificuldade em clarificar conceitos e em conseguir desligar a enfermagem – profissão dos cuidados que presta o enfermeiro.

Apesar das diferentes concepções de enfermagem e de cuidados que foram emergindo ao longo dos tempos nas diferentes sociedades, há consenso quanto ao facto de que a pessoa é a figura central dos cuidados de enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros (2003^b:5) define Cuidados de Enfermagem como:

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.”

Esta definição de cuidados de enfermagem tem por base a perspectiva do International Council of Nursing (ICN)³ apresentada por Alexandre e Runciman (2003)

“**Nursing** encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying, people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.” (ICN, 2003)

Esta perspectiva actual de cuidados de enfermagem e enfermagem, nacional e internacional, respectivamente, é o culminar da evolução da profissão em cada contexto sociocultural. Apesar do ICN representar uma grande número de países, a perspectiva da

³ - ICN's Mission: To represent nursing worldwide, advancing the profession and influencing health policy. The International Council of Nurses is a federation of national nurses' associations (NNAs), representing nurses in more than 128 countries. Founded in 1899, ICN is the world's first and widest reaching international organisation for health professionals. Operated by nurses for nurses, ICN works to ensure quality nursing care for all, sound health policies globally, the advancement of nursing knowledge, and the presence worldwide of a respected nursing profession and a competent and satisfied nursing workforce. Disponível em (<http://www.icn.ch/abouticn.htm>, 28 Maio 2004).

enfermagem e os cuidados de enfermagem, é ainda muito diversa, pelo que há ainda um grande percurso a percorrer no sentido de uma “aproximação” (visão mais homogénea) dos cuidados de enfermagem a nível mundial.

Esta diferenciação começa logo por existir na reclamação ao reconhecimento da enfermagem como profissão em que se podem encontrar duas versões tal como nos refere Meleis (1997:26):

“The Western version of nursing as an occupation dates from the late 19th century and the early 20th century, a product of the Crimean War. From the need to care for wounded soldiers, Florence Nigthingale organized a group of women to deliver care under her supervision and that of the war surgeons. Nigthingale focused on hygiene as her goal and environmental changes as the means to achieve that goal.

The Eastern version of the beginning of nursing gives credit to Rofaida Bent Saad Al-Islamiah (also referred to as Koaiba Bent Saad), who accompanied the prophet Mohammed in his Islamic war. She, too, organized a group of women and focused on hygiene and environment in caring for the wounded.”

Apesar da apresentação das duas versões, no nosso trabalho vamos basear a nossa reflexão na versão ocidental, a qual atribui a Florence Nigthingale os contributos para o desenvolvimento da enfermagem moderna.

A prática de enfermagem é, desde Florence Nigthingale, orientada por princípios científicos e humanísticos que propiciaram o seu desenvolvimento centrado no cuidado à pessoa. Este percurso, até à actualidade, foi influenciado pelo aparecimento de teorias e modelos conceptuais de enfermagem, também eles inter-relacionados com os paradigmas emergentes que foram definindo a natureza/essência dos cuidados de enfermagem.

Na opinião de Kérouac *et al* (1996:2) “es difícil, casi imposible, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. En esta óptica, parece oportuno situar las grandes corrientes de pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina de enfermera.”

No seu estudo sobre o “desenvolvimento” das escolas de pensamento que influenciaram o desenvolvimento da enfermagem as autoras supra citadas identificam três paradigmas (figura 1), como orientadores deste desenvolvimento: Paradigma da Categorização, Paradigma da Integração e Paradigma da Transformação.

O **Paradigma da categorização**, caracteriza-se por perspectivar os fenómenos de forma isolada, não inseridos num determinado contexto, podendo ser mensuráveis e divisíveis em categorias classes ou grupos definidos no qual a pessoa é vista como um conjunto de órgãos que podem ser afectados, o que leva a uma preocupação predominante sobre o diagnóstico, o tratamento e a cura. Não se percepção a pessoa

integrada no seu meio ambiente e este, por sua vez, surge também fragmentado em social, físico e cultural (Kérouac *et al* 1996).

Este paradigma orientou a enfermagem para uma prática centrada em dois aspectos diferentes: **a saúde pública**, com a implementação de medidas de higiene e de salubridade em geral; **a doença**, estreitamente ligada à prática médica.

Nesta óptica a saúde é entendida como um estado de equilíbrio, altamente desejável e sinónimo de ausência de doença, situando-se aqui o início da medicina técnico-científica decorrente da evolução científico-tecnológica (Silva 2004), o que deu origem à necessidade de os médicos delegarem funções nos enfermeiros, no desempenho de determinadas actividades. Neste paradigma o sistema de prestação de cuidados de enfermagem fundamenta-se na especialização de tarefas.

Apesar da evolução ocorrida nas últimas décadas, ainda hoje se verifica a existência desta forma de organização de cuidados de enfermagem em alguns serviços de saúde, com maior incidência nos cuidados de saúde primários, contrariamente ao que seria de esperar.

Paradigma da Integração – “Este paradigma começa já a perspectivar os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais” (Silva 2004:215). O mesmo, orientou os cuidados de enfermagem para a pessoa, no sentido de promover a sua saúde em todas as dimensões: física, mental e social. A pessoa é entendida como um todo em que se inter-relacionam os componentes biológicos, sociológicos, culturais e espirituais, pelo que a sua saúde pode ser influenciada por qualquer um destes componentes: “Según esta orientación a la persona, la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el la persona vive.” (Kérouac *et al* 1996: 10).

Foi com base neste paradigma que emergiram alguns dos modelos conceptuais que hoje orientam a prática de cuidados de enfermagem, assim como a formação e a investigação, que se diferenciam dos modelos biomédicos, por reconhecerem a pessoa como um todo, com necessidade de cuidados e não como um conjunto de órgãos ou sistema a necessitar de algum tratamento.

O Paradigma da transformação - que teve início na década de 70 do Séc. XX representa uma mudança de mentalidades sem precedentes, perspectivando os fenómenos como únicos em constante interacção com tudo o que os rodeia: “en las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja.” (Kérouac *et al* 1996: 12).

Foi neste paradigma que emergiram novas concepções de enfermagem e de essência de cuidados de enfermagem, nomeadamente as de Martha Rogers, (1970), Madeleine Leininger (1978), Rosemarie Parse (1981), Margaret Newman (1983), Jean Watson (1985, 1988).

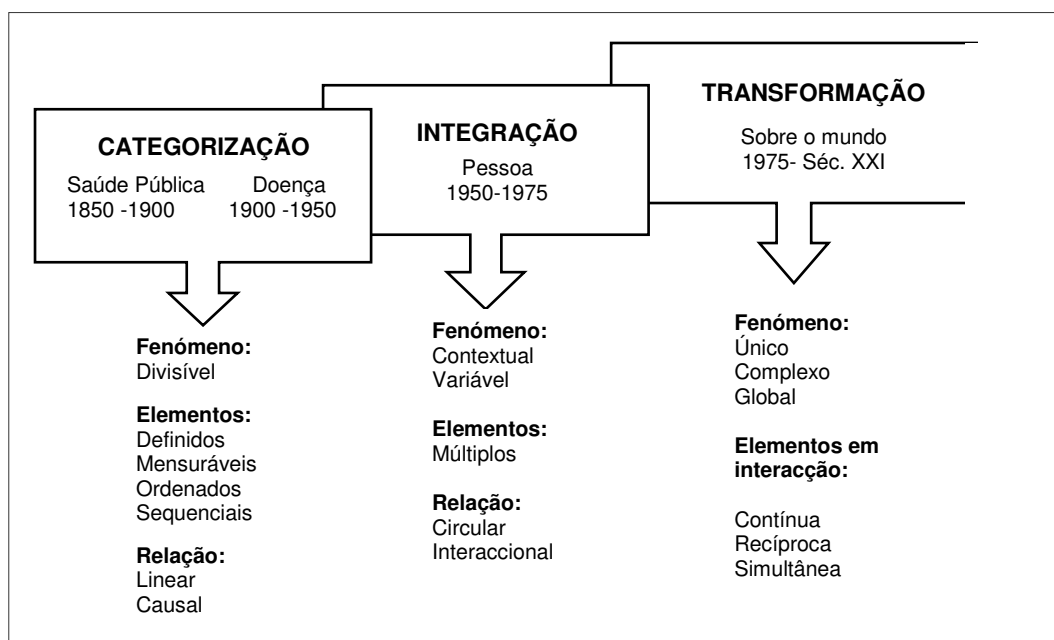


Figura 1 – As correntes de pensamento na disciplina de enfermagem, (adaptado de Kérouac et al 1996:19).

Os contextos sócio-culturais, económicos, científicos e políticos promoveram uma abertura e um movimento global das formas de pensar e de estar na enfermagem contribuindo para o desenvolvimento da mesma como disciplina e como profissão. Tal como afirma Lopes (1999:45), “A natureza dos cuidados de enfermagem foi influenciada por esta abertura para o mundo. Nesta perspectiva os cuidados visam manter o bem-estar tal como a pessoa o define.”

A investigação em enfermagem emerge assim como uma forma de compreender os fenómenos cada vez mais complexos, multivariados e globais aos quais a enfermagem deve dar resposta.

Ainda tentando sistematizar a evolução da enfermagem, Kérouac *et al* (1996) apresentam a cronologia das concepções de enfermagem em função das escolas de pensamento, de Nigthingale a Parse (figura 2), designadas por: Escola das Necessidades, Escola da Interacção, Escola dos Efeitos Desejáveis, Escola da Promoção da Saúde, Escola do Ser Humano Unitário e Escola do Cuidar (Caring).

		F. Nightingale				
		1859				
		1950				
	H. Peplau		1952			
V. Henderson			1955			
			1958	D. Johnson		
D. Orem			1959			
F. Abdellah			1960			
	J. Paterson		1961	L. Hall		
	I. Orlando		1962			
			1963		M. Allen	
	J. Travelbee		1964			
	E. Wiedenback		1965			
			1967	M. Levine		
	I. King		1968			
			1970		M. Rogers	
			1971	C. Roy		
			1975	B. Neuman	N. Pender	
			1978			M. Leininger
			1979		M. Newman	J. Watson
			1980			
			1981		R. Parse	
			1984			P. Benner
			1985			
Necessidades	Interação		Efeitos Desejáveis	Promoção da Saúde	Ser Humano Unitário	Cuidar
Paradigma da Integração					Paradigma Transformação	

Figura 2 – Cronologia das concepções de enfermagem segundo o seu agrupamento em escolas (baseado em Kérouac *et al*, 1996 e Tomey e Alligood, 2004).

Relacionando estas mesmas escolas com os paradigmas referidos, os referidos autores consideram as escolas das necessidades, da interação, dos efeitos desejados e da promoção da saúde, orientadas para a pessoa, enquadrando-se assim no âmbito do paradigma da integração. As escolas do ser humano unitário e do cuidar, caracterizadas por uma abertura para o mundo, são, por isso, enquadradas no paradigma da transformação (figura 2).

Seguindo a mesma linha de pensamento apresentamos, de cada escola, os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina de enfermagem -

Pessoa, Ambiente, Saúde e Nursing,⁴ também designados por Fawcett (1989) como meta paradigma de enfermagem.

Como pioneira da **escola das necessidades** surge em 1955 Virgínia Henderson⁵, sendo ainda integradas nesta escola, as teorias de Orem (1959) e Abdellah (1960). De uma forma global, estas teorias consideram que a enfermeira deve assistir a pessoa, sã ou doente, na realização de actividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação (ou morte pacífica), as quais realizaria sem ajuda, se tivesse força, vontade e o conhecimento necessários para o fazer.

Henderson (1955) baseou o seu modelo conceptual nos trabalhos de Thorndike e Maslow identificando 14 Necessidades Humanas Fundamentais que a pessoa necessita satisfazer para viver em equilíbrio, classificando as funções da enfermeira como: independentes, interdependentes e dependentes. Ao clarificar o seu papel e ao definir as suas funções independentes, a autora investe a enfermeira de um poder de decisão e controlo sobre o processo de cuidados de Enfermagem, introduzindo uma ruptura na identificação destes cuidados como estritamente dependentes da prescrição médica, o que está em consonância com a perspectiva de Florence Nightingale.

Os postulados, os valores e os elementos do modelo conceptual de Virgínia Henderson, apresentam-se como importantes, enquanto pressupostos teóricos, que sustentam o modelo e que, simultaneamente, definem os objectivos e o âmbito das actividades profissionais. De acordo com este modelo, todo o indivíduo (ser holístico e complexo) procura e deseja a sua independência e possui necessidades fundamentais, que, quando não são satisfeitas o fazem sentir-se incompleto – **Postulados**.

Relativamente aos **valores**, Henderson (1955) afirma que a enfermeira possui algumas funções que somente a ela lhe competem e que a sociedade entende como sendo exclusivas dela, não podendo por isso ser substituída, nessas funções, por outro profissional pois este não possui qualificações para tal.

No que diz respeito aos **elementos**, neste modelo a autora reconhece que, sendo a *pessoa* considerada como um todo completo (*complex whole*) e inserida num ambiente capaz de a influenciar positiva ou negativamente, a enfermagem tem como intento manter e repor a sua independência, possibilitando-a a satisfazer, por si, as suas necessidades fundamentais. Henderson considerou como necessidades humanas fundamentais: respirar; comer e beber; eliminar; mover-se e manter uma postura correcta; dormir e repousar; vestir-se e despir-se; manter a temperatura corporal dentro

⁴ - “**Nursing** mantém propositadamente a sua forma inglesa, uma vez que, quando está em relação com os outros três, este conceito designa, por vezes a área de enfermagem e outras o procedimento sistemático e a intervenção em enfermagem” (Adam, 1994:182).

⁵ - Faremos neste ponto uma referência mais alargada desta teórica dado que o seu “modelo” está subjacente ao desenho curricular do CLE da ESSUA.

dos limites normais; estar limpo e proteger os tegumentos; evitar os perigos; comunicar com os seus semelhantes, agir segundo as crenças e valores; ocupar-se por forma sentir-se útil; divertir-se; aprender.

A *saúde* é tida como a capacidade que o indivíduo tem de satisfazer as suas necessidades, por si próprio, e quando este não consegue a enfermeira substitui-o naquilo que ele não conseguir realizar. Na maioria das vezes, a ausência de força de vontade ou de conhecimentos estão no cerne das dificuldades ou problemas deste, e obviamente, sempre que a enfermeira intervir numa determinada área do utente, esta constitui-se uma zona de dependência para este. Por conseguinte, a enfermeira deve centrar a sua atenção (*cuidado*) na força, na vontade e nos conhecimentos que este possuir, com o intuito de suprir esse défice, assim como deve ajudá-lo a manter a sua integridade e independência. Os modos de intervenção da enfermeira são diversos, podendo passar pelo suprir, substituir até ao acrescentar, reforçar e aumentar. São esperados como resultados da intervenção desta a satisfação das necessidades do utente, recuperação da independência ou morte tranquila.

A **escola da interacção** caracteriza-se por dar relevo às relações que as pessoas estabelecem umas com as outras na vida do dia-a-dia e ao modo como as mesmas se desenvolvem através das diferentes interacções – *ambiente*. De acordo com os modelos integrados nesta escola (Peplau, 1952; Orlando, 1962; King 1962), o *cuidado* é um processo interactivo entre uma pessoa que necessita de ajuda e uma outra capaz de a dar e reconhecer, pelo que o enfermeiro deve possuir conhecimentos que lhe permitam avaliar as necessidades de ajuda da pessoa, estabelecer um diagnóstico de Enfermagem e planear intervenções adequadas (Kérouac *et al*, 1994). A *saúde* é considerada como um ajustamento entre os stressores do ambiente interno e externo, utilizando, da melhor forma, os recursos por forma a que a *pessoa*, um ser em desenvolvimento e com necessidades, possa aprofundar o seu potencial máximo na vida quotidiana e nos papéis sociais.

As teorias de Myra Levine (1967), Callista Roy (1971) e Betty Newman (1975) foram integradas por Kerouac *et al* (1994), na **Escola dos Efeitos Desejados**, pois tentam conceptualizar os resultados ou efeitos desejados dos cuidados de Enfermagem, acreditando que o objectivo dos mesmos consiste no restabelecimento do equilíbrio, da homeostasia ou da preservação da energia. A *pessoa* é entendida, segundo esta escola, como um ser fisiológico, psicológico, sociocultural e espiritual, ou seja, como um todo integral que tem a capacidade de se desenvolver através da interacção constante com um ambiente em mudança. Já no *ambiente*, são consideradas todas as situações e influências, internas ou externas à pessoa, susceptíveis de afectar o seu desenvolvimento e comportamento. Quanto à *saúde* é designada como um estado

dinâmico de bem-estar ou de doença que é determinada pelas variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais ligadas ao desenvolvimento.

A Escola **da Promoção de Saúde** baseia-se na filosofia dos Cuidados de Saúde Primários e na teoria da aprendizagem social de Bandura, (*Kérouac et al*, 1996). Para a sua principal representante, Moyra Allen (1963), os *cuidados de enfermagem* visam essencialmente a promoção de comportamentos de saúde, através de um processo de aprendizagem que envolve tanto a pessoa, como toda a família/grupo social. O objectivo desses cuidados é levar as famílias a entender as suas próprias experiências de saúde e com isso gerirem todo o processo de saúde/doença. A enfermeira desempenha um papel de agente facilitador e motivador para a aprendizagem de conhecimentos a adquirir para fazer face a situações ou hábitos de saúde que se aprendem (Silva, 2004).

A **Escola do Ser Humano Unitário** situa-se num contexto de abertura sobre o mundo, integrando-se no paradigma da transformação. Salientam-se desta escola, Margaret Newman (1979), Marta Rogers (1970) e Rosemare Parse (1981) que consideram existir um processo contínuo de transformação em que a pessoa que necessita de ajuda e os enfermeiros são “*partners*” e onde é a própria pessoa que busca a sua transformação pois tem capacidade de agir em sinergia com o universo. Nesta perspectiva, a *pessoa* é entendida como um ser aberto capaz de agir em sinergia com universo – *ambiente* –, com o qual partilha os limites espaciais ou temporais, sendo livre de escolher as suas orientações. No que diz respeito à *saúde*, estas autoras, consideram-na, de uma forma geral, como um processo contínuo de trocas energéticas que facilitam a expressão de um potencial de vida.

Na década de 80 emerge um novo conceito no desenvolvimento da conceptualização da disciplina de Enfermagem - **cuidar**; e as teorias a ele referentes são sistematizadas na **Escola do Cuidar**.

As principais mentoras desta escola são Madeleine Leininger (1981, 1984,1991), com a Teoria da Diversidade e dos Cuidados Transculturais e Jean Watson (1985, 1988), com a Teoria do Cuidado Humano.

Para estas autoras, a Enfermagem é percebida como uma ciência relacional, experiencial e transpessoal, na qual a pessoa é encarada como ser que escolhe livremente, em interacção mútua com o que a rodeia, sendo a saúde uma situação de crescimento da pessoa e de abertura à vida.

O Cuidar é considerado, pelas autoras, como uma forma de ser e de se relacionar, como um imperativo moral, constituindo-se assim como a essência da enfermagem.

Leininger (1981), na sua visão transcultural, considera o ser humano inseparável do seu *background* cultural e social, referindo que o cuidado humano é um fenómeno

universal e que as suas expressões, processos e padrões variam entre as diversas culturas, apresentando várias dimensões que podem ser estudadas e praticadas para prestar cuidados holísticos à pessoa.

A *enfermagem transcultural* é definida como “a substantive area of study and practice focused on comparative cultural care (caring) values, beliefs, and practice of individuals or groups of similar or different cultures with the goal of providing culture-specific and universal nursing care practices in promoting health or well-being or to help people to face unfavourable human condition, illness or death in cultural meaningful ways.” (Leininger, 1995:58)

Para a autora a *saúde* é um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflecte a capacidade dos indivíduos ou grupos para desempenhar as suas actividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e de acordo com determinados padrões.

Na sua teoria, Watson (1988) postula que o *cuidar* envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado para a protecção da dignidade humana e preservação da humanidade, o que requer uma elevada consideração e respeito pela pessoa e pela vida humana, pela autonomia e liberdade de escolha. Neste âmbito, o seu conceito de *saúde* evidencia a unidade e a harmonia da mente, do corpo e da alma e a forma como pode ser afectada pelo stress, pelos estilos de vida, pelas condições sociais e pelo ambiente.

A enfermagem é, nesta perspectiva humanista, definida como “Uma ciência humana de pessoas e de saúde humana – experiências de doença que são mediadas pelas transacções humanas do cuidar pessoal, científico, estético e ético.” (George *et al*, 2000:259).

No seu trabalho – *Theoretical Nursing Development and Progress*, Meleis (1997⁶) ao referir-se à disciplina de enfermagem começa por afirmar que cada um de nós tem uma perspectiva do mundo, que se constrói através das percepções e interpretações que fazemos das situações que vivenciamos ao longo da vida e que são estas perspectivas dos diferentes membros de uma disciplina que a vão caracterizar. Considera assim quatro características importantes que determinam a sua perspectiva de enfermagem e que são: “nature of nursing science as a human science; practice aspects of nursing; caring relationships that nursing and patients develop; health and wellness perspective.” (Meleis, 1997:93)

A autora afirma que as experiências de vida e doença dos seres humanos se relacionam com a história, a política, as estruturas sociais, o género, a cultura e que a

⁶ - Este trabalho teve duas edições anteriores em 1985 e 1991, respectivamente, contudo só tivemos acesso à edição de 1997)

enfermagem enquanto ciência humana se deve preocupar com a forma como esses factores afectam as acções e reacções dos seres humanos (porque vivenciaram experiências distintas) e é essa preocupação que torna a enfermagem uma *disciplina prática*.

Nesta perspectiva, a enfermagem existe para prestar cuidados às pessoas que experienciam situações de doença, assim como as que podem experienciar potenciais problemas de saúde. A sua componente prática reflecte-se no efeito imediato que as suas acções podem ter sobre as pessoas e que se revela através da forma como elas respondem a essas intervenções. Assim, a enfermagem enquanto *disciplina orientada para a prática* implica o constante desenvolvimento de conhecimentos que levem à compreensão das necessidades das pessoas relativamente aos cuidados de enfermagem e à capacidade que estas têm para utilizar/criar os seus próprios recursos.

Relativamente às *relações de cuidados que os enfermeiros e os utentes desenvolvem*, refere a autora que estas vão mais além do que estabelecer uma relação; pois integram todas as experiências que o enfermeiro tem com a pessoa, incluindo comunicação não verbal, o que requer competências que se podem manifestar através das emoções, empatia e dedicação, “The nurse-patient relationship is the essence of caring” (Meleis, 1997:98).

Nesta óptica, a enfermagem é considerada como uma *disciplina orientada para a saúde*, na medida em que, mesmo em situações de doença ou acidente, o enfermeiro tem como objectivo central dos seus cuidados a recuperação e o bem-estar da pessoa, com vista a promover e manter a sua saúde e bem-estar.

Ao reflectir sobre o *domínio de uma disciplina* Meleis (1997) afirma que “Domain is the perspective and the territory of the discipline. It contains the subject matter of a discipline, the main agreed-on values and beliefs, the central concepts, the phenomenon of interest, its central problems, and the methods used to provide some answers in discipline.” (Meleis, 1997:11)

Transpondo esta concepção para a enfermagem, Meleis (1997) declara que esta tem uma perspectiva particular e um domínio definido. Na sua opinião, o domínio de enfermagem reúne unidades de análise, metodologias congruentes, processo de enfermagem, abordagem holística de avaliação diagnóstico e intervenção para além de práticas metodológicas essenciais ao desenvolvimento do conhecimento. Refere ainda como conceitos centrais do domínio de enfermagem “nursing clients, transitions, interaction, nursing process, environment, nursing therapeutics, and health.” (ibidem:106).

Destes conceitos, alguns dos quais já referenciados anteriormente na perspectiva de diferentes autores, salientamos o conceito de **cliente de enfermagem** (pessoa) como elemento central dos cuidados de enfermagem, cujas actividades de vida e resposta aos

processos de transição ao longo do ciclo vital devem merecer atenção especial dos enfermeiros porquanto são potenciais clientes dos cuidados de enfermagem.

O conceito de **transição** remete-nos para uma interligação entre a pessoa e o ambiente, ou seja, cada pessoa vivencia processos de transição sempre que se verifiquem mudanças no seu estado de saúde, nos papéis desempenhados, no seu crescimento/desenvolvimento, nas suas expectativas ou nas suas capacidades. Estes processos de transição não originam sempre situações de doença, podem relacionar-se com o próprio desenvolvimento ao longo do ciclo vital, ou com alterações das dinâmicas familiares ou sociais; contudo envolvem sempre mudanças, reajustes e adaptação às novas situações. Nesta óptica os enfermeiros cuidam de pessoas que vivenciam quase constantemente processos de transição e a compreensão dos mesmos revela-se de extrema importância para facilitar e apoiar a pessoa nas suas respostas a essas transições de forma a atingir um estado de saúde e bem-estar.

Na opinião de Meleis *et al* (2000) as pessoas em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem influenciar o seu estado de saúde. A enfermagem tem assim que desenvolver conhecimento não só sobre a natureza destas transições como também sobre as respostas humanas a estas transições, tal como afirma Abreu (2008:25):

“Os sucessivos estudos sobre processos de transição, designadamente os relacionados com a saúde, colocam em evidência a necessidade de investigar sobre a natureza das transições, as experiências de transição, as modalidades de resposta humana para lidar com situações de transição e protocolos ou guidelines que permitam referenciar intervenções de enfermagem específicas em matéria de assistência.”

Consideramos ainda relevante o conceito de **interacção** que a autora descreve como o processo através do qual o enfermeiro identifica as necessidades da pessoa, alvo dos seus cuidados, que por sua vez está em constante interacção com o meio ambiente. Justifica a importância deste conceito na medida em que diversos autores nas suas teorias “concebem a própria disciplina de enfermagem como um processo de interacção entre quem presta e quem recebe cuidados” (Abreu, 2008:26).

Analisando as perspectivas de diferentes teóricos (desde Florence Nightingale, 1946, até Forchuk,1995) sobre a importância da interacção como conceito central de enfermagem, Meleis (1997:110) afirma que “they all spoke of properties of the nurse-patient dialogue, of therapeutic interaction, and the components of interacting as being the sensing, perceiving, and validating of patient’s need for help and sharing of information.”

Para a autora o **ambiente** envolve factores que directa ou indirectamente podem ser influenciadores do bem-estar do *cliente* e, conseqüentemente, influenciar as suas actividades de vida e as suas respostas aos processos de transição. É assim

considerado, desde Florence Nightingale, como elemento fundamental do domínio da enfermagem.

As **intervenções terapêuticas** são definidas como “all nursing activities and actions deliberately designed to care for nursing clients” (Meleis, 1997:116). Estas intervenções são desenvolvidas no cuidar da pessoa sã ou doente e o seu campo é tão diverso quanto a diversidade das actividades de vida e as necessidades das pessoas a cuidar, pressupondo o desenvolvimento de competências cognitivas, afectivas, motoras e emocionais. (Abreu 2007)

Sob todas estas influências, *a natureza* dos cuidados de enfermagem foi assim evoluindo, **do tratar o corpo-objecto, ao cuidar o corpo-sujeito**, sendo na actualidade este o paradigma dominante, o que confere aos cuidados de enfermagem uma maior complexidade e os caracteriza como únicos no universo dos cuidados de saúde.

Baseado nas perspectivas de Collière (1989); Lawler (1997); Hesbeen (1998, 2000), Gameiro (2003:10) afirma que “a natureza dos fenómenos de enfermagem é plural, abrangendo aspectos diversos da realidade humana, em que o *corpo-objecto* e o *corpo-máquina* se mantêm como referências fundamentais para a prática profissional, mas em que o *corpo-sujeito* se consigna cada vez mais como central no acto de cuidar”.

A natureza dos cuidados de enfermagem inscreve-se assim, na actualidade, num paradigma cuidativo. É este *cuidar* que a enfermagem “reclama” como específico, como essência da profissão.

Encontramo-nos, num momento propício para (re)estruturar o pensamento e as práticas de enfermagem. Neste início do Séc. XXI, que se augura como de grandes descobertas e de reafirmação dos conhecimentos e saberes, é necessário consolidar as práticas de enfermagem, atribuindo sentido aos cuidados que prestamos, para que sejam percebidos pela comunidade como indispensáveis ao seu bem-estar e melhoria de qualidade de vida.

Os enfermeiros portugueses, à semelhança do que se vai passando no mundo, nestas últimas décadas deram um passo importante, no sentido de conceptualizar, de melhorar e de regulamentar os cuidados de enfermagem. As mudanças ocorridas, em termos de políticas de saúde, de gestão das instituições de saúde, da formação dos profissionais e da representação social, criaram a necessidade de regulamentar e controlar o exercício profissional dos enfermeiros. Neste contexto surgiu a **Ordem dos Enfermeiros**, cujo objectivo é regulamentar e disciplinar a prática dos enfermeiros, como forma de assegurar o cumprimento das normas deontológicas e a dignificação do

exercício de enfermagem, garantindo aos cidadãos cuidados de enfermagem de qualidade.

A criação de uma “Ordem” constitui-se como um reconhecimento do Estado Português de que “os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2003^a:3)

Para dar cumprimento à sua missão, a Ordem dos Enfermeiros tem vindo a desenvolver o seu trabalho em diversas áreas, nomeadamente na definição de **Padrões de Qualidade de Cuidados e das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**.

Deste trabalho uma das áreas prioritárias foi o enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem e os conceitos de Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem (metaparadigma de Enfermagem) que passamos a referir:

A Saúde é definida como: “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença.” (Ordem Enfermeiros, 2001:6)

Esta representação mental do bem-estar e da condição individual é subjectiva e percebida por cada pessoa, e em cada momento, de forma diferente consoante a situação que vai vivenciando, procurando encontrar um estado de equilíbrio que se traduza no controlo do sofrimento, no bem-estar físico, emocional, espiritual e cultural.

A Pessoa “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.” (Ibidem:6)

Nesta perspectiva os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente em que ela vive num processo dinâmico e interactivo, na medida em que toda a pessoa interage com o ambiente modificando-o e, simultaneamente, sofrendo a sua influencia, numa procura constante de equilíbrio e harmonia. Nesta busca incessante cada pessoa desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual, vivenciando o seu projecto de saúde. Assim, “A pessoa pode sentir-se saudável quando integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projecto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros.” (Ibidem:7)

É ainda enunciado neste quadro conceptual, a inter-relação entre os processos intencionais e não intencionais – as funções fisiológicas – que são influenciadas pela

condição psicológica e esta é, por sua vez, influenciada pelo bem-estar e pelo conforto físico. Esta inter-relação torna evidente a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa.

O Ambiente em que as pessoas vivem e se desenvolvem “é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.” (Ordem Enfermeiros, 2001:7)

Este conceito traduz uma perspectiva integradora da pessoa, com os seus projectos de saúde e, a sua inter-relação permanente e dinâmica com o ambiente donde resulta uma complexa interdependência pessoa / ambiente, a ter em conta na prática de cuidados de enfermagem.

Relativamente aos **Cuidados de enfermagem**, nesta conceptualização assume-se que, os mesmos, “tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue.” (Ibidem:8). Salienta-se ainda o acompanhamento da pessoa ao longo do ciclo vital, prevenindo a doença e promovendo satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida assim como, os processos de readaptação e de adaptação funcional aos défices e aos múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem da pessoa.

Esta definição, para além de ilustrar a perspectiva actual da natureza dos cuidados de enfermagem, integrada no contexto português realça ainda, o exercício da prática profissional em contexto multiprofissional o que determina intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes. As primeiras referem-se às intervenções decorrentes da prescrição do enfermeiro, que assume a referida prescrição e a sua implementação técnica; as segundas reportam-se a intervenções resultantes da prescrição de outros profissionais de saúde, em que o enfermeiro assume a sua aplicação.

No âmbito deste quadro conceptual emerge ainda a importância da **tomada de decisão** do enfermeiro que, deve orientar o exercício profissional autónomo, implicando uma abordagem sistémica e sistemática. Define-se aqui que, no processo de tomada de decisão, “o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.” (Ibidem:10)

Salientam-se ainda os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, e religiões, previstos no código deontológico do enfermeiro, que devem estar subjacentes à prática de cuidados, considerando também que, a pessoas diferentes correspondem expectativas de cuidados diferentes.

Em síntese, podemos afirmar que ao longo dos séculos, sobretudo ao longo das últimas décadas, a natureza dos cuidados tem vindo a ser reconstruída reivindicando hoje, um conteúdo funcional autónomo, baseado num corpo de conhecimentos próprio assumindo, como critério, a centralização da prática no *Cuidar*, cujo saber fazer é distinto do tratar e que, confere à enfermagem a sua unicidade justificando assim a designação que, muitas vezes, lhe é atribuída de ser uma Ciência e uma Arte.

1.2 – ENFERMAGEM: SABERES E PRÁTICAS

Enfermagem, cuidados, saberes, prática - perante estes conceitos, surge-nos a primeira questão: o que terá surgido primeiro na história da humanidade? Sem dúvida que a enfermagem enquanto profissão só é reconhecida a partir do séc. XIX, mas de onde e como emergiram os saberes que conduziram à prática de cuidados que hoje referenciamos como cuidados de enfermagem? A que tipo de saberes nos referimos e de que forma estes se articulam com a prática?

É hoje consensual que, subjacente a todas as práticas, existem saberes, implícitos ou explícitos, de natureza conceptual, processual e factual (Perrenoud, 1996) e que, a partir das práticas emergem saberes.

Durante milhares de anos na história da humanidade, os *cuidados* foram, sem dúvida, os grandes impulsionadores do desenvolvimento dos saberes, pois o cuidar da vida para assegurar a sobrevivência do indivíduo e do grupo está ligado ao homem desde as suas origens, originando assim saberes em diversas áreas.

“Se cuidar é acompanhar as passagens difíceis da vida ... estimular, desenvolver capacidades ... manter, conservar, compensar o que não está bem ..., supõe interrogar-se acerca do que deve ser acompanhado, ou seja, situar o que torna os cuidados necessários. Quer dizer que todo o saber parte das situações e, ao mesmo tempo, vai beber a fontes de conhecimentos que levam a esclarecer as constatações feitas a partir das situações.” (Collière, 2003:134)

Foram os saberes desenvolvidos pelas mulheres que, na opinião de Collière (1989:35), deram origem aos cuidados de enfermagem, pois como a autora afirma “Para compreender a história da prática de enfermagem parece indispensável estudá-la e analisá-la em relação à *história da mulher que presta os cuidados e da sua evolução.*”

Parece assim ser evidente que a história dos cuidados de enfermagem está indubitavelmente relacionada com a história da mulher.

Neste percurso evolutivo da prática de cuidados de enfermagem (ainda antes de ser considerada esta prática como uma profissão), vão surgindo avanços e retrocessos

inerentes à evolução da humanidade e dependentes da transmissão de saberes entre as mulheres, por vezes veneradas, por vezes condenadas relativamente a esses saberes.

Os saberes relacionados com o *cuidar*, sobretudo o cuidar do corpo, começam por ser reconhecidos pela experiência vivida e construída no seu próprio corpo e que a mulher vai assumindo no decurso da sua vida (mulher que tem filhos e que ajuda outras mulheres a dar à luz – parteira).

Na sua perspectiva antropológica, Collière (1989:35) identifica etapas distintas da prática de cuidados, relacionados sempre com a mulher, os quais tentaremos relacionar com a evolução dos saberes.

- “- identificação da prática de cuidados com a *mulher*, desde os tempos mais recuados da história da humanidade até ao fim da Idade Média, na sociedade ocidental;
- identificação da prática de cuidados com a [*mulher*] *consagrada*, desde o fim da idade média até ao fim do século XIX, em França;
- identificação da prática de cuidados com a [*mulher*] – *enfermeira* auxiliar do médico, do início do século XX ao fim dos anos sessenta.”

Na primeira etapa está implícita uma acumulação de saberes, derivados da observação constante, de tentativas e erros. Apesar de serem identificados como não científicos, são esses saberes, na opinião da referida autora, que formam as bases para a “arte de Medeia: a medicina”. Com o decorrer dos tempos, estes saberes, pelo poder que conferiam às mulheres, passaram a ser vistos como uma ameaça, gerando, sobretudo da parte da Igreja, a sua repressão.

Este contexto faz emergir um período (segunda etapa) em que os saberes foram *proscritos* às mulheres; era necessário condicionar esse saber, impor regras justificando que: “O saber é considerado supérfluo, desprezível e corrupto, porque gerador de ambição, de orgulho e de insubmissão. É substituído pelas regras conventuais que regulam as práticas de cuidados das [*mulheres*] *consagradas* ditando-lhes o seu papel, ou seja, o comportamento que é esperado delas.” (Collière, 2003:106).

Na terceira etapa, relacionada com a evolução científica e o desenvolvimento de tecnologias, geradoras de necessidades específicas, identificámos já “saberes prescritos”, ou seja a mulher/enfermeira deve ser detentora de saberes, não só os que foram emergindo da prática, mas também os adquiridos através de formação, para deste modo dar resposta à nova concepção de cuidados de saúde que vai emergindo. A aquisição de um saber técnico inscreve-se, assim, como uma exigência profissional duma profissão que se quer afirmar, mas que, para isso, necessita de saberes (conhecimento) próprios, que a identifique.

Foi este contexto socio-organizacional que propiciou “a histórica reforma de Florence Nightingale, com a qual foi iniciada a reelaboração da natureza do trabalho de

enfermagem, através da progressiva dissociação do trabalho doméstico a que estivera associado.” (Lopes (2001:25)

O conhecimento de que era detentora, pouco usual na Inglaterra vitoriana, em áreas como a matemática, a filosofia e a política assim como o seu estatuto social permitiram-lhe mobilizar recursos para o desenvolvimento e reconhecimento do trabalho da enfermagem. Em 1860 fundou em Londres uma Escola de Enfermagem cujos princípios básicos faziam antever uma rutura com os valores anteriores e uma projecção da profissão de enfermagem:

“ As enfermeiras deveriam ser treinadas em hospitais associados com escolas médicas e organizadas para este propósito.

As enfermeiras deveriam ser cuidadosamente seleccionadas e deveriam residir em casas de enfermeiras que deveriam moldar e formar a disciplina e o carácter. (...)

O currículo deveria incluir ambos, material teórico e experiências práticas. (...)

Seriam mantidos registos sobre estudantes que seriam obrigados a assistir a aulas, submeter-se a provas orais, escrever artigos e manter diários.” (Ellis e Hartley, 1998:36).

Nightingale defendeu, com convicção, que os *saberes* da enfermagem eram diferentes dos *saberes* médicos, definindo que a função específica da enfermeira é colocar o doente nas melhores condições possíveis para que a natureza possa actuar sobre ele, o que, de alguma forma, exigia conhecimentos e práticas diversas do médico. Florence Nightingale marcou indubitavelmente a história da enfermagem, a natureza dos cuidados, a profissionalização, o desenvolvimento da identidade profissional, foi a grande impulsionadora da “enfermagem moderna”, a enfermagem que hoje praticamos e que, ao longo dos tempos, se foi transformando para dar resposta às expectativas e necessidades das sociedades, de acordo com as características culturais, o desenvolvimento social e tecnológico, a emergência de novas doenças, o envelhecimento da população.

A partir dos finais do séc. XIX as escolas de enfermagem, que começaram surgir por toda a Europa, tinham como objectivo a formação na *arte de cuidar o doente*, incidindo, na opinião de Canals (1992), tanto em conhecimentos técnicos, como em aspectos morais, o que de alguma forma induziu a que as enfermeiras mantivessem uma posição de submissão e obediência relativamente aos médicos “...facilitó que la enfermería adoptase ante lo médico una posición de sumisión y obediencia semejante a la de la esposa en el ámbito domestico.” (Canals, 1992:31).

Nesta perspectiva, apesar das reformas efectuadas em termos de formação de enfermagem, fomentadas em grande parte por influência de Nightingale, podemos dizer

que a enfermagem se mantém dividida entre dois modelos distintos: o religioso e o médico.

De acordo com o modelo religioso, a enfermeira teria que manter obediência aos princípios religiosos e morais, tais como a necessidade de dedicação exclusiva ao próximo sem esperar retribuições, sem constituir família e que professasse, perante Deus a sua submissão e entrega total à enfermagem, com o *Espírito de Servir*, tal como refere Collière (1989:179): “ Servir é a base da prática de enfermagem. Servir os doentes, objecto da finalidade dos cuidados *e em atenção a eles, servir os médicos, servir a instituição que os trata* e os seus representantes.”

Segundo o modelo médico, deveria prestar correctamente todos os cuidados prescritos pelo médico, sem questionar e em que são as prescrições médicas que determinam o conteúdo das práticas de enfermagem. As enfermeiras são, na opinião de Ehrenreich e English, citados por Collière (1989:84), “uma verdadeira bênção para estes doutores solicitados por todos os lados”, acrescentando a autora “tanto mais que são formadas para servir, sem se interessar ou ter qualquer ideia sobre a própria prática de cuidados.”

Apesar da evolução sociocultural que foi ocorrendo, esta dupla pertença da prática de enfermagem manteve-se durante quase um século, com maior visibilidade até à década de sessenta (do séc. XX), perdendo influência a partir daí, de forma mais ou menos evidente, nas diversas sociedades (culturas).

Neste paradigma de racionalidade técnica, os saberes adquiridos pelas mulheres durante séculos perdem valor em detrimento dos “conhecimento médicos”, há “uma reversão na aquisição do saber: aprende-se da teoria para aplicar na prática”, (Collière 2003:107). A formação das enfermeiras desenvolve-se, assim, num modelo pedagógico em que a teoria precede a prática e em que se dá ênfase à aplicação de princípios e normas, muito mais relacionados com a doença (corpo objecto) do que com o doente (corpo sujeito).

Este contexto, se por um lado condicionou a aplicação dos saberes seculares das mulheres, incentivou, por outro, a procura de um conhecimento próprio da enfermagem e de uma revalorização dos saberes, interligando-os com o conhecimento científico emergente. Esta procura de conhecimento próprio (que por uma lado possa influenciar as práticas e por outro lado vá “beber às práticas”) deu origem ao aparecimento de teorias e modelos que embora influenciados por diversos factores/paradigmas/culturas, vão contribuir para o grande desenvolvimento da enfermagem.

Será, em nosso entender, difícil demarcar o momento exacto em que um quarto período teve início, pois ele só pode ser identificado a partir do momento em que as alterações na prática de enfermagem começaram a ser evidentes e relevantes, o que

implica, na nossa opinião, que o mesmo terá tido a sua génese com os primeiros trabalhos de Nightingale, mas que foi necessário quase um século para que as transformações fossem evidentes.

Tal como foi acontecendo no período anterior, não podemos desligar esta evolução da enfermagem da transformação dos contextos socioculturais, políticos e organizacionais assim como das descobertas científicas e tecnológicas.

As mudanças ocorridas a partir da segunda metade do séc. XIX vieram transformar o mundo. Na área da saúde, ao fazermos uma reflexão sobre a situação no início do séc. XX, verificamos que: as grandes epidemias que aconteceram em séculos anteriores poderiam agora ser evitadas, graças às descobertas na área da imunologia (vacinas) e da farmacologia (antibióticos); o diagnóstico da doença era mais fácil e mais precoce (análise química, RX...); as técnicas cirúrgicas foram aperfeiçoadas e tinham agora a preciosa ajuda da bacteriologia, no sentido de prevenir as infecções.

Estas alterações, só por si, implicavam uma nova forma de conceber os cuidados de saúde. As necessidades de cuidados foram progressivamente alteradas, traduzindo-se na necessidade de preparação de profissionais e instituições de saúde para dar resposta aos novos desafios e, conseqüentemente às expectativas da população.

Neste contexto a enfermagem prosseguiu o seu processo de profissionalização, procurando saberes próprios através da investigação e da conceptualização. As práticas de enfermagem necessitam, assim, de ser reconstruídas, é necessário dar ênfase ao paradigma do racionalismo prático, baseando-se na natureza dos cuidados, nas exigências e expectativas dos utentes, nos saberes profissionais, na emergência contextual, na ética e deontologia profissional. Mas os contextos onde se desenvolvem as práticas de enfermagem são complexos, geradores de saberes e campo de aplicação de saberes.

“(...) a prática é referida como um espaço ímpar, onde trabalho e formação se constituem como vertentes indissociáveis da acção individual e colectiva. (...) Na medida em que é campo de interacções, de conflitos de juízos de valor e de transformações pessoais e colectivas, na medida em que permite a reorganização dos contextos, com toda a sua história, tradições, simbolismos e regras e permite ultrapassar o conjunto de saberes estabelecidos, apelando à produção de novos saberes a partir da interpelação dos saberes preexistentes”. (Abreu, 2001^a:138).

A complexidade destes contextos pressupõe, na opinião de Abreu (2001:138), “um conjunto de situações das quais a acção é apenas uma delas; designa não somente a acção repetida mas também a acção reguladora e a acção reflectida”. Estas acções, que se enquadram no processo colectivo, envolvem os diferentes actores, profissionais utentes, famílias, que, pela sua unicidade, lhe atribuem um significado único. É por isso

importante que as mesmas sejam “entendidas e praticadas” numa perspectiva de prática reflexiva tal como preconiza Schön (1983), e sobre a qual Alarcão (1992/1996:13) faz uma reflexão crítica:

“Schön tentou penetrar na compreensão da própria actividade profissional, a qual nos é apresentada como actuação inteligente e flexível, situada e reactiva, produto de uma mistura integrada de ciência, técnica e arte, caracterizada por uma sensibilidade de artista aos índices manifestos ou implícitos, em suma, uma criatividade a que dá o nome de **artistry**. É um saber-fazer sólido, teórico e prático, inteligente e criativo que permite ao profissional agir em contextos instáveis, indeterminados e complexos, caracterizados por zonas de indefinição que de cada situação fazem uma novidade a exigir uma reflexão e uma atenção dialogante com a própria realidade que lhe fala (**back talk**)”.

Nesta nossa reflexão sobre as práticas entendemos ainda ser pertinente abordar a perspectiva do ICN que, no sentido de desenvolver a profissão e influenciar as políticas de saúde, aprovou, no Conselho de Representantes Nacionais (1989), a resolução de estabelecer uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que pudesse utilizar-se em todo o mundo, na prática, na formação, na investigação e na gestão.

Desde então foram desenvolvidas as versões provisórias Alfa e Beta, culminando em 2006 com a apresentação da CIPE Versão 1.0. Os componentes desta classificação são “os elementos da prática de enfermagem: o que **fazem** os enfermeiros em face de determinadas **necessidades humanas** para produzir determinados **resultados** (intervenção, diagnósticos e resultados de enfermagem).” (International Council of Nursing 2006:11)

A utilização de uma linguagem comum, unificada, com a qual se possam expressar estes elementos da prática de enfermagem “permite: 1) comparações entre contextos clínicos, populações de clientes, áreas geográficas ou tempo; 2) identificação da enfermagem em equipas multidisciplinares de cuidados de saúde; e 3) diferenciação da prática por níveis de preparação e experiência em enfermagem.” (International Council of Nursing 2006:11)

Esta classificação surge, assim, como potenciadora da capacidade da prática ser, ao mesmo tempo, produtora de informação a ser sistematizada e, simultaneamente, abrigo da mesma. Exige ainda, do profissional que a utiliza com o intuito de formulação de um juízo ou tomada de decisão, um pensamento crítico que seja intelectualmente disciplinado para conceptualizar, analisar, bem como, para planear ou avaliar níveis de informação procedentes da observação, experiência, relação, reflexão e, também, da análise de episódios anteriores (Abreu, 2007).

A CIPE representa a realidade da enfermagem, sendo uma ferramenta facilitadora da descrição, análise e comparação de práticas de enfermagem, a nível nacional e internacional, sustentando a recolha e análise de dados, gerando informação fiável e válida para a tomada de decisão em saúde.

Esta classificação resultou dum trabalho sistemático, desenvolvido ao nível de diversos países, ao abrigo do ICN, que permitiu encontrar uma matriz terminológica capaz de incorporar os conceitos estruturantes para a profissão. Esta, tal como assevera Abreu (2007: 56), "...é uma classificação que se baseia numa terminologia combinatória para a prática de enfermagem, de classificação de fenómenos, acções e resultados de enfermagem...". Deste modo, surge como uma classificação multiaxial que possibilita ao enfermeiro formular diagnósticos de enfermagem, planear intervenções, bem como, identificar resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, segundo uma determinada pessoa ou realidade.

Vivendo hoje, na era das tecnologias da informação e sendo estas essenciais e prioritárias na área da saúde, Abreu (2007: 59) salienta que, um dos desafios actuais da enfermagem, tendo em conta a exigência de qualidade dos cuidados é o desenvolvimento de sistemas de informação "onde seja possível compaginar a gestão da informação, a segurança dos cuidados, os tempos de intervenção e a disponibilização racional de recursos."

A utilização desta linguagem classificada permitirá, em nosso entender, uma maior aproximação das teorias às práticas levando à reflexão mais sistematizada sobre as mesmas e, conseqüentemente, ao desenvolvimento, não só da prática de enfermagem, como da formação e da investigação.

1.3– COMPETÊNCIAS E IDENTIDADES PROFISSIONAIS

À semelhança do que fizemos no ponto anterior, também aqui iniciámos a nossa reflexão com questões que nos surgem sobre as competências e a identidade profissional dos enfermeiros.

Fará sentido abordar simultaneamente estes dois conceitos? De que forma os dois se inter cruzam e como se podem influenciar mutuamente? Como se vai construindo e desenvolvendo a identidade profissional? Como assumem os alunos, enquanto pré profissionais, essa identidade?

Para responder a estas questões necessitamos de compreender diferentes perspectivas sobre “Competência” e “Identidade profissional”, reflectindo sobre as mesmas e sobre a sua ligação, neste contexto específico da enfermagem.

Estamos conscientes de que os dois conceitos estão muito interligados, tal como nos refere Perrenoud (2001:81) ao afirmar: “Identidade e competências têm relações *dialécticas* e alimentam-se reciprocamente. Por isso é que não é possível desenvolver competências (...) senão a partir de uma aspiração à autonomia, solidária de uma identidade.”

Para compreender o conceito de competência em enfermagem necessitamos de fazer uma análise do conceito à luz de diferentes perspectivas (da psicologia, da sociologia, das ciências da educação...), tentando encontrar eco dessas perspectivas no percurso evolutivo da enfermagem, ou seja, na forma como a enfermagem foi evoluindo dando resposta à permanente evolução sócio-cultural e tecnológica e, conseqüentemente, acompanhando o dinamismo resultante dessa evolução.

Em cada época foi necessário “aferir” as práticas de cuidados de enfermagem em consonância com as práticas de cuidados de saúde e com os conceitos de saúde e doença, de cada cultura, donde resultam necessidades diversas e, conseqüentemente, o “agir com competência” foi sendo perspectivado de forma diversa e variando desde a valorização dos aspectos técnicos, numa dicotomia saúde-doença, até à actual valorização dos aspectos relacionais.

Na busca de resposta para as nossas questões apoiámos o nosso trabalho nas perspectivas de diversos autores, mais especificamente de: Benner (1984, 2001), Collière (1989, 2003), e Abreu (2001^a, 2001^b), relativas à enfermagem; Dubar (1991;1997^a, 1997^b); Sá-Chaves (1997) e Lopes (2001) relacionadas com a construção da identidade profissional e da profissionalidade; Le Boterf (1995, 1997, 2003), Perrenoud (1993, 2000, 2001), Simões e Simões (1997), Pires (2002) e Roldão (2003), referentes ao desenvolvimento de competências.

No seu trabalho sobre *Identidade, Formação e Trabalho*, Abreu (2001^a:105), afirma que “o desenvolvimento de competências insere-se num processo amplo de socialização profissional o qual, por sua vez, fornece ao indivíduo uma série de referenciais identitários”. Acrescenta ainda que a identidade profissional se forma através de processos sociais, que são determinados pelas estruturas sociais, e reconstitui-se a partir das interacções sociais. Considera que “a construção identitária não ocorre apenas devido à pertença de um indivíduo a um grupo: é o percurso de vida do indivíduo que permite moldar a sua identidade” (*Ibidem*:82)

Pires (2002:25), de forma similar, refere-se às competências como fazendo parte do processo de desenvolvimento do adulto, “na medida em que se adquirem, se

desenvolvem e actualizam ao longo da vida – através de processos de aprendizagem que ocorrem numa multiplicidade de contextos – e contribuem para a construção das identidades pessoais e profissionais.”

Na sua análise sociológica, sobre a *Recomposição Profissional da Enfermagem*, Lopes, (2001:175) demonstra que “as identidades profissionais constituem um espaço de intersecção e convergência das ideologias e dos saberes corporizados pelos enfermeiros.”, acrescentando que estas identidades se estruturam a partir dos recursos cognitivos e simbólicos que os enfermeiros mobilizam na concretização e na atribuição de sentidos às suas práticas e interacções quotidianas, nos seus contextos de trabalho.

Para Dubar (1991;1997^b:105) “a identidade não é mais do que o resultado simultaneamente estável e provisório, individual e colectivo, subjectivo e objectivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições.” O processo de construção de identidades fundamenta-se nos percursos sociais dos indivíduos, nos quais assumem particular relevância os contextos específicos em que esses percursos se concretizam.

Acresce referir que o autor considera que a construção destas identidades se realiza através da *articulação* entre dois processos identitários heterogéneos, designados de *identidades virtuais* e de *trajectórias vividas*, que produz o que designa então por identidades *reais*.

O processo identitário das identidades *virtuais* diz respeito à atribuição de identidades pelos agentes e instituições que interagem directamente com o indivíduo e no qual ele próprio está implicado. O processo das trajectórias *vividas* designa a forma como os indivíduos reconstróem os acontecimentos da sua biografia social que julgam particularmente significativos e relevantes.

Neste contexto teórico, *a identidade nunca é atribuída, é sempre construída*, através de uma verdadeira negociação entre os que procuram uma identidade e os que oferecem ou têm uma identidade virtual a propor.

“Nenhuma instância simbólica reguladora (a religião, o Estado...) é capaz de assegurar a continuidade necessária entre as identidades reconhecidas ontem e as de amanhã. O desafio é certamente o da articulação destes dois processos complexos mas autónomos: não se faz a identidade das pessoas sem elas e, contudo, não se pode dispensar os outros para forjar a sua própria identidade”. (Dubar, 1997^b:110)

A construção das identidades resulta assim da convergência de dois processos: o *biográfico* e o *relacional*. O biográfico, o da identidade *para si*, decorre no tempo e resulta de uma construção, pelos indivíduos, de identidades sociais e profissionais a partir das categorias oferecidas por instituições como a família, a escola, o mercado de trabalho ou a empresa, consideradas acessíveis e valorizantes. O relacional, o da identidade *para os*

outros, diz respeito ao reconhecimento das identidades associadas aos saberes, competências e imagens que os indivíduos dão de si próprios nos sistemas de acção em que participam, num dado momento e num determinado espaço de legitimação (Dubar 1997^b; Abreu 2001^a).

Mas quando e como se começam a construir as identidades profissionais?

Na opinião de Abreu (2001^a), os diversos estudos focalizados nas identidades profissionais têm revelado que estas se sedimentam após um contacto profundo e prolongado com os contextos de trabalho, mas a matriz, a identificação profissional de base, é formada na escola.

Observamos aqui convergência com a perspectiva de Kolb (1984), sobre a aprendizagem experiencial, ao partir do pressuposto de que o indivíduo, no seu processo de formação e socialização, é influenciado por um conjunto de factores, não essencialmente educativos, mas que possuem na realidade um efeito formador e de configuração de identidades profissionais. “A sua noção de aprendizagem experiencial e de formação pela experiência admite a existência de formação informal e a dinâmica potencialmente formativa dos contextos de trabalho (e de formação) em permanente mutação” (Abreu 2001^a: 117).

Do mesmo modo, Dubar (1991, 1997^b) afirma que, o exercício da prática profissional remete, essencialmente, para processos de socialização profissional; a formação consiste, basicamente, na reinvenção de novas formas de socialização profissional, o que incentiva a instituição e desenvolvimento, nos contextos de trabalho, de uma dinâmica simultaneamente formativa e de construção identitária que torne possível essa reinvenção.

A identidade social não é “transmitida” por uma geração à seguinte, ela é construída por cada geração com base em categorias e posições herdadas da geração precedente, mas também através das estratégias identitárias desenroladas nas instituições que os indivíduos atravessam e para cuja transformação real contribuem. (Dubar, 1997^b:118)

Na sua reflexão sobre a identidade profissional, Simões e Simões (1997), perspectivam a mesma numa inter-relação estreita com o desenvolvimento humano e, conseqüentemente, com “nuances” muito próprias a cada indivíduo, porque envolvem pessoas com vivências pessoais muito diversas e as mesmas experiências afectam cada indivíduo de forma diferente.

“Efectivamente, numerosos elementos contribuem para a constituição deste aspecto da identidade, pois esse processo envolve muitas mudanças no desenvolvimento que transformam o mundo interior do Self, com referência aos múltiplos contextos em que o

indivíduo se insere, os quais exercem influências complexas e interactivas que, apesar de sentidas por qualquer profissional, são únicas.” (Simões e Simões, 1997:49).

A identidade profissional dos enfermeiros, à semelhança de outros grupos profissionais, tem vindo a sofrer alterações, em consonância com a evolução da profissão e os próprios contextos culturais em que a mesma se situa. Abreu (2001^a) aborda este processo evolutivo, em diferentes contextos, remetendo-nos para a evolução da enfermagem ao longo dos tempos, para a inter-relação entre a enfermagem e a medicina, para a procura de autonomia profissional, para a necessidade de reorganização da prática profissional. Mais especificamente em Portugal podemos salientar como factores importantes no processo de construção identitária dos enfermeiros, a integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico⁷, a criação de Mestrados e Doutoramentos em enfermagem como promotores de um maior desenvolvimento na área da investigação e produção de conhecimento em ciências de enfermagem, a criação de um Regulamento do Exercício Profissional Enfermagem (REPE)⁸ e mais recentemente a criação da Ordem dos Enfermeiros⁹

Retomando as questões iniciais no que se refere à competência, o conceito de *competência* tem sido utilizado nos mais diversos domínios disciplinares, traduzindo uma diversidade de abordagens, o que torna difícil o mesmo ser entendido de forma clara e consensual. Esta polissemia do conceito está relacionada com o facto de este ser utilizado em contextos muito diversificados e as concepções que estão subjacentes às diversas abordagens remeterem para paradigmas distintos.

Encontramos no trabalho de Pires (2002) uma reflexão sistematizada sobre os contributos para a compreensão do conceito de competência, ao longo dos tempos e em diferentes quadros disciplinares: linguística, psicologia, ergonomia, ciências da educação, sociologia do trabalho e gestão de recursos humanos.

Apesar das distintas abordagens parece, contudo, existir uma tendência para entender o conceito de competência como uma construção social que se reveste de significados cultural e socialmente construídos.

Os contributos da psicologia, das ciências da educação e da sociologia do trabalho parecem significativamente pertinentes para a compreensão do conceito de competência e da forma como o mesmo se inter-relaciona com a identidade profissional da enfermagem.

⁷ - Decreto-lei 480/88 de 23 de Dezembro

⁸ - Decreto-lei 161/96 de 4 de Setembro

⁹ - Decreto-Lei104/98 de 21 de Abril

Os subsídios da psicologia permitem compreender o processo evolutivo, no domínio da enfermagem, nomeadamente o paralelismo que encontramos entre os conceitos de competência e a natureza dos cuidados de enfermagem, o que está intimamente relacionado com a evolução do seu processo identitário. As ciências da educação permitir-nos-ão compreender o processo formativo dos enfermeiros, ao nível da formação de base e ao longo da vida, o que de certa forma se traduz em diferentes competências e identidades profissionais. Também a perspectiva da sociologia do trabalho está intimamente ligada à temática em análise, dado estarmos a reflectir sobre uma profissão que tem, nas últimas décadas, passado por uma evolução *exponencial*.

Assim, salientamos o conceito de competência, no domínio da psicologia, nas perspectivas das correntes behaviorista (Watson), cognitiva e construtivista (Piaget e Vygotsky) e humanista (Maslow e Rogers).

A corrente behaviorista perspectiva a competência fortemente articulada com o desempenho, expressando-se nos comportamentos manifestos em situações específicas que podem ser observáveis e mensuráveis. Pires (2002:234) esclarece que: “A competência é o resultado de uma soma de comportamentos fragmentados e atomizados. Valoriza-se no fundo o resultado final.”

Encontramos nesta perspectiva uma linha convergente com o paradigma biomédico de prestação de cuidados de enfermagem, em que os mesmos são entendidos como um conjunto de actividades – tarefas, muito direccionadas para os aspectos técnicos e valorizando a execução das acções que levam ao diagnóstico e à cura, (valorização do resultado final, o utente é visto como um conjunto de órgãos e sistemas).

O conceito de competência do enfermeiro surge aqui com uma concepção muito ligada às habilidades e ao saber fazer, e igualmente relacionada com o modelo Taylorista de organização do trabalho, que influenciou fortemente a enfermagem nas últimas décadas e que, pode ser observado (pontualmente) em alguns serviços de saúde.

No seu trabalho, *Cuidar e Tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*, Ribeiro (1995), declara que, na prática concreta as enfermeiras utilizam o modelo biomédico, na medida em que centram as suas actividades na doença e no cumprimento das prescrições médicas.

Acrescenta ainda que, nos serviços onde a tecnologia não é predominante, podemos encontrar um ambiente de “rotinas” marcadas pelos cuidados físicos e tratamentos decorrentes de prescrições médicas, muitas vezes pressionadas com o sentido de “despachar tarefas”, numa clara identificação com o modelo biomédico promovendo a aquisição de competências técnicas.

A este respeito, mais recentemente D’ Espiney (2008:13) afirma que: “Continua a ser o trabalho associado à função curativa que se afirma como fonte de significado mais

consistente, quer pela sua ligação ao poder mágico da cura, quer por mobilizar saberes técnico científicos socialmente mais reconhecidos pela racionalidade que comportam”.

A corrente cognitiva e construtivista é fortemente marcada por Piaget e Vygotsky, os quais imprimem perspectivas diferentes, construtivismo cognitivo (atribuindo ao individuo um papel central no seu processo de aprendizagem) e construtivismo social (dando ênfase à dimensão social e colectiva do processo de aprendizagem) respectivamente, donde emergem concepções de competência igualmente diferentes.

A perspectiva apoiada pelo construtivismo cognitivo define “competência como mobilização de instrumentos cognitivos, de estratégias de resolução de problemas, exigindo processos de análise, de compreensão, de elaboração de quadros conceptuais e de representações.” (Pires, 2002:234).

Numa perspectiva construtivista, (cognitiva ou social), a aquisição de competências não é um somatório de conhecimentos ou condutas parcelares e atomizadas. O sujeito constrói os conhecimentos de forma activa interligando-os com a sua experiência, com os conhecimentos anteriormente adquiridos e com os contextos. Esta aquisição de conhecimentos implica uma reorganização e transformação das representações já existentes.

Nesta perspectiva e no contexto de enfermagem entendemos o desenvolvimento de competências como um processo resultante da constante interacção tripartida, enfermeiro – utente - contexto e não apenas de um conjunto de saberes acumulados, pela prática ou pela formação. Ou seja, o desenvolvimento de competências profissionais não é uma aquisição intrínseca do sujeito nem uma entidade estática. O enfermeiro vai desenvolvendo as suas competências no decurso da sua experiência profissional, no confronto com os outros, gerindo em cada momento a imprevisibilidade e complexidade de cada situação. Esta interacção que se pressupõe constante e dinâmica não pode estar desligada da percepção que a pessoa tem da sua competência a que Pires (2002:235) designa como competência apercebida e que “corresponde a uma construção cognitiva que o sujeito faz de si próprio, do seu valor no plano cognitivo, social e físico”. No nosso entender esta imagem que o enfermeiro tem de si na sociedade é de extrema importância para a dinâmica sócio-cultural e para o desenvolvimento da sua dimensão pessoal e interpessoal, tão importante no desenvolvimento das suas actividades.

Os contributos de Maslow e Rogers (corrente humanista), fazem perceber o desenvolvimento humano como um processo global, integrador e holístico, valorizando as dimensões afectivas e relacionais da aprendizagem, defendendo a centralidade da pessoa e a sua subjectividade (Pires 2002).

Esta abordagem perspectiva a competência “como um processo dinâmico, integrativo, holístico, e em que a dimensão subjectiva (traduzida em parte por aspectos

como a motivação, intencionalidade, autonomia) desempenha um papel determinante.” (*Ibidem*:235).

Esta é, em nosso entender, uma perspectiva mais “completa e abrangente” do desenvolvimento da pessoa, e que, de alguma forma, influenciou a evolução da natureza dos cuidados de enfermagem e, consecutivamente, o seu processo identitário. De um modelo biomédico, centrado na doença e no resultado final das intervenções de enfermagem, muito influenciado pela corrente behaviorista, passamos para modelos de enfermagem centrados na pessoa, valorizando a satisfação das suas necessidades fundamentais e em constante interação com o meio, suportados/apoiados por diversas teorias, nomeadamente as de Martha Rogers, (1970), Madeleine Leininger (1978), Rosemarie Parse (1981), Margaret Newman (1983), Jean Watson (1985, 1988), Meleis (1991, 2000), como vimos anteriormente.

A formação em enfermagem é outro factor importante no desenvolvimento de competências do enfermeiro e no desenvolvimento do seu processo identitário, numa primeira fase enquanto aluno e posteriormente enquanto profissional, com a função acrescida de formador ou educador.

Remetendo-nos para a área das Ciências da Educação, Pires (2002:240) refere diversos autores que deram os seus contributos para a conceptualização do conceito de competência; dos que se destacam, queremos referir Perrenoud (1997, 2000), que define competência como a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informação) para solucionar com pertinência e eficácia uma ou mais situações, isto é, “saber em uso”.

Na opinião de Roldão (2003:20) este saber é “*um saber que se traduz na capacidade efectiva de utilização e manejo* – intelectual, verbal ou prático – e não um conjunto de conteúdos acumulados com os quais não sabemos nem agir no concreto, nem fazer qualquer operação mental ou resolver qualquer situação, nem pensar com eles.”

Na perspectiva de Alarcão (2001^a:53-54) a competência

“Concebe-se como um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se no nível de desempenho adequado às circunstâncias. Não se manifesta apenas num aspecto específico. Reconhece-se pela presença de um conjunto de relações que estão na base de um exercício competente da profissão. É a capacidade global da pessoa manifestada na acção e na situação”.

Acrescenta ainda a autora que a competência não se vê, manifesta-se no desempenho competente.

Encontramos também nesta área factores que, de alguma forma, tendem a influenciar a enfermagem, nomeadamente no que se refere ao contexto de formação (do

aluno) e que está relacionando com os modelos de formação adoptados: currículos de formação baseados em competências, baseados em projectos.

No contexto actual está presente a discussão sobre – desenvolvimento curricular, perfil de competências, perfil profissional, percurso formativo, que será abordado no capítulo seguinte - A formação em enfermagem.

Salientamos ainda como contributos para a compreensão dos conceitos de competência e identidade profissional, os trabalhos realizados na área da sociologia, onde desde há muito se discutem questões que foram evoluindo, do debate sobre as qualificações profissionais, para o debate sobre as competências profissionais. “Nos anos setenta, a sociologia centrava-se no estudo dos postos de trabalho e nas tarefas, enquanto que, a partir dos anos oitenta, com a evolução das formas de produção industrial, a sociologia passou a interessar-se pelos conhecimentos utilizados no trabalho e pelas competências dos trabalhadores.” (Pires, 2002: 244; Le Boterf 2003).

Esta evolução é decorrente da evolução social, do desenvolvimento tecnológico, do aumento da complexidade dos contextos de trabalho, da economia e da gestão dos recursos humanos, entre outros. Tudo isto gera um impacto nas relações de trabalho que se estabelecem entre o(s) indivíduo(s) e a(s) instituição(ões), influenciando directamente vários aspectos da vida humana, transformando a discussão sobre competências e identidades profissionais, igualmente complexa.

Nas últimas décadas, Le Boterf (1994/1997/2003) foi enquadrando a sua reflexão sobre competências, posicionando-se numa linha das abordagens sistémicas, valorizando o carácter global, dinâmico, integrador e contextualizado das mesmas.

Nesta perspectiva, a competência é entendida como um processo, que pressupõe a capacidade de agir de um indivíduo em determinado contexto, numa integração dinâmica dos diversos saberes e que não pode ser desligada “nem da motivação, nem da intencionalidade do sujeito, pois está sempre ligada à *situação significativa* que o sujeito constrói.” (Pires, 2002:255).

Le Boterf (2003) afirma que a competência não pode ser limitada a uma perspectiva individual, pois toda a competência comporta *duas dimensões indissociáveis*, uma dimensão individual e uma dimensão colectiva, envolvendo, assim, não só o profissional, mas também a situação profissional. Transpondo estes pressupostos gerais para a enfermagem, no que se refere ao desenvolvimento das suas competências, o enfermeiro mobiliza (deve mobilizar) sempre, os seus recursos individuais, (cognitivos, relacionais, atitudinais e técnicos) e os recursos do meio (interacção com os outros, utilização de normas e regras, recursos materiais), seleccionando-os, integrando-os e combinando-os, por forma a saber administrar a complexidade das situações que emergem dos seus contextos de trabalho.

Para saber gerir essa complexidade é necessário, na opinião de Le Boterf (2003:38): “Saber agir com pertinência; Saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional; Saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos; Saber transpor; Saber aprender e aprender a aprender; Saber envolver-se.” Passamos a comentar estes vários elementos em relação com a enfermagem.

Saber agir com pertinência

Não se reduz ao saber fazer, o enfermeiro deve ir mais além do prescrito. Saber agir com pertinência é saber, diante dos imprevistos, das situações imprevisíveis e complexas, tomar iniciativas e decisões, fazer escolhas, assumir riscos e reagir, de forma a resolver a situação, (*métis*¹⁰, designação grega). Este saber agir está relacionado com a inteligência, sem se deixar levar pelas facilidades da impulsividade, é um saber inovar mais do que o *saber rotinizado* que por vezes se observa no desempenho profissional do enfermeiro, sobretudo num paradigma biomédico.

“Saber agir é o saber o que fazer” (Le Boterf 2003:40) e para tal é necessário saber interpretar a situação, dialogar com a situação - ***back talk***, como nos refere Alarcão (1996), referindo-se à perspectiva de Donald Schön, sobre a compreensão do **agir profissional**. Acrescenta ainda a autora que, na perspectiva de Schön (1983), há ainda uma competência artística, inerente à prática dos bons profissionais, uma sensibilidade, que já referimos anteriormente, designada por **artistry**.

“Esta competência, que lhes permite agir no indeterminado, assenta num conhecimento tácito que nem sempre são capazes de descrever, mas que está presente na sua actuação mesmo que não tenha sido pensado previamente; é um conhecimento que é inerente e simultâneo às suas acções e completa o conhecimento que lhe vem da ciência e das técnicas que também dominam.” (Alarcão, 1996:16)

Saber agir com pertinência pressupõe ainda “*saber julgar*”. O julgamento raramente está na ponta do algoritmo, ele supõe um salto na interpretação (Le Boterf, 2003). Para saber julgar, o enfermeiro necessita de se distanciar do contexto e ver a situação como um todo antecipando os diferentes resultados do leque de acções possíveis para solucionar o problema/situação.

Estabelecendo um paralelismo entre esta perspectiva de Le Boterf e a perspectiva de Benner (2001), sobre o desenvolvimento de competências, o enfermeiro que sabe agir com pertinência, dialogando com a situação sem estar preso a algoritmos, a normas, a

¹⁰ - A *métis* sabe adaptar-se permanentemente, modificar os modos de agir em função dos movimentos e dos contextos. **O profissional e o “homem da situação” não sabe apenas escolher, sabe escolher na urgência, na instabilidade e na efemeridade.**

procedimentos pré estabelecidos, é um profissional que se situa num nível máximo de competência o nível de Perito.

“A enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de diagnósticos estéreis. (...) ela age a partir de uma compreensão profunda da situação global.” (Benner, 2001:58)

Na opinião de Le Boterf (2003), o profissionalismo e a competência resultam não só de *saber agir* mas também de *querer* e de *poder agir* (figura 3).

O *saber agir* pode desenvolver-se, através da formação, construindo saberes e saberes fazer de diversas formas: pelo treino, consolidando a capacidade de mobilizar, de combinar e de transpor os saberes; pela implementação e funcionamento de curvas de aprendizagem, que permitem desenvolver a capacidade de se distanciar e funcionar “em pista dupla” (metaconhecimentos e metacognição); pela construção de representações operatórias que vão orientar a selecção e a combinação dos recursos a mobilizar para as competências; pela passagem por situações profissionalizantes, que permitem adquirir saberes e saberes fazer e darão oportunidades para construir competências

O *querer agir* pode ser incentivado pelos desafios claros e partilhados; por uma auto-estima congruente e positiva que vai fortalecer as expectativas e incentivar à mobilização e enriquecimento de recursos, ao envolvimento na construção de competências e ao percurso de profissionalização; por um contexto de reconhecimento e confiança que vai facilitar o assumir de riscos, além do envolvimento da personalidade; por contexto incitativo que dará uma valência forte ao desenvolvimento das competências e do profissionalismo.

O *poder agir* está condicionado pela existência de contextos facilitadores que forneçam os meios adequados ao desenvolvimento das competências; por atribuições, que reconhecerão a margem de liberdade e de iniciativas necessárias à criação de competências. (A capacidade para agir supõe autoridade para agir); por redes (relacionais de informação...) que vão ampliar o equipamento dos recursos aos quais o profissional pode apelar para construir as suas competências e o seu profissionalismo.

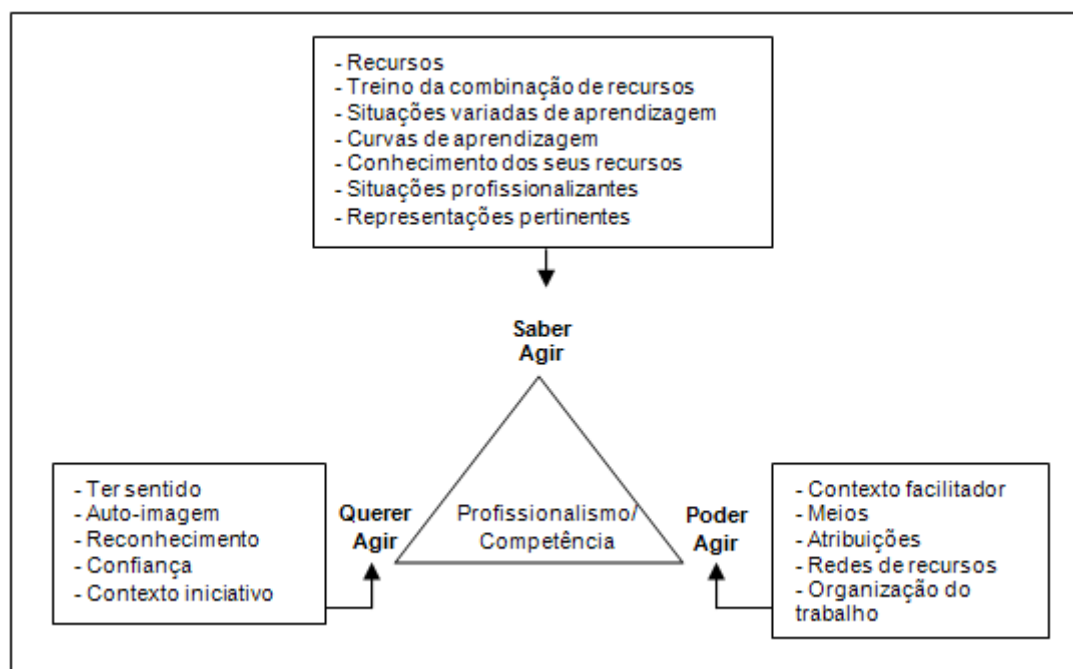


Figura 3 – Ilustração dos factores que interferem no saber agir com pertinência, (adaptado de, Le Boterf, 2003:160).

Saber mobilizar saberes e conhecimentos num contexto profissional

Não é profissional aquele que possui conhecimentos ou habilidades, mas aquele que os sabe mobilizar em contexto específico. “A competência requer instrumentalização em saberes e capacidades mas não se reduz a essa instrumentalização. (...) À imagem do pensamento, que não se exprime, mas se realiza na palavra, competência não se exprime pela acção mas se realiza na acção.” (Boterf, 2003:48).

Como tal, ao reflectirmos sobre competências, só o podemos fazer em ligação com o indivíduo e com este em “situação de desempenho”. Podemos, assim, afirmar que, as competências não são um conjunto de saberes acumuláveis sem referências empíricas e que o seu desenvolvimento está relacionado com os contextos de acção, que pressupõe a apreensão de um *continuum* que dá sentido à sucessão dos actos.

Em enfermagem esta capacidade de saber mobilizar os conhecimentos no contexto começa a desenvolver-se já no decurso da formação, em contexto de ensino clínico e prossegue no decurso da prática profissional, dada a instabilidade dos contextos, a imprevisibilidade e complexidade das situações.

Este saber, que permite o desenvolvimento de competências profissionais, vai sendo construído pela articulação de três “domínios”, tal como se observa na figura 4 proposta por Le Boterf (2003:50)

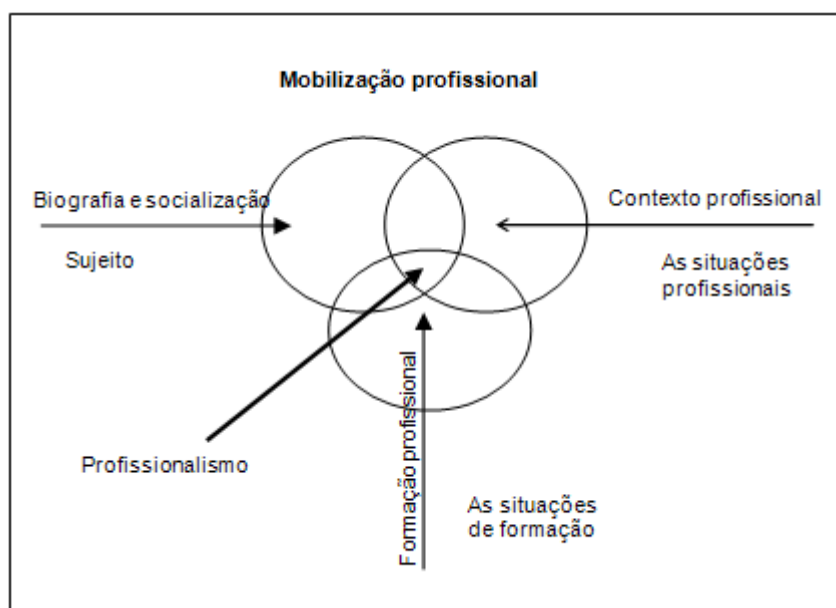


Figura 4 – Ilustração dos domínios do desenvolvimento de competências, (adaptado de Le Boterf, 1994, 2003: 50).

O profissional demonstra as suas capacidades na acção e para que o profissionalismo se mantenha é necessário que se exerça regularmente. *Mas o profissional não sabe de tudo* (Le Boterf, 2003), ele necessita estar integrado numa rede profissional de recursos materiais, de relações interpessoais, de bases de dados, para poder agir, mobilizando os recursos dessa mesma rede com competência. Dado que as competências são sempre contextualizadas, elas são, assim, na opinião de autor, individuais e sociais ao mesmo tempo. O trabalho em enfermagem passa muito por esta mobilização de saberes em rede, dado que na maioria das situações são exercidos em equipa e o processo de conhecimento ou de compreensão é orientado por sistemas de valores e de significados partilhados pelos elementos da mesma.

Saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogéneos

Os saberes são compostos por elementos diversos, pelo que o profissional deve saber seleccionar e combinar por forma a poder utilizá-los nas suas actividades profissionais indo além da reprodução ou replicação.

Na opinião do autor, a transição da formação para o desenvolvimento de competências práticas pressupõe uma transformação (transposição), que o profissional faz através de uma construção cognitiva “combinando múltiplos ingredientes que terão sido seleccionados conscientemente” (Ibidem:55).

Nesta perspectiva, em contexto de ensino clínico, face a cada situação, o aluno deve saber “combinar” os conhecimentos, desenvolvendo a capacidade de identificar e

analisar os contextos para, estruturar cognitivamente, as suas intervenções, não se limitando, à execução de tarefas com base em protocolos pré-estabelecidos ou à imitação.

Saber transpor

Saber transpor é, para Le Boterf (2003:70) a capacidade que a pessoa tem de utilizar os saberes em contextos diversos aprendendo a adaptar-se, isto é, ter capacidade de “resolver problemas ou de enfrentar situações, e não *um* problema ou *uma* situação.” Na opinião do autor, dada a crescente variabilidade dos contextos, é esperado que, as competências sejam cada vez mais transferíveis, não devendo permanecer inertes o que “exige a combinação e a construção combinatória”. A transferibilidade pressupõe, nesta perspectiva, que cada situação seja percebida como um todo a partir do qual se identificam os aspectos específicos a serem transferidos de situações homólogas.

Saber transpor, provém, na opinião do autor (2003:72), de três factores: “a capacidade de distanciamento e análise (...); a riqueza da experiência e do percurso profissional e da intenção de abordar e tratar novas situações de tal forma que elas revelem características que permitirão aplicar o que já é conhecido e dominado.”

Em contexto de formação é importante que o aluno desenvolva a capacidade de saber integrar, combinar e **transpor**, os saberes múltiplos e heterogéneos, para dar resposta às necessidades de cada utente, utilizando para isso a reflexão como estratégia de desenvolvimento pessoal e profissional. “É partir de uma reflexão sobre as suas práticas reais que o profissional graças ao trabalho de abstracção e de conceptualização poderá reinvestir sua experiência em práticas e em situações profissionais diversas” (Le Boterf 2003:73).

Transpondo para a formação em enfermagem a perspectiva de Donald Schön, referenciada por Alarcão (1996:25), é importante atribuir maior significado à formação em contexto de estágio clínico dado que aí os “alunos aprenderão a reflectir na acção e verão que a simples aplicação da regra é insuficiente, desenvolverão novos raciocínios, novas maneiras de pensar, de compreender, de agir e de equacionar problemas. (...) Os formandos desenvolverão os seus esquemas de conhecimento e de acção de uma forma pessoalizada.”

Saber aprender e aprender a aprender

São entendidos pelo autor, como importantes para o desenvolvimento de competências do indivíduo, retirando sobretudo da experiência profissional, oportunidade de produção de saberes que, conseqüentemente, vão contribuir para o seu

desenvolvimento, desde que este lhe atribua significado (aprendizagem em circuito duplo).

Congruente com esta perspectiva, está Schön (1983), tal como nos refere Alarcão (1996:17):

“A análise da prática profissional, feita por Schön, salienta o valor epistemológico da prática e revaloriza o conhecimento que brota da prática inteligente e reflectida que desafia os profissionais não apenas a seguirem as aplicações rotineiras de regras e processos já conhecidos, ainda que através de processos mentais heurísticos correctos, mas também a dar resposta a questões novas, problemáticas através da invenção de novos saberes e novas técnicas produzidos no aqui e no agora que caracteriza um determinado problema.”

Saber envolver-se

O desenvolvimento de competências profissionais pressupõe o envolvimento e uma implicação efectiva do indivíduo, pois espera-se que seja capaz de tomar iniciativas, fazer propostas, saber agir com pertinência, mobilizar saberes num determinado contexto. Isto só acontece se o mesmo puder agir, e estiver motivado para isso. Esse envolvimento é assim essencial ao desenvolvimento das suas actividades profissionais de uma forma espontânea e profissional e não como mero executor de tarefas prescritas.

Na enfermagem, o não envolvimento do profissional nas suas actividades reduz as mesmas a intervenções “rotineiras”, correndo o risco destas serem descontextualizadas, ou seja, não irem ao encontro das necessidades do utente e como tal desprovidas de sentido.

Discussão actual sobre competências em enfermagem

Como ponto final clarificador da identificação de cuidados de enfermagem, no contexto Português, entendemos ser pertinente reflectir sobre o momento actual, que se vivêcia.

Assim, no que se refere à definição de competências em enfermagem, queremos salientar os trabalhos realizados no nosso país pela Ordem dos Enfermeiros, que apesar de ter em conta o contexto nacional, acompanha o desenvolvimento dos trabalhos a nível internacional nomeadamente os do International Council of Nurses (ICN).

A própria sociedade, no seu processo evolutivo, reclama padrões de qualidade de cuidados de enfermagem de elevado nível técnico, científico e ético, de forma a satisfazer

as suas necessidades e expectativas no que se refere a cuidados de saúde, quer seja em contexto hospitalar ou em centros de saúde, públicos ou privados.

Neste contexto, os Órgãos Sociais da Ordem dos Enfermeiros têm vindo a desenvolver esforços para dar resposta às suas atribuições, nomeadamente à definição de qualificação profissional dos enfermeiros e certificação de competências, entre outros.

No decorrer deste processo, foi importante a definição de cuidados de enfermagem, que nos é apresentada como um processo centrado na relação interpessoal enfermeiro, cliente. Esta relação terapêutica deve caracterizar-se pela parceria estabelecida com o cliente /família/comunidade, com respeito pelas suas capacidades, e como forma de as potencializar, tendo como foco de atenção a promoção dos projectos individuais de saúde de cada cliente/família/comunidade, prevenindo a doença, promovendo a saúde e os processos de readaptação pós-doença. Estes cuidados devem procurar satisfazer as necessidades humanas fundamentais, com vista à promoção da máxima independência do indivíduo, de acordo com as suas capacidades funcionais.

Ainda no âmbito da definição de cuidados de enfermagem, é referido que o exercício profissional dos enfermeiros se insere num contexto multidisciplinar, pelo que daí advêm dois tipos de intervenções de enfermagem: intervenções interdependentes, iniciadas ou prescritas por outros profissionais da equipe de saúde; intervenções autónomas, iniciadas por prescrição/planeamento do enfermeiro. É, igualmente, reconhecida a importância do processo de tomada de decisão em enfermagem, em todas as fases do processo terapêutico, desde a identificação de necessidades, à implementação das intervenções e posterior avaliação das mesmas.

Está ainda aqui consignada a utilização de princípios humanistas no exercício da profissão, previstos no Código Deontológico do Enfermeiro, com vista à procura da excelência do exercício profissional, perseguindo os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

Para dar cumprimento ao mandato social da profissão, a Ordem dos Enfermeiros, tendo em conta o contexto Português e as propostas do ICN, nomeadamente ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses– Report and Development Process and Consultation, Standart and Competencies Series (2003), o Conselho de Enfermagem propôs a laboração de um documento que definisse as competências dos enfermeiros de cuidados gerais.

Neste âmbito surge como conceito de competências de enfermeiro de cuidados gerais definido do seguinte modo: “A competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”. (Ordem Enfermeiros, 2003^b:16).

Como resultado final deste trabalho, as competências do enfermeiro de cuidados gerais estão subdivididas em três domínios: Prática profissional, ética e legal; Prestação e gestão de cuidados; Desenvolvimento profissional (figura 5).

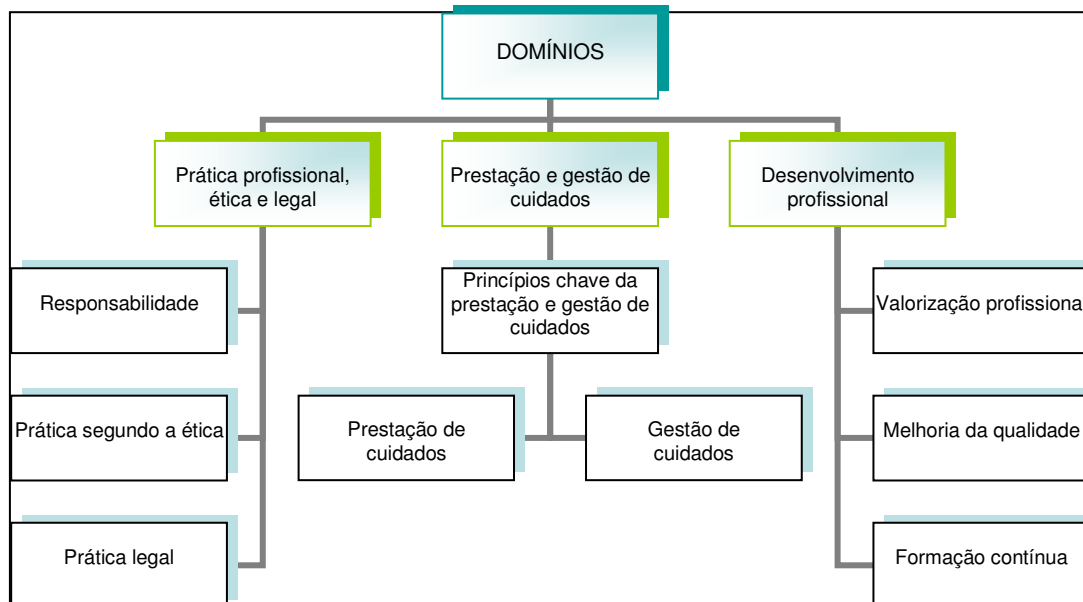


Figura 5 – Ilustração dos domínios de competência dos enfermeiros de cuidados gerais (adaptado de Ordem Enfermeiros, 2003:13).

No domínio da **Prática profissional, ética e legal**, referem-se como competências:

- a aceitação da responsabilidade dos actos, identificando os seus limites e consultando outros profissionais sempre que a situação o exija.
- o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico respeitando o direito dos utentes à privacidade, ao acesso à informação, à escolha e autodeterminação; envolvendo-se nas tomadas de decisão; identificando práticas de risco; reconhecendo e respeitando crenças e valores do indivíduo, família ou grupo; a não violação da legislação que regulamenta a prática profissional.

No âmbito da **Prestação e gestão de cuidados**, são determinados os princípios chave da prestação e gestão de cuidados, para os quais se definiram como competências:

- a aplicação de conhecimentos e técnicas adequadas à prática de enfermagem, aplicando o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas, ajuizando e tomando decisões fundamentadas;
- a organização e gestão do trabalho de forma eficaz, tendo em conta os processos de direito associados aos cuidados de saúde, actuando como um recurso para os

indivíduos, famílias e comunidades que enfrentam desafios relacionados com a situação de doença ou morte;

- a promoção da saúde, compreendendo e promovendo iniciativas, em colaboração com outros profissionais por forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis;
- a utilização de metodologia científica da prestação de cuidados, na colheita de dados, planeamento, execução e avaliação das actividades, garantindo um ambiente seguro através da utilização de estratégias de garantia de qualidade e de gestão do risco;
- a valorização da comunicação e das relações interpessoais, na relação com o utente, família e comunidade, na relação com outros profissionais, valorizando os papéis e capacidades de todos;
- a delegação e supervisão de actividades de outros, proporcionais às suas capacidades e no âmbito da sua prática.

O **desenvolvimento profissional** engloba a valorização profissional, a melhoria da qualidade e a formação contínua, tendo como competências base:

- a promoção da imagem profissional, participando no desenvolvimento de políticas de saúde, contribuindo para o desenvolvimento da prática profissional, através da investigação e assumindo responsabilidades de liderança;
- a participação em programas de melhoria de qualidade de cuidados, utilizando indicadores válidos para avaliação da prática de enfermagem;
- a responsabilização pela sua aprendizagem ao longo da vida, através de formação contínua e de desenvolvimento de competências;
- a participação na formação e desenvolvimento de novos profissionais.

Pela complexidade e abrangência destas competências, entendemos que as mesmas se vão construindo e desenvolvendo ao longo do percurso profissional do enfermeiro até atingirem um nível de excelência. Baseamos a nossa perspectiva no modelo de desenvolvimento de competências elaborado por Benner (1994), no qual a autora identifica cinco níveis de “desenvolvimento profissional”, reconhecendo em cada nível características específicas.

Benner aplica à enfermagem o modelo de aquisição de competências definido por Dreyfus (1981) no qual se considera que a aquisição e o desenvolvimento de perícia de um indivíduo passa por de cinco níveis de proficiência: **Nível 1** – Principiante; **Nível 2** – Principiante avançado; **Nível 3** – Competente; **Nível 4** – Proficiente; **Nível 5** – Perito.

Estes níveis reflectem mudanças em dois aspectos gerais do desempenho:

- Um movimento de confiança em princípios abstractos para a utilização de experiências concretas passadas, como paradigmas.
- Mudança de percepção e entendimento da exigência de uma situação, de modo a que esta seja encarada menos como uma complicação das partes igualmente relevantes e mais como um todo completo no qual só certas partes são relevantes.

Nível 1 – *Principiante*

Os principiantes não possuem a experiência de situações com as quais possam ser confrontadas; o âmago das suas dificuldades está na inabilidade para fazer um julgamento discricionário.

Para lhes proporcionar acesso a essas situações, eles devem ser instruídos sobre as mesmas, em termos de atributos objectivos que podem ser reconhecidos sem experiência situacional (avaliação de sinais vitais, diurese...). Esta falta de experiência de situação exige um recurso mais frequente a normas e regras para orientar o principiante no decurso das suas actividades.

Benner (2001: 50) refere ainda que, “o modelo Dreyfus de aquisição de competências é um modelo dependente da situação e não relativo à inteligência ou aos dons de uma pessoa”. Por isso ao ser transferido de serviço, um enfermeiro muito experiente em determinada área, pode passar novamente pelo nível de principiante.

Nível 2: *Principiante avançado*

O principiante avançado é uma pessoa que consegue demonstrar um desempenho aceitável Benner (2001: 50) caracteriza-o como já tendo feito “frente a suficientes situações reais para notar (elas próprias ou sob indicação de um orientador) os factores significativos que se produzem em situações idênticas e que o modelo Dreyfus qualifica por aspectos da situação”

O principiante avançado necessita ainda de apoio no ambiente clínico, para estabelecer prioridades, pois actua sobretudo de acordo com directrizes gerais sendo ainda incapaz de identificar o que é mais significativo na situação

A sua actuação junto dos doentes tem que ser acompanhada de perto por enfermeiros que já atingiram o nível da competência para se assegurarem de que as necessidades importantes do utente não ficam por atender.

Nível 3: *Competente*

A “competência” do enfermeiro que exerce há já dois ou três anos emerge quando esse começa a ver as suas acções em função de objectivos de longo alcance ou de

planos a longo prazo. O enfermeiro tem já plena consciência desses planos, e o objectivo ou plano dita quais os atributos e aspectos da situação e do futuro imediato que devem ser considerados mais importantes e quais podem ser ignorados. Para a enfermeira competente, Benner (2001: 53) afirma que “um plano estabelece uma perspectiva e baseia-se sobre uma análise consciente, abstracta e analítica do problema”.

Ao enfermeiro competente falta-lhe ainda a rapidez e flexibilidade do enfermeiro que já atingiu o nível de proficiência, mas o estágio da competência é caracterizado por um sentimento de mestria, por conhecimentos profundos e pela capacidade de lidar e gerir as muitas contingências da enfermagem.

Nível 4: *Proficiente*

O enfermeiro proficiente percebe as situações de forma global, em vez de o fazer em função de aspectos isolados, sendo o seu desempenho guiado por máximas. Segundo Benner (2001), a experiência ensina ao enfermeiro proficiente quais os acontecimentos típicos a esperar numa dada situação e como modificar os planos em resposta a esses acontecimentos.

Devido à capacidade baseada na experiência para reconhecer situações como um todo, a “percepção” da situação surge, aqui, como um factor importante. O entendimento holístico do enfermeiro proficiente melhora a sua capacidade de decisão e a sua rapidez e adequação de actuação.

Nível 5: *Perito*

Neste nível, o enfermeiro “já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado” (Benner, 2001: 58). O enfermeiro perito, com a sua enorme experiência prévia, abarca, intuitivamente, a situação e concentra-se no ponto fulcral do problema, sem considerações supérfluas.

Tal como é descrita neste modelo, a experiência é compreendida e utilizada na aquisição de perícia (não apenas por uma mera referência à passagem do tempo), através do refinamento de noções e teorias pré-concebidas, do encontro de numerosas situações reais que acrescentam à teoria nuances ou diferenças subtis. Segundo Benner (2001), a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa, apresentando mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria.

Finalizamos este ponto evidenciando a evolução, nas últimas décadas, das perspectivas de enfermagem e conseqüentemente da natureza dos cuidados, os quais

estão fortemente interligados, na actualidade, ao conceito de qualidade de cuidados que pressupõe um exercício profissional competente.

Esta reflexão remete-nos para a questão da formação dos profissionais de enfermagem, que deve ter subjacente os aspectos abordados, de forma a promover a qualidade do ensino que corresponda às necessidades e ao pluralismo acrescentado da sociedade actual, o que abordaremos no ponto seguinte.

2 – A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Na reflexão feita no ponto anterior pudemos compreender que a enfermagem tem evoluído ao longo das décadas, acompanhando a evolução social e tentando dar resposta às expectativas e necessidades das populações. Esta evolução ocorreu como resultado de mudanças de paradigmas, referentes não só à prática profissional, mas também à formação dos enfermeiros.

Neste ponto iremos abordar a temática da formação em enfermagem, reflectindo sobre o processo de construção de saberes, sobre referenciais teóricos na formação do aluno e sobre a filosofia das escolas subjacente à concepção dos currículos de formação, conscientes de que estes aspectos se encontram interligados e se constituem como factores importantes no desenvolvimento do futuro profissional.

Assim surgem-nos como questões orientadoras da nossa reflexão as seguintes: Que “modelo” de formação para a enfermagem que responda aos desafios do futuro? Quais as especificidades de formação em enfermagem? Que saberes construir? Que competências desenvolver?

Nas respostas não pretendemos encontrar uma matriz de modelo de formação, mas apenas o reflexo das discussões actuais sobre a formação, de um modo geral e mais específica no que se refere à enfermagem, no contexto actual de mudanças significativas de paradigmas formativos.

As transformações sociais que têm decorrido nas últimas décadas fizeram emergir novas maneiras de pensar e de fazer educação, nomeadamente educação/formação profissional e este novo contexto social exige alterações que, por si só, estão a gerar desafios a este nível.

O paradigma de educação profissionalizante, baseado no racionalismo técnico, foi cedendo espaço a uma epistemologia da prática, que tem como ponto de referência a competência subjacente à boa prática profissional: a racionalidade crítica. Consideramos, no entanto, tal como Sá-Chaves (2000^a), que estes paradigmas não são antagónicos ou dicotómicos; diferindo na sua racionalidade, apresentam aspectos comuns e completam-se.

As actuais perspectivas pedagógicas colocam o formando no centro de toda a acção pedagógica, imputando-lhe fundamentalmente a responsabilidade pela sua própria aprendizagem por forma a tornarem-se profissionais competentes, capazes de responder técnica e culturalmente a um conjunto de situações mais ou menos complexas com que

diariamente se confrontarão. Mas a centração na pessoa do aluno não pode ignorar as dinâmicas de interactividade pois “a importância de um modelo de formação centrado no sujeito leva esse mesmo sujeito a integrar vivências existenciais, apropriando-se de influências externas que sobre si são exercidas e que irão ser reflexo do seu percurso experiencial.” (Ramos 2003:3)

O ensino em enfermagem, inserindo-se em contextos decorrentes da evolução sócio-cultural e do desenvolvimento técnico-científico, não pode deixar de acompanhar estas perspectivas pedagógicas. Como afirma Pereira (1996: 11): “A aprendizagem em enfermagem deve constituir também um processo de apropriação pessoal e reflexivo dos saberes e de integração da experiência de cada um, a partir dos quais a acção educativa adquire significado. Ao longo deste percurso são os próprios alunos que devem gerir os apoios e influências exteriores.”

Acresce ainda referir que, na área da saúde, a ênfase colocada na promoção da saúde e prevenção da doença tornou necessário rever as estratégias de intervenção e as competências dos profissionais, articulando-as com os contextos sociais e ambientais emergentes.

Na opinião de Marques (2005:155), “A complexidade do processo de saúde introduziu outras lógicas que afectaram não só os saberes como implicou a necessidade de desenvolver novas competências para o enfermeiro”. A autora faz ainda referência que à educação cabe agora uma orientação, inspirada não por valores clássicos, mas situada no ideal humanista, fornecendo de algum modo “a cartografia” de um mundo complexo constantemente agitado.

Nesta perspectiva, na formação dos enfermeiros temos que ter em conta um perfil de competências que contenha um saber técnico-científico, imprescindível à prática profissional, mas que deve ser complementado com uma reflexão sobre o saber ser e o saber estar consigo próprio e com os outros, para um agir ético-profissional (Ferreira, 2004^a).

É, assim, fundamental fazer alterações curriculares, baseadas sobretudo em alterações paradigmáticas da formação em enfermagem, mais centradas na aprendizagem ao longo da vida, na reflexão sobre as práticas, na interacção com o meio envolvente, no saber agir em contextos altamente mutáveis e imprevisíveis.

Encontramos consonância com esta (nossa) perspectiva na proposta da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, (Delors *et al*,1998:89) “A educação deve transmitir, de facto, de forma maciça e eficaz, cada vez mais saberes e saber-fazer evolutivos, adaptados à civilização cognitiva, pois são as bases das competências do futuro”. Esta proposta pressupõe que a educação deve ser sustentada por “quatro aprendizagens fundamentais” que se transformarão, para cada indivíduo, ao

longo da vida, em pilares do conhecimento, a saber: **aprender a conhecer**, ou seja adquirir os instrumentos da compreensão; **aprender a fazer** para poder agir sobre o meio envolvente; **aprender a viver em comum**, para poder participar e cooperar com os outros em todas as actividades humanas; **aprender a ser**, para poder viver em sociedade, aceitando o outro tal como é, adaptando-se, desenvolvendo-se, sendo autónomo sem deixar de estar integrado.

Nesta perspectiva, a educação no século XXI deverá ser uma educação ao longo da vida, por forma a ordenar as diferentes sequências de aprendizagem, a gerir as transições, a diversificar e valorizar os percursos individuais. Em suma, deverá ser uma educação cujo objectivo é a formação da pessoa, no seu sentido amplo e não estritamente relacionada com a formação para uma profissão (Silva e Cunha, 2002).

Ainda na sequência deste trabalho da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, a UNESCO solicitou a colaboração de Edgar Morin, para uma melhor clarificação da educação do futuro, da qual resultou um documento – *Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro*. Neste trabalho, Morin (2006) apresenta como saberes necessários à Educação do futuro e que o autor refere como buracos negros da educação, completamente ignorados, subestimados ou fragmentados nos programas educativos, a saber: o Conhecimento, o Conhecimento Pertinente, a Identidade Humana, a Compreensão Humana, a Incerteza, a Condição Planetária e a Antropo-ética.

2.1 – O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE SABERES

Como salientámos no ponto anterior a enfermagem, tal como outras profissões na área da saúde, engloba um conjunto de saberes diversificado, que se foi construindo ao longo dos tempos (Abreu, 2001^a). Para isso contribuíram várias ciências, com maior incidência as que têm o homem como foco de atenção e a experiência emergente das práticas de cuidar, à qual se foi atribuindo significado, se foi estruturando em conhecimentos cimentados (sustentados) por teorias também elas emergentes da reflexão sobre as práticas, o homem, o ambiente e a interacção entre eles.

Na óptica da Organização Mundial de Saúde (WHO,1991:3), “Nursing is both an art and a science that requires the understanding and application of the knowledge and skills specific to the discipline. It also draws on knowledge and techniques derived from the humanities and the physical, social, medical and biological sciences.”

Esta visão da enfermagem pressupõe que a mesma não pode ser vista como um campo isolado sem influência da evolução técnico-científica e do contexto sócio-cultural. Ao aceitarmos esta influência pressupomos que a mesma vai determinar diferentes

modos de pensar e de vivenciar a enfermagem, do mesmo modo que entendemos que as expectativas relativas aos cuidados de enfermagem são culturalmente diferentes.

Se o desenvolvimento e a comunicação, por um lado, facilitam o fenómeno da globalização e aumentam a tendência para uma homogeneização do quadro conceptual, das linguagens profissionais e dos instrumentos básicos da profissão, por outro lado, defende-se que os contextos profissionais se devem situar culturalmente e aceitar as diferenças e a diversidade que daí advêm (Abreu 2001^a).

Estas diferenças emergentes dos contextos sócio-culturais são cada vez mais frequentes pela maior mobilidade dos indivíduos, o que pode gerar a necessidade de práticas de cuidados ajustadas, em cada momento, a cada indivíduo exigindo assim que às mesmas estejam subjacentes saberes que são construídos ao longo da vida e que se mobilizam em cada contexto (momento) evidenciando as competências profissionais.

Como é que o aluno de enfermagem constrói os saberes específicos da profissão?

A construção de saberes em enfermagem inscreve-se num processo dinâmico que se inicia com a formação inicial em “contexto formal” e se prolongará ao longo da vida, dando resposta aos desafios emergentes da prática profissional e da evolução dos contextos (ecológicos) sócio-culturais.

Espera-se assim que a formação inicial forneça ao aluno os conhecimentos e os instrumentos do saber mas, sobretudo, que o prepare para uma formação auto-dirigida e responsável, que lhe permita acompanhar a evolução dos saberes para que possa, em cada momento, transpor os mesmos para a prática, ao agir com pertinência.

Nesta perspectiva Nóvoa e Finger (1988:112) referem que:

“Face às rápidas mutações tecnológicas e à desactualização constante dos conhecimentos de pouco servia fornecer aos indivíduos hoje, uma sólida base de conhecimentos cuja utilidade seria nula amanhã... o sucesso educativo passa pela capacidade de formar indivíduos capazes de se reciclarem permanentemente, aptos a adquirirem novas atitudes e capacidades, capazes de responderem eficazmente aos apelos constantes de mudança... já não se trata de adquirir, de maneira exacta, conhecimentos definitivos, mas de se preparar para elaborar, ao longo de toda a vida, um saber em constante evolução e... de aprender a ser”.

Este é sem dúvida o grande desafio que se coloca hoje em todas as áreas de formação, mas podemos afirmar que na enfermagem este aspecto se reveste de uma especial importância, que se prende com a natureza dos cuidados a prestar, mais concretamente com os aspectos “não visíveis” da prestação dos cuidados e que se inscrevem na vertente relacional dos mesmos.

É, assim, crucial que na construção do currículo se tenha subjacente as características peculiares da profissão, que exigem cada vez mais uma forte sustentação teórica (conhecimentos) acompanhada de uma prática reflexiva, num equilíbrio dinâmico promotor da construção de saberes, que estão intimamente relacionadas com o desenvolvimento de competências.

A sustentação de todo este processo engloba não só a aquisição de um conjunto de saberes das diversas áreas, cujo objecto de estudo é o homem na sua complexidade biopsicosociocultural, mas também os saberes próprios que a enfermagem tem vindo a construir no seu processo evolutivo e que, tal como refere Abreu (2001^a:137) “no seu património a enfermagem conta com saberes centenários e milenários cuja natureza assenta na experiência do cuidar como fenómeno humano e que evoluem naturalmente acompanhando o homem no decurso da sua existência. Trata-se, na sua essência de um saber situado na prática profissional.”

Poderemos aqui afirmar que esta essência se percebe no saber mobilizar, integrar e transferir tanto os conhecimentos adquiridos em contexto de sala de aula, como as experiências vivenciadas em contexto de ensino clínico.

Estes aspectos convocam a necessidade de todo o processo formativo pré profissional conter uma forte componente de prática clínica, claramente explícita em termos legislativos no nosso país, pois só no confronto com a prática o aluno vai construindo os seus saberes, específicos da profissão.

Para além do desenho curricular ter em conta estes pressupostos entendemos ainda ser importante considerar no processo de desenvolvimento desse currículo os novos paradigmas de ensino aprendizagem mais centrados no aluno, recorrendo a metodologias mais interactivas, que promovem o sentido da auto-regulação das aprendizagens e o recurso aos contextos reais de prática clínica como forma de mobilizar e cimentar os conhecimentos e, desta forma, imputar ao aluno um papel mais activo na construção dos saberes.

E que conhecimentos consubstanciam os saberes de enfermagem?

São diversos os autores que, de uma forma mais ou menos sistematizada, têm reflectido sobre os saberes em enfermagem. Meleis (1997) e Kérouac *et al* (1996) e Fawcett (1989) perspectivam que o corpo de conhecimentos de enfermagem deve integrar uma componente interpessoal e relacional bem sedimentado, associado a um saber técnico-científico sustentado por uma componente crítico-reflexiva.

Estes conhecimentos emergem simultaneamente da investigação e da reflexão sobre a prática profissional, “...confirmando a pluridimensionalidade do seu saber, assim

como a importância de todas as dimensões do mesmo, no exercício profissional do enfermeiro” (Longarito, 1999).

Na perspectiva de Kérouac *et al* (1996:100), “La formación enfermera está en primero lugar anclada en la esencia de la disciplina. Los conceptos centrales y sus interrelaciones se presentan como la trama de un programa de estudios que se adapta a la rápida evolución de un mundo en transformación.” As autoras supracitadas (1996:101) referem ainda que o eixo principal da formação deverá “gravitar alrededor de diversos saberes: saber ser (valores, creencias, convicciones e actitudes), saber (conocimiento, comprensión, análisis crítico, síntesis) y saber hacer (habilidades relacionales, técnicas).

O **saber ser** deve constituir-se como um guia explícito dos valores de enfermagem, expressando-se na forma de ser e estar na profissão. O foco da formação deve centrar-se na importância atribuída à pessoa, ao ambiente, ao processo, às interações, às transições e ao potencial colaborativo. Estes valores devem ser compartilhados por docentes e alunos dando sentido à responsabilidade social do profissional de enfermagem no contexto sócio-cultural e político e no sistema de saúde.

O **saber** e o **saber fazer** correspondem aos saberes específicos da enfermagem e emergem da inter-relação entre as diversas áreas do conhecimento em que a mesma se apoia, ciências humanas e sociais e ciências naturais e artes.

Sustentam ainda as autoras que deverá haver um equilíbrio entre os diversos saberes, permitindo assim um desenvolvimento equilibrado do aluno, perspectivando um futuro sustentável, acompanhando a evolução técnico-científica, social e cultural.

Estes saberes são sustentados, na perspectiva de Carper (1978) e Chinn e Krammer (1995, 1999), por quatro padrões de conhecimento: empírico, ético, pessoal e estético.

O conhecimento **empírico**, ou a ciência de enfermagem, organiza-se em leis e teorias com o propósito de descrever, explicar e prever as relações entre os fenômenos e, expressa-se na prática de enfermagem através da competência. O conhecimento empírico está subjacente e é convocado através de processos cognitivos, para a resolução de problemas e a utilização do pensamento lógico sendo demonstrado, na mobilização de saberes e conhecimentos num contexto profissional.

O conhecimento **ético**, também considerado o conhecimento moral da enfermagem, diz respeito às implicações éticas dos cuidados de enfermagem e implica confrontar valores, normas, interesses ou princípios que envolvem tomadas de decisão e julgamentos ético-morais que se colocam no decurso das práticas. O conhecimento ético não descreve ou prescreve a decisão a ser tomada, pelo contrário; ele provê “*insight*” sobre as possíveis escolhas a serem feitas e o seu porquê.

Para Chinn e Kramer (1995), a pesquisa empírica pode oferecer factos e informações que podem orientar o desenvolvimento do conhecimento ético e contribuir para a tomada de decisões éticas correctas; porém, os métodos empíricos não podem ser usados para testar teorias éticas. Carper (1978) acrescenta, ainda, que o conhecimento ético vai além do simples conhecimento das normas ou códigos éticos da profissão, incluindo todas as acções voluntárias, que são deliberadas e sujeitas a julgamentos.

O conhecimento **pessoal** consiste na tomada de consciência de si próprio. Compreende a experiência interior de tornar-se um todo, um “*self*” consciente. Para isso é necessário absorver-se na totalidade da experiência, conscientemente e fazer introspecção, criando um significado pessoal interior, que é formado através das experiências vividas. Este conhecimento privilegia a totalidade e integridade, promove o envolvimento e evita comportamentos manipulativos e impessoais.

O conhecimento **estético/artístico** é relativo ao saber criativo do enfermeiro, na sua interacção com o utente, definindo a sua perspicácia e intuição. Refere-se à capacidade que o enfermeiro tem de actuar de forma única, pela sua experiência e vivência pessoal e profissional e reflecte a abordagem artística dos cuidados de enfermagem. Tal como o conhecimento pessoal, também o conhecimento estético só pode ser expresso em acção, ele é visível e único em cada momento, não podendo ser replicado.

Este tipo de conhecimento é também designado como a arte da enfermagem. Expressa-se através das acções, comportamentos, atitudes, condutas e interacções do enfermeiro com a pessoa. A percepção do significado de um encontro é o que cria uma acção de arte na enfermagem e a percepção do significado por parte da enfermeira é reflectida na acção realizada (Chinn e Kramer, 1999).

Acresce ainda salientar que, embora descritos separadamente, os quatro padrões de conhecimento ocorrem de forma inter-relacionada e emergem da totalidade da experiência, sendo cada um igualmente necessário e contribuindo como componente essencial para a prática de enfermagem.

Reafirmando a ideia da integridade do conhecimento na enfermagem, no que respeita ao ser humano, todos os padrões são necessários e interactuam; sobressaindo mais um do que outro, em alguns momentos, todos estão sempre presentes.

A figura 6 ilustra, na perspectiva de Chinn e Krammer (1999), o processo de desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

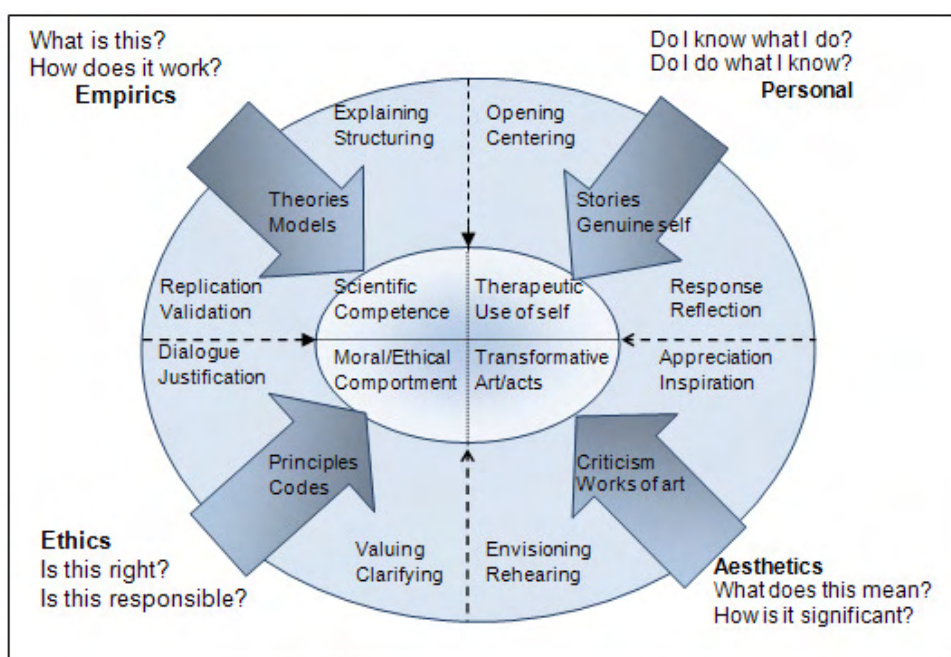


Figura 6 – O processo de desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, (adaptado de Chinn e Kramer, 1999:8).

Ao reflectirmos sobre estas perspectivas e a prática profissional encontramos consonância com as perspectivas de Perrenoud (2000) e Le Boterf (2003) sobre a competência, que pressupõe saber mobilizar saberes e conhecimentos num contexto profissional e simultaneamente com o pensamento de Schön referenciado por Alarcão (1992/1996).

Na sequência destas reflexões entendemos que o aluno de enfermagem constrói os saberes específicos da profissão num processo dinâmico e progressivo de apropriação de conhecimentos, durante o período de formação em contexto de “escola” e a transposição dos mesmos para contextos de prática clínica (ensinos clínicos). Esta alternância permite ao aluno, para além de desenvolver competências profissionais, através da mobilização de conhecimentos em contexto real, “envolver-se” e apropriar-se dos aspectos não visíveis dos cuidados de enfermagem mas intimamente interligados com os mesmos – socialização à profissão, desenvolvimento de identidade profissional, crescimento pessoal, como resultado das experiências vivenciadas em contacto com a pessoa doente e mesmo com a morte.

Sendo a enfermagem uma ciência humana de experiências de saúde/doença, que são mediadas por uma transacção de cuidados profissionais, pessoais, científicos, estéticos, humanos e éticos (Abreu, 2001^a), o seu domínio de conhecimentos é difícil de delimitar e não se resume a um conjunto de conhecimentos emergentes da investigação

das teorias (também elas sustentadas pela investigação), da prática, da história ou do senso comum.

Na opinião de Abreu (2001^a:129), o domínio de conhecimentos de enfermagem “Engloba também um conjunto de saberes mais amplos: metodologias de intervenção, processo de assistência e perspectivas holísticas, que se constroem através da incursão pela interioridade da pessoa humana.” Esta opinião tem subjacente a teoria de cuidados humanos de Jean Watson de cuja abordagem metafísica do cuidar “emergem um enfoque existencial e fenomenológico” (Ibidem: 129).

O processo de construção de saberes em contexto de formação não é simples nem facilmente explicável porque, enquanto processo dinâmico e de alguma forma longitudinal (duração do curso 4 anos), está interligado com um conjunto de factores que, vistos à luz da perspectiva Bronfenbreniana¹¹, podem estar relacionados com a pessoa, o contexto, o processo e o tempo.

Devemos ainda ter em conta, neste processo de construção dos saberes, em contexto de formação, que nos estamos a referir à formação inicial, em que o aluno está simultaneamente a desenvolver-se enquanto pessoa e que, na maioria dos casos, não vivenciou situações sobre as quais possa reflectir, atribuindo significado às mesmas com sentido crítico, que lhe permita “crescer”.

Esta pode ser uma das dificuldades do aluno, sobretudo iniciais, quando as temáticas abordadas em contextos de aula exigem um nível de abstracção que ele não consegue atingir, porque não vivenciou (observando, sentindo, fazendo), porque não desenvolveu ainda qualquer interacção com o contexto real de prática clínica.

A este propósito, Alarcão refere-nos, no prefácio do livro – Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional, (Sá-Chaves, 1997:8) que o mesmo traduz “uma ideia de formação como desenvolvimento de uma capacidade pessoal, de natureza psicossocial, que implica um conhecimento intrapessoal e uma reflexão sobre o vivido e se desenvolve em interacção com o mundo, os saberes constituídos e os saberes e as experiências dos outros com quem se convive.”

Partindo destes pressupostos coloca-se a questão de qual o modelo de formação mais adequado para que o aluno (com as características já referenciadas, possa construir os saberes necessários a uma profissão tão “exigente”.

Não encontramos um modelo de formação que possa ser referenciado como o “modelo”. Entendemos que devemos ter subjacentes *modelos*, que possam dar contributos para a formação de profissionais que se ajustem às expectativas e exigências actuais, capazes de se auto-renovarem perante a evolução, (Lesne 1984),

¹¹ - Perspectiva a ser abordada no ponto 4 desta secção – Abordagem Ecológica de Desenvolvimento Profissional.

desenvolvendo a capacidade crítico-reflexiva (Dewey, 1932; Schön 1983; Alarcão 1992/1996, 2000), de modo a desenvolver competências e construir saberes que lhes permitam “o agir profissional” (Alarcão 1992/1996:16).

Neste sentido formar profissionais de enfermagem é, sem dúvida, um processo complexo. Os conhecimentos e os saberes que emergem durante a formação estão inter-relacionados, não só com os aspectos anteriormente referidos, mas também, com o próprio aluno e o “modelo de formação”, incluindo, aqui, o plano curricular, os docentes e o processo e que serão abordados nos pontos seguintes.

2.2 – A FILOSOFIA DAS ESCOLAS E A CONCEPÇÃO DOS CURRÍCULOS

A integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico e a institucionalização do grau de licenciatura para os enfermeiros generalistas fez surgir a necessidade de avaliar e questionar os diferentes modelos de formação das diferentes escolas, por forma a dar cumprimento às directivas legais e às necessidades reais da população.

Assim, e de acordo com o Decreto. Lei 480/88 de 23 de Setembro, que procede à integração do ensino da enfermagem no sistema educativo nacional, compete às escolas proporcionar uma sólida formação cultural e técnica a nível superior, desenvolver a capacidade de inovação e de análise crítica e ministrar conhecimentos científicos de índole teórica e prática e as suas aplicações com vista ao exercício de actividades profissionais.

Esta política educativa não está isolada do contexto sócio-político nacional e europeu, ela resulta da interacção entre diversos factores, nomeadamente sistemas sociais que agem sobre o sistema educativo e os mesmos estão sujeitos a influências filosóficas, éticas e religiosas, ao contexto histórico e geográfico assim como a desenvolvimento sócio cultural em que se situa o sistema educativo. (Machado e Gonçalves, 1999; Zabalza, 1995).

Nesta perspectiva cabe às escolas, que leccionam o curso de licenciatura em enfermagem, um papel primordial na preparação do indivíduo para a vida activa, permitindo-lhe adquirir e desenvolver competências de dimensão *cognitiva, atitudinal, comunicacional e técnica*¹² por forma a desempenhar as suas funções profissionais com

¹² - Designação utilizada na filosofia da ESSUA – mas que, na sua globalidade, enquadram /são idênticas a outras designações ou “tipologias”, nomeadamente a apresentada por Dias (2002:44): competências pessoais (genéricas, chave, terceira dimensão ou *soft-skills*); científicas (conhecimentos, diferentes formas de saberes); técnicas (os saberes-fazer que caracterizam a profissão); sócio afectivas (incluindo competências relacionais) e ético- morais (dimensões do desenvolvimento pessoal, social e moral).

a qualidade que lhe é exigida, indo de encontro às necessidades e expectativas das comunidades e acompanhando o desenvolvimento tecnológico científico e cultural.

De acordo com a legislação referida, esta preparação para a vida activa pressupõe que o curso detenha uma componente teórica, teórico-prática e prática e uma componente de ensino clínico (que deve corresponder pelo menos a 50% da carga horária do curso). Esta componente de ensino clínico implica um recurso aos contextos de trabalho como espaços formativos de desenvolvimento de competências indispensáveis à formação de profissionais, tal como nos refere Ramos (2003:4): “Compete à escola não só ministrar conhecimentos de alta qualidade num ambiente humanizado, de construção crítica e de excelência intelectual, mas também iniciar o estudante num processo de socialização, que lhe permita construir o seu próprio campo de acção e de representações.”

Numa visão estritamente funcionalista, poderíamos afirmar que o desenho do currículo do Curso de licenciatura em enfermagem seria “simples” e de fácil implementação, bastaria para isso cumprir legislação e ter em conta as tendências actuais de formação no ensino politécnico e universitário. Contudo, este é um processo complexo, uma vez que lhe estão subjacentes inúmeros factores, os quais se devem inter-relacionar, promovendo um desenho curricular promotor do desenvolvimento do aluno numa auto-implicação reflectida e responsável, capaz de acompanhar a evolução de se metamorfosear num agente transformador das dinâmicas profissionais.

Neste sentido, em cada escola, a arquitectura ou o design do currículo de formação e os planos de curso que o integram, “(...) dependem essencialmente das concepções científicas, pedagógicas, políticas e socioeconómicas, culturais, ideológicas que lhe estão subjacentes e dos objectivos estratégicos e operacionais que se pretendem atingir que, por sua vez, exigirão os meios operacionais, materiais e equipamentos necessários para o efeito.” (Tavares, 2003:92)

Importa aqui realçar o conceito de escola enquanto organização social com uma cultura própria, promotora do desenvolvimento e da emergência do conhecimento. Afirma o mesmo autor, (1992:25) que “A escola como comunidade educativa, seja qual for o nível a que intervenha tem que ser um fórum de troca de ideias e de experiências e, por conseguinte, um espaço privilegiado de aquisição e construção de conhecimento e de pessoalidade em que todos os seus intervenientes devem estar activamente envolvidos.”

Numa perspectiva mais actual, Alarcão (2001^b:11) refere a necessidade da escola ser, “uma escola reflexiva, concebida como uma organização que, concomitantemente, se pensa a si própria, na sua missão social e na sua organização, e confronta-se com o

Correspondem ainda ao proposto no projecto *Tuning Educational Structures in Europe* (2005) – Competências genéricas e competências específicas.

desenrolar da sua atividade em um processo heurístico simultaneamente avaliativo e formativo”.

É em consonância com esta perspectiva que entendemos a importância da escola enquanto responsável pela concepção e desenvolvimento do currículo de formação em enfermagem à qual, pela natureza dos cuidados já referenciada em ponto anterior, se impõem novas exigências, o que gera desafios para uma educação profissionalizante na qual esta formação se inscreve.

Compreende-se, assim, que a concepção e o desenvolvimento do currículo de formação em enfermagem deve ter em conta que o processo de *cuidar* da pessoa, (saudável ou doente), representa o cerne do corpo teórico fundamental da *práxis* da enfermagem. Aprender a cuidar torna-se assim o foco do desenvolvimento curricular. Contudo, aprender a cuidar é um processo complexo e dinâmico sustentado pelos conhecimentos científicos, pelos saberes específicos da enfermagem e pela própria vivência de cuidar e ser cuidado.

Emergem, nesta óptica, diversos desafios ao desenho e desenvolvimento curricular da formação em enfermagem que se relacionam com os mesmos desafios que se colocam às instituições de saúde, à profissão e que estão associados à complexidade das situações de saúde e doença, as quais carecem, cada vez mais, de uma abordagem multidisciplinar, que vai além da área da saúde exigindo assim um verdadeiro trabalho de equipa e a utilização da criatividade para contornar obstáculos internos e externos à organização onde se prestam cuidados.

Na reflexão sobre a formação em enfermagem feita, no nosso país, no sentido de sustentar as alterações que devem decorrer, do processo de adequação à declaração de Bolonha, os pareceres de D' Espiney *et al* (2004) e Santos *et al* (2004:4) são convergentes no sentido de que os principais desafios que se colocam estão sobretudo, relacionados com uma mudança do paradigma de cuidar, com os novos problemas de saúde decorrentes do envelhecimento e dos estilos de vida assim como da reorganização dos serviços de saúde.

Estes desafios são decorrentes da alteração dos contextos socioculturais, nomeadamente, da consciencialização dos cidadãos relativamente aos seus direitos e deveres, ao desenvolvimento moral e à participação na vida da comunidade o que, por inerência, leva a um aumento do nível de expectativas relativamente à qualidade dos cuidados de saúde. Entendemos assim que, o desenvolvimento curricular enquanto processo, independentemente do desenho curricular, está estreitamente relacionado com diversos factores (pessoas, processo, contexto, conteúdos) tal como se ilustra na figura 7.

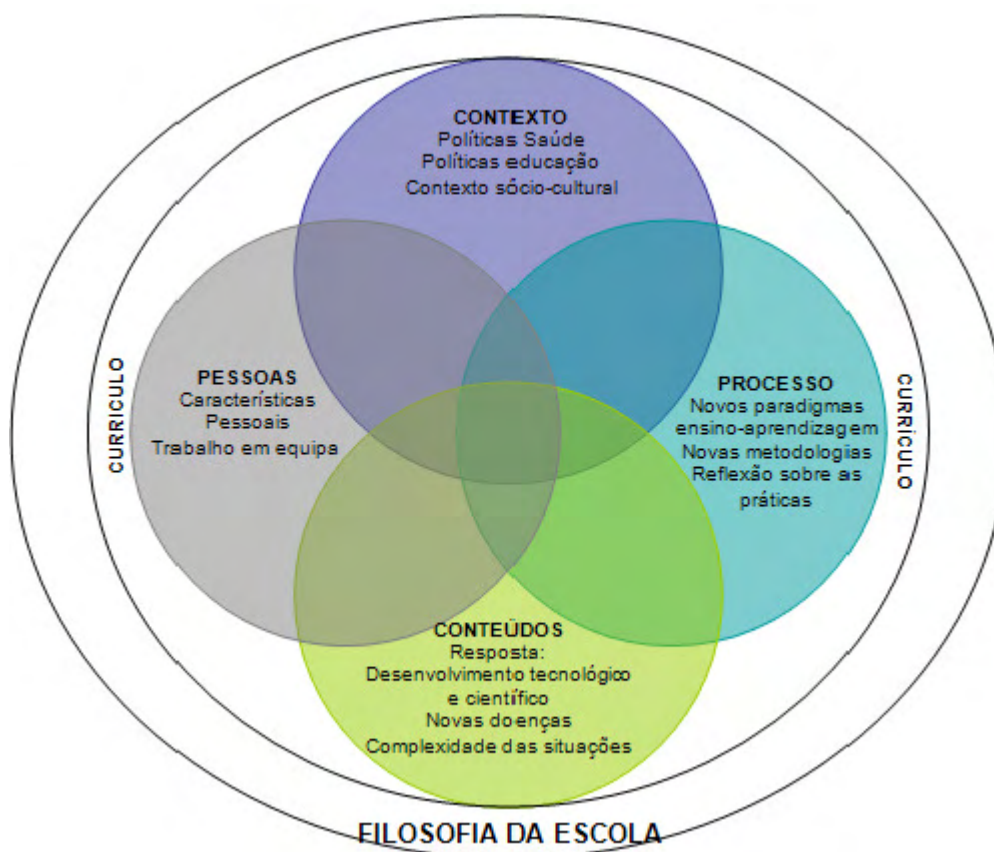


Figura 7 – Ilustração dos factores intervenientes no desenvolvimento curricular.

Fruto da emergência de novos saberes, mas também de profundas alterações na concepção dos cuidados de saúde (políticas de gestão, mecanismos de controle de qualidade,) e, sobretudo, pelo movimento a nível europeu, para a construção de um espaço de formação, a nível do ensino superior, mais coeso, competitivo e atractivo, de modo a promover uma maior mobilidade e empregabilidade de estudantes e profissionais (Processo de Bolonha) observam-se algumas mudanças no que se refere à concepção dos currículos de formação em enfermagem.

Este movimento de reorganização curricular, que se tem vindo a desenvolver no âmbito do Processo de Bolonha incide, essencialmente, na construção de currículos de formação, mais abertos e abrangentes, por um lado e, por outro lado, mais ajustados à formação de profissionais com perfis de competências, que dêem resposta às necessidades efectivas das sociedades em constante evolução. Pretende ainda este movimento reestruturar a “forma de estar” no ensino superior, centralizando o processo de ensino aprendizagem mais no aluno e menos no docente.

Nesta perspectiva, as dinâmicas do processo ensino aprendizagem terão que ser alteradas. As novas metodologias deverão permitir ao aluno consciencializar-se da sua

responsabilidade no processo, traçar os seus próprios objectivos de formação, “marcar os seus tempos” e definir as suas próprias estratégias. O docente terá um papel muito mais de orientador, de conselheiro, companheiro, na lógica do que Schön (1983) denomina *por coach*. Nesta óptica devem criar-se condições facilitadoras à aprendizagem do aluno estimulando a sua curiosidade, encorajando-o a escolher os seus interesses e a ser crítico e responsável pelas suas opções. O “saber” deve ser construído de forma processual em que docente e aluno participam reflexiva e criticamente, de acordo com os seus papéis e com as suas vivências pessoais.

Perspectiva-se, assim, uma abordagem dos currículos muito mais centrada nas competências, as quais pressupõem conhecimentos, mas não se devem confundir com a aquisição de conhecimentos, pois as competências só existem em contexto, só existem na medida em que os saberes são utilizados, postos em prática em contexto, *agindo em situação* (Le Boterf, 2003).

No âmbito da reestruturação curricular, decorrente do Processo de Bolonha, pressupõe-se que o aluno, no final do 1º ciclo de formação, seja detentor das competências instrumentais, interpessoais e sistémicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2003^b); Santos *et al* (2004) e D’ Espiney (2004), conducentes a uma prática reflexiva responsável e autónoma, no âmbito da prestação de cuidados ao indivíduo, família e comunidade, em equipa multidisciplinar.

As alterações curriculares e, conseqüentemente, o número de créditos atribuídos a cada unidade curricular¹³ (Artigo 5º, do Capítulo II, do Decreto-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro) deve basear-se sobretudo em alterações paradigmáticas da formação, mais centradas na reflexão sobre as práticas, na interacção com o meio envolvente, no saber agir em contextos altamente mutáveis e imprevisíveis indo ao encontro da proposta da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, (1996), a qual pressupõe a educação sustentada por quatro pilares do conhecimento, já anteriormente referenciados: Aprender a conhecer; Aprender a fazer; Aprender a viver em comum; Aprender a ser.

Apesar deste ponto se referir à formação em enfermagem e não pretendermos abordar a questão das teorias de aprendizagem, em geral, não podemos deixar de reflectir sobre os paradigmas de aprendizagem, conducentes à formação de profissionais para uma prática crítico-reflexiva, evidenciando as perspectivas Dewey (1932), Schön (1983), Zeichner (1993), Alarcão (1992/1996), que não sendo dirigidas especificamente

¹³ - a) «Unidade curricular» a unidade de ensino com objectivos de formação próprios que é objecto de inscrição administrativa e de avaliação traduzida numa classificação final;

para a enfermagem podem constituir-se como um apoio importante nas estratégias de formação com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional do aluno.

Estes paradigmas de formação, sobretudo na formação em enfermagem, estão estritamente ligados às exigências dos contextos de prática relacionadas com a complexidade dos mesmos e, conseqüentemente, com a necessidade do enfermeiro desenvolver a sua prática em contextos imprevisíveis (aspectos que abordaremos, no ponto referente aos ensinamentos clínicos).

2.3 – A RELEVÂNCIA DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS NO ENSINO DE ENFERMAGEM

Como vimos no seu percurso evolutivo, a enfermagem tem vindo a ser “pensada” por diferentes teóricos no sentido do desenvolvimento de uma filosofia cuja matriz conceptual específica sustente as suas práticas e os seus saberes e, conseqüentemente, o processo de formação profissional. Emergiram, assim, diferentes teorias e modelos conceptuais de enfermagem, já referenciados em ponto anterior e que, tal como já foi referido, reflectem a evolução sociocultural e transformam a concepção das práticas e da própria formação.

De uma formação centrada essencialmente no modelo biomédico, que teve início com a concepção de Florence Nightingale (1850), e muito interligada com as condições e os contextos da época, em que na construção do currículo era dada ênfase ao processo de tratar e em que a tónica se colocava em torno da doença e da cura, muito centrada na delegação de responsabilidade por parte do médico, a formação em enfermagem foi evoluindo para modelos curriculares mais centrados numa visão holística do utente, com base no conhecimento próprio da enfermagem, promotor do desenvolvimento de uma prática mais autónoma cujo ênfase se coloca no processo de cuidar.

Reportando-nos mais uma vez a pontos anteriores, colocamos como questões orientadoras deste ponto:

Qual a importância dos referenciais teóricos de enfermagem na formação do aluno? Que contributos emergem de uma formação sustentada por um referencial teórico?

Pelo que temos vindo a reflectir, na construção deste enquadramento teórico sobretudo no que se refere à natureza dos cuidados em enfermagem, à evolução e à construção de conhecimentos e saberes, não podemos deixar de abordar aspectos importantes para a formação dos enfermeiros, aqueles que lhes conferem os saberes

próprios da profissão e que nem sempre são fáceis de colocar de forma visível, num desenho curricular que sustenta um Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Um dos aspectos, que consideramos importante neste processo é a forma como está, mais ou menos implícito nesse desenho curricular, um ou mais do que um modelo conceptual de enfermagem (referencial teórico).

Entendemos ser difícil definir que modelo conceptual de enfermagem sustenta a formação em determinado currículo, dado que, pela sua complexidade, a enfermagem não se pode reduzir a um único modelo, mas sim a “modelos” que se complementem e estejam subjacentes à formação do enfermeiro. Não só porque cada docente “transporta”, no seu trabalho com o aluno, uma concepção de enfermagem diferente como, cada aluno vai, ao longo do curso, construindo as suas próprias concepções, pelas suas características pessoais e pelas experiências vivenciadas, não só na escola como nos contextos reais de prática clínica, onde a diversidade de “saberes” e de “pensar” enfermagem é hoje muito evidente. Acresce ainda referir que, em cada área dos cuidados de saúde, emergem necessidades de cuidados diferentes e, como tal, devem ter subjacentes diferentes concepções dos mesmos. Esta diversidade (complexidade) de situações deve ser “vívida” desde a formação do enfermeiro, para que o mesmo, em contexto de prática profissional, possa “saber integrar ou combinar os saberes múltiplos e heterogéneos, saber transpor” (Le Boterf, 2003).

Salientamos aqui que esta nossa opinião de que, subjacente a um desenho curricular, pode estar mais do que um modelo conceptual, advém da nossa experiência pessoal de cerca de 30 anos de prática profissional na enfermagem.

Entendemos que este facto resulta da interligação que deve existir entre a escola, enquanto espaço de formação e as instituições de prestação de cuidados de saúde, enquanto empregadoras. A nossa percepção é que a evolução dos cuidados se faz num crescendo, numa articulação muito próxima e bidireccional, dado que a escola tenta dar resposta às necessidades emergentes da prática e os profissionais, na prestação de cuidados, tentam acompanhar o desenvolvimento científico, adequando o mesmo a cada contexto.

Assistimos, nas últimas três décadas, no nosso País, a uma “abertura ao mundo”¹⁴, o que permitiu aos enfermeiros ter contacto com os trabalhos realizados a nível

¹⁴ - As mudanças sociopolíticas emergentes no pós “25 de Abril” conduziram os enfermeiros a uma autêntica revolução na área da Profissão (Nunes, Lucília – *Um Olhar Sobre o Ombro, Enfermagem em Portugal*, 2003). Acresce referir que toda a evolução permitiu uma aproximação (embora ainda frágil) ao que se faz em enfermagem sobretudo ao nível de investigação, a nível mundial, com a possibilidade dos enfermeiros acederem a mestrados e doutoramentos (em áreas afins) e posteriormente com a criação de mestrados e doutoramentos na área de enfermagem (Abreu, Wilson – *Identidade, Formação e Trabalho*, 2001^a). O trabalho de Amendoeira (2004) – *Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem uma transição inacabada 1950-2000*, vem, igualmente, dar contributos na medida em que faz uma sistematização dos

mundial, conduzindo a novas concepções de enfermagem e, conseqüentemente, a novas formas de estar na enfermagem.

Esta evolução, que em nós próprios sentimos, permite-nos perceber que os modelos conceptuais encerram em si uma “essência comum” sobre o que deve ser a enfermagem, contudo, o resultado final pode ser entendido de forma diversa.

Sobre a utilização de modelos conceptuais na formação da enfermagem, Fawcett (1989) refere a sua importância, dando exemplo do que acontece na - University of Ottawa School of Nursing em Ontário, Canadá, onde o pluralismo de modelos conceptuais sustenta a implementação e o desenvolvimento curricular.

“This curriculum includes first-year content dealing with health of individuals that is based on Roy’s (1984) Adaptation Model. Second-year content deals with health of expanding and childrearing families and also is based on Roy’s (1984) conceptual Model. Third-year content focuses on biophysical and psychosocial health and illness of individuals and families. Various elements of this content are based on Roy’s conceptual model, Orem’s(1985) general theory of nursing, and Neuman’s (1982) System Model. Fourth-year content emphasizes health and illness of individuals, groups, and community and is based on Neuman’s conceptual model.” (Fawcett 1989:362).

A evolução da complexidade inerente aos cuidados de saúde (decorrente da rápida evolução técnico-científica e social) coloca a enfermagem no centro das profissões, que necessitam interagir directamente para a resolução dos problemas dos utentes/populações. Este facto implica um forte relacionamento interdisciplinar, exigindo, assim, que o enfermeiro tenha bem cimentada a concepção de **Cuidar**. “Asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes requiere el dominio de un saber y *competencias* específicas en lo que lo llamamos el *design* del cuidado.” (Kérouac et al, 1996:100)

Os conceitos centrais e os princípios inerentes a este “*design* del cuidado”, perfilam-se, na opinião dos autores referenciados, como um marco de referência flexível, que permite conceptualizar as relações entre teoria, prática e investigação.

A adopção de um referencial teórico de enfermagem permite ao aluno uma melhor compreensão dos conceitos centrais, designados por metaparadigma de enfermagem: Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidado.

Na perspectiva de Kuhn, *apud* Tomey e Alligood (2004:13), “os modelos ou “paradigmas” de uma disciplina científica preparam, em primeiro lugar, os alunos para a prática como membros daquela comunidade profissional”. Referem, ainda, que o paradigma (modelo ou esquema) desempenha um papel vital na prática, porque, sem

“modelos de formação em enfermagem, a concepção e a utilização do conhecimento em enfermagem, na segunda metade do século XX, em Portugal.

uma estrutura, toda a informação, com que o profissional se depara, parece ser igualmente relevante.

Em congruência com esta perspectiva Fawcett (1989:30-31) refere que:

“In nursing education, the conceptual model, or conceptual frameworks as it usually is called, provides the general outline for curriculum content and teaching-learning activities. More specifically, a fully developed conceptual model represents a particular view of an approach to nursing education. The curricular structure and educational processes are specified in the following four rules inherent in each conceptual model:

- The first rule identifies the distinctive focus of the curriculum and the purposes to be fulfilled by nursing education.
- The second rule identifies the general nature and sequence of the content to be presented
- The third rule identifies the settings in which nursing education occurs and the characteristics of the students.
- The fourth rule identifies the teaching-learning strategies to be employed.

When the conceptual model is used for curriculum construction, it must be linked with theories about education and teaching-learning process, as well as with substantive theoretical content from nursing and other disciplines (Fawcett 1985). The resulting conceptual-theoretical system then applies to the patient, the student and the educator”.

Na sua análise sobre o uso de referencial teórico na formação do enfermeiro, Meleis (1997) reforça a ideia da importância do desenho e desenvolvimento curricular tendo por base referenciais teóricos, na medida em que os mesmos permitem uma maior facilidade de interligação dos conteúdos, por forma a que o aluno desenvolva um corpo de conhecimentos possíveis de transferir para cada contexto da prática sustentando essa mesma prática profissional. Observa-se assim congruência com a perspectiva de Le Boterf (2003).

Não obstante o reconhecimento desta importância, a autora refere que não basta introduzir os conteúdos no currículo, pois que, quando estes conteúdos relacionados com as teorias e o desenvolvimento do conhecimento são introduzidos como componentes separadas no currículo, os alunos e os docentes experimentam dificuldades em relacionar esses conteúdos com outras componentes curriculares. É necessário que os mesmos promovam no aluno impacto significativo no desenvolvimento de competências do aluno, tanto na prática clínica como na investigação.

“To capture student’s attention, to sensitize them to the significance of theory in their practice or research and to demystify theory, teaching of theory must come out of its closet and it must be innovative and integrated (Karmels, 1993). When faculty are

skeptical about theoretical nursing, they cannot persuade student of its importance (Levine 1995).

Theoretical nursing provides nursing curricula with a perspective that is uniquely nursing's; it provides nursing students with frameworks that help them define their values, concepts in their work, significant problems in their fields, and approaches to structuring and developing knowledge. More important, a theoretical nursing perspective promotes the primacy of discovering, developing, and structuring nursing knowledge." (Meleis 1997:421)

À luz destas perspectivas, entendemos ser importante que, desde a formação inicial dos enfermeiros, se torne clara a importância da sustentação dessa formação, tendo por base referenciais teóricos e paradigmas que orientem para as abordagens usadas na prática profissional e que dão igual contributo para a investigação e a gestão dos cuidados. Isto não significa apenas abordar os aspectos teóricos de um modelo conceptual, como os postulados, os valores e os elementos. O "modelo" ou "modelos" devem sustentar o próprio desenho curricular, a forma como os conhecimentos se devem articular entre si e, mais ainda, os valores do (s) modelo (s) devem estar implícitos ou mesmo explícitos na forma como os docentes interagem com os alunos e como deixam transparecer esses mesmos valores.

Assim, um desenho curricular estruturado sobre um referencial teórico promove, no aluno, uma sistematização do pensamento em termos de compreensão da disciplina, mas também, em termos de organização das práticas, aquando dos estágios clínicos. É por isso importante que o "modelo" adoptado pela escola não esteja muito "desligado" dos modelos adoptados pelas instituições¹⁵ onde o aluno realiza os estágios clínicos porque, apesar da escola ter como objectivos formar profissionais capazes de integrar equipas/serviços diversos (instituições com diferentes filosofias e diferentes formas de ver e pensar os cuidados de saúde), entendemos que, durante o processo de formação, o aluno não tem nem a maturidade nem a experiência que lhe permita transpor e adequar as suas intervenções, de um modelo conceptual, "vivenciado na escola", para um modelo muito diferente, adoptado pelo serviço.

¹⁵ - No Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro, que aprova o regime legal da Carreira de Enfermagem, está implícita a adopção, por parte das instituições prestadoras de cuidados de saúde, de um modelo conceptual de enfermagem, uma vez que define o conteúdo funcional de cada categoria, com base na utilização de uma metodologia científica de prestação de cuidados, Processo de enfermagem. A utilização desta metodologia pressupõe que está subjacente um modelo conceptual, a partir do qual os profissionais organizam as suas práticas. Desde a colheita de dados, primeira etapa do processo de enfermagem, até à avaliação final, o enfermeiro tem necessidade de ter subjacente ao mesmo um referencial teórico, que lhe permita, em parceria com o utente, planificar, de modo eficaz, os cuidados, assim como avaliar o seu resultado final, de acordo com a situação e as expectativas do utente, dentro do tempo determinado. O referencial teórico subjacente a esta metodologia de prestação de cuidados permite uma visão holística do utente, estabelecendo as prioridades de actuação, mobilizando em cada momento os recursos necessários, melhorando a comunicação entre a equipa e, consequentemente, a qualidade dos cuidados.

Neste sentido, deveria existir uma (maior) aproximação entre as diversas instituições intervenientes na formação dos profissionais, para poderem formar entre si, uma “entidade formadora” em que exista homogeneidade de “pensamento”, no que se refere à formação de novos profissionais, à importância da interacção conjunta nessa formação, potencializando os recursos, promovendo o desenvolvimento dos profissionais envolvidos no processo e contribuindo assim para uma melhoria de qualidade dos cuidados a prestar à população.

Transpondo estas perspectivas para o contexto de formação, em interligação com o que o aluno vai vivenciar em contexto de estágio clínico, importa salientar a necessidade de, desde o início da sua formação, o aluno estruturar o seu pensamento de forma sustentada e congruente com a enfermagem que se pratica.

Se, na prática clínica, o enfermeiro utiliza um referencial teórico que sustenta as suas intervenções, a partir do qual elabora o Processo de Enfermagem, deve existir esta lógica de desenvolvimento de actividades desde a formação inicial dos profissionais.

Ao ter como pressuposto que a aprendizagem é um processo continuado de construção experienciada de saber e que a escola tem uma função curricular a desempenhar, devemos considerar o currículo como guia orientador de aprendizagens e atribuir à escola, em geral e, a cada escola em particular, a gestão estratégica e flexível desse enquadramento orientador. Assim o currículo, inerte enquanto no papel, torna-se vivo, na acção do professor com os seus alunos.

3 – O ENSINO CLINICO NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

No ponto anterior fizemos uma reflexão sobre a formação em enfermagem, de uma forma global, enquadrando todo o currículo de formação no contexto sócio-cultural actual e apresentando perspectivas para um futuro próximo.

Neste ponto iremos abordar a formação em contexto específico de ensino clínico e a sua importância para a formação profissional do enfermeiro, nomeadamente o contexto real de prática clínica, o processo de aprendizagem, a as dinâmicas de supervisão clínica.

Dando resposta ao que a legislação propõe como componente de formação em enfermagem¹⁶, os ensinamentos clínicos constituem-se como um período importante para formação do aluno como forma de desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes profissionais que não são susceptíveis de desenvolvimento em contexto virtual de laboratório. Estes períodos permitem ao aluno vivenciar experiências e transpor para a prática os conhecimentos e os saberes que ao longo do “período teórico” vai assimilando, mas aos quais só pode atribuir significado e conseqüentemente cimentar através de uma vivência em contexto real.

A este propósito, Silva e Silva (2004:103) salientam que “É integrados na equipa de enfermagem que os alunos estabelecem relações mais equitativas e próximas entre os enfermeiros do exercício, aprendendo com eles a “enfermagem prática” e a facilitar a inserção futura no mundo do trabalho através das regras de funcionamento da organização”. Perspectiva convergente apresenta Abreu (2001^a:304), ao referir:

“A escola de enfermagem é um poderoso meio de socialização dos enfermeiros. É no seu seio que se desenham os principais quadros de inteligibilidade que estão na base do processo de construção social da profissão. (...) Por outro lado, são os contextos de trabalho que atribuem uma significação às práticas de saúde. Os fenómenos da saúde e da doença, embora percebidos segundo uma matriz cultural, estão dependentes, na sua dinâmica cognitiva e avaliativa, do conjunto de factores materiais, relacionais e simbólicos inerentes ao funcionamento destes lugares sociais.”

No seu trabalho sobre - *O ensino clínico, dificuldades recursos e profissionalidade*, Longarito (1999:12) afirma que “os locais de trabalho são o local indicado e adequado para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado

¹⁶ - Decreto-lei 353/99 de 3 de Setembro; Portaria nº 799-D/99 de 18 de Setembro.

com a prática, isto é, o saber com o saber fazer e o saber ser (da acção) construindo o saber cognitivo (saber emergente da reflexão na acção) ”.

Como salienta Pereira (1996: 49): “O ensino clínico parece-nos ser então o momento de formação ideal para que o aluno adquira o saber enfermagem, que não se transmite unicamente sob a forma teórica pura mas, associadamente à prática que proporciona a experiência, ajuda a construir o nível de profissionalismo, que não se ensina, mas que se adquire.”

Podemos assim considerar que há, no ensino clínico, uma dimensão importante de socialização à profissão, associada ao desenvolvimento de competências no que se refere nomeadamente ao trabalho em equipa, à organização individual do trabalho, à compreensão das dinâmicas do serviço, ao estabelecimento de relações interpessoais (entre pares, entre a equipa multidisciplinar e com os utentes), à comunicação, à tomada de decisão individual ou em grupo perante situações novas, à partilha de saberes e de responsabilidades em consonância com o seu papel de aluno.

3.1 – A CLÍNICA COMO ESPAÇO PRIVILEGIADO DE FORMAÇÃO

A complexidade crescente dos contextos de cuidados, assim como dos próprios cuidados, exigem que a formação neste âmbito seja também um processo pensado numa perspectiva dinâmica de integração /transposição de saberes em cada contexto, que só é possível se realizada em estreita colaboração entre escola e num “contexto real de prática clínica”.

Desde o início da profissionalização da enfermagem que a formação, pese embora as características dos diferentes períodos/culturas, teve como componente forte, a aproximação à prática profissional, através da realização de estágios clínicos.

Os contributos de outras áreas, nomeadamente das Ciências da Educação, vieram alterar, de alguma forma, os paradigmas de formação em enfermagem, fazendo abandonar modelos tradicionais com enfoque no modelo biomédico em que o saber fazer se inscrevia como a resposta adequada à dicotomia saúde-doença, centrando-se hoje num paradigma de cuidar, no qual os estágios clínicos emergem como períodos de aprendizagem únicos e insubstituíveis, promovendo uma socialização à profissão e o desenvolvimento da identidade profissional, sustentados por uma componente hoje indispensável para o desenvolvimento de competências – a **reflexão**, *na e sobre* a acção.

Ao reflectir sobre o pensamento de Donald Schön e os programas de formação de professores, Alarcão (1992/1996:11) refere que Schön (1983) em *The Reflective Practitioner*” propõe, em alternativa à formação baseada num racionalismo técnico, “uma

epistemologia da prática que tenha como ponto de referência as competências que se encontram subjacentes à prática dos bons profissionais”; posteriormente em *Educating the Reflective Practitioner* (1987), o autor sintetiza o seu pensamento pedagógico ao defender que, a formação do futuro profissional deva incluir uma forte componente de reflexão a partir de práticas reais. Acrescentamos ainda que, actualmente, na formação em enfermagem, esta componente reflexiva é indispensável para que o profissional possa enfrentar cada situação nova com que pode deparar-se na sua actividade, tomando as decisões adequadas.

Sendo a actividade profissional de enfermagem complexa, exige que a formação dos seus profissionais tenha como suporte um conhecimento profundo em ciências biomédicas e sociais, que preparem o aluno para agir em contextos de prática clínica os quais, como já foi referido, são imprevisíveis e complexos, exigindo constantemente processos de reflexão sobre essas mesmas práticas.

Uma formação que, apoiada neste pressupostos, “possibilita ao formando uma visão caleidoscópica do mundo do trabalho e dos seus problemas e, permitindo uma reflexão dialogante sobre o observado e o vivido, conduz à construção activa do conhecimento na acção segundo uma metodologia de aprender fazendo (*learnig by doing*).” (Alarcão 1992/1996:13)

Sobre esta temática Abreu (2003:9) refere que:

“A *Clínica* é um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais. Implica a articulação de processos de reflexão *na* e *sobre* a acção. A aprendizagem em ensino clínico é uma actividade que, sendo cognitiva, é mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica, que implicam mudanças a nível do comportamento observável, auto-conhecimento e definição de uma “estratégia pessoal” de processar a informação. “

Nesta óptica, o ensino clínico é uma oportunidade única de o aluno vivenciar experiências, as quais, na maioria das vezes, se constituem como um primeiro contacto com situações reais e/ou com os contextos da prática, sejam eles Centros de Saúde, Hospitais ou outras instituições onde se prestem cuidados ao indivíduo, ao longo do ciclo vital. Em consonância, Leitão (2000:115) afirma: “ O estágio emerge como espaço privilegiado de formação e permite que cresçam como profissionais. É aqui que interioriza que cada caso é diferente de qualquer outro, proporcionando uma efectiva aprendizagem da necessidade de assistir cada pessoa na sua singularidade.”

Estas vivências, mais ou menos significativas para o aluno, produzirão sempre uma qualquer mudança, que aqui se pretende que seja no sentido de ir ao encontro dos objectivos educacionais propostos pela escola. Assim, cada momento de ensino clínico deve ser preparado de forma cuidada, permitindo ao aluno assimilar o que o rodeia e

mobilizar os conhecimentos que supostamente detém, gerindo a situação com vista a um desenvolvimento de competências em cada área.

O ensino clínico pode assim ser entendido como período de formação em que o aluno adquire os “*saberes de enfermagem*”, que não são passíveis de ser transmitidos apenas de forma teórica, carecendo sempre de vivências na prática clínica para serem percebidos na sua totalidade e que estão estreitamente relacionados com os conhecimentos subjacentes ao desempenho profissional, referenciados por Carper (1978) e Chinn e Krammer (1991, 1999): o conhecimento empírico (emerge na competência pela *mobilização de saberes*, pelo *saber integrar e combinar saberes múltiplos*, para agir em situação) e o conhecimento ético (confrontação de valores, princípios, normas e interesses, que envolvem tomada de decisão); conhecimento pessoal (implicando um envolvimento pessoal, uma tomada de consciência de si, através da introspecção e da atribuição de significado pessoal); conhecimento estético (saber criativo, que se revela na interacção com o utente em cada momento e que se reflecte de forma única, pela vivência pessoal).

Uma das conclusões do estudo de Abreu (2001^a:236) é que “a prática profissional possui um lugar de relevo na formação dos enfermeiros – ela contém, na sua essência, a sua razão de ser: a relação com o ser humano, saudável ou doente. O *mundo vivido*, tal como o caracterizam os alunos e os enfermeiros, é muito mais complexo do que aquele cuja imagem constroem no decurso da formação teórica.” Acrescenta ainda o autor que, em geral, os alunos entendem este período de formação como o cerne da sua formação, conferindo sentido à formação da identidade profissional: “A prática sugere a aprendizagem na intimidade através do confronto consigo próprio, mas igualmente a formação no contacto com o mundo, a ideia de que acção humana não é solitária mas colectiva – é uma co-acção.” (Idem:236)

Analisando as narrativas dos alunos, Fernandes (2004:257) declara que “A teoria vista da prática era diferente, desajustada incompleta. As situações, quando vividas pelas pessoas, tomavam diferentes significados e sentidos. Não era só a forma de olhar para o cidadão que tinha que ser trabalhada, mas também o tempo e a configuração da relação com as pessoas.”

Ao considerar, na nossa reflexão, a perspectiva bronfenbreniana, do desenvolvimento humano¹⁷, podemos referir que o contexto de “clínica” se inscreve como um dos factores importantes do desenvolvimento do aluno no seu processo formativo, tendo em conta (muito linearmente) o que, nesse mesmo contexto, o aluno vai vivenciar, com quem, e de que forma vai interagir. Assim, podemos ainda acrescentar que essa

¹⁷ - A apresentar no ponto seguinte deste capítulo.

interacção do aluno, no contexto, vai influenciar não só o seu desenvolvimento, como vai influenciar os próprios contextos, fomentando assim o desenvolvimento (reconfiguração) da cultura profissional dentro do serviço ou instituição. Neste sentido, “a clínica como espaço privilegiado de formação”, assume um duplo papel de formação, em contexto de formação inicial e de formação ao longo da vida.

Na nossa reflexão sobre este ponto, acresce salientar, (muito embora não tenhamos encontrado na pesquisa bibliográfica muitas referências aos aspectos que vamos referir), que os mesmos são factores importantes para o desenvolvimento do aluno, uma vez que só neste contexto podem ser vivenciados.

Assim, a nossa experiência pessoal (vivência enquanto aluna e profissional, em diferentes níveis) permite-nos referir que, só neste contexto de clínica, o aluno faz uma aproximação à prática, nomeadamente no que se refere: à dinâmica dos serviços de saúde (gestão de recursos humanos e materiais); à gestão de sentimentos (medo, ansiedade, angústia, insegurança); à gestão do que lhe pode chegar através dos sentidos (ruído, cheiro, aspecto); à gestão da sua aprendizagem mobilizando, em cada situação, todos os seus recursos e capacidades, estabelecendo prioridades e atribuindo significado a cada vivência.

No que se refere à dinâmica dos serviços, esta só pode ser compreendida quando o aluno se encontra integrado no serviço e, deste modo, percebe a mesma, numa perspectiva profissional, da qual ele próprio faz parte e não apenas como um observador externo dessa mesma dinâmica. Assim, ele sente a “pressão” de ter que dar resposta atempada a um determinado número de situações que se lhe colocam, estabelecendo prioridades, planeando intervenções, tendo em conta que as mesmas se devem integrar num trabalho de equipa cujo enfoque é o utente, mas que estão estreitamente relacionadas com os recursos e concepções de cuidados do serviço. Deste modo, o aluno poderá compreender os aspectos que, em contexto teórico, foram abordados, no que se refere à gestão, ao planeamento, às relações interpessoais; contudo, frequentemente, o aluno sente uma dicotomia teoria/prática entre a enfermagem que se ensina, e a enfermagem que se pratica (Gonçalves *et al*, 1995; Franco, 2000; Abreu, 2001^a; Hesbeen, 2001; Fernandes, 2004; Araújo, 2005).

Sobre esta dicotomia, Fernandes (2004:255) identifica uma discrepância entre a concepção dos cuidados que foi transmitida ao aluno e a concepção dos cuidados que se prestam em cada serviço: “Uma concepção (a teórica) voltada para o essencial da disciplina e numa perspectiva de autonomia e profissionalização; a outra concepção (a da prática) voltada para a produção, para a execução dos cuidados de enfermagem segundo as prescrições médicas”.

Emergem desta dicotomia sentimentos de insegurança, de incerteza, sobre o *que* fazer e *como* fazer, muitas vezes associados à ansiedade relacionada com a avaliação das suas práticas, pelo docente e pelo enfermeiro do serviço. A gestão desses sentimentos deve ser entendida como um aspecto importante para o desenvolvimento do aluno, não só o desenvolvimento pré-profissional, como também o desenvolvimento pessoal. Pela sua idade e conseqüente nível de maturidade, com alguma frequência o aluno prepara-se para o primeiro estágio com alguma ansiedade, que vai aumentando ou diminuindo em confronto com cada situação real que se lhe apresenta.

Para além da ansiedade é frequente os alunos referirem medo. Medo do desconhecido, da complexidade das situações, de não corresponderem às expectativas esperadas de um aluno, medo de errar. Estes sentimentos, que vão emergindo, podem, por sua vez, ser condicionantes do desenvolvimento do aluno. Sendo situações geradoras de stress são, no entender de Fernandes (2004:228), um meio de trabalhar a consciência sócio-moral do aluno, “uma transacção estimulante da consciência de não fazer mal.”

A autora refere ainda que

“Os constrangimentos colocados à sua inexperiência aumentavam a sua insegurança, inibiam as suas atitudes e formas de agir, goravam as suas expectativas criadas ao longo da fase de ensino teórico. O medo, o sentimento de ignorância e de impotência para agir foram as primeiras ideias transmitidas para os diários, sentimentos referidos como resultado do contacto com a realidade da prática clínica.” (Fernandes 2004:224)

Do mesmo modo, Carvalho (1996:75) afirma relativamente à ansiedade dos alunos numa fase inicial de estágio: “Nesta fase, a ansiedade assume muitas vezes repercussões psicossomáticas e perturbadoras do quotidiano dos alunos. (...) e que é sobretudo provocada pelo desconhecimento da realidade e pelo receio do tipo de relacionamento que se irá estabelecer.” O autor observou, no seu trabalho que, com a evolução do estágio, a ansiedade vai diminuindo, sendo substituída por sentimentos de confiança e de segurança.

Contudo, a ansiedade pode aumentar quando o aluno sente que está a ser observado numa perspectiva avaliativa, ou quando se alteram os horários de estágio, nomeadamente quando faz um turno de tarde ou de noite, em que o rácio enfermeiro/utente diminui e, conseqüentemente, o aluno se sente mais responsabilizado e menos apoiado nas suas actividades.

Assim, a necessidade de gerir os sentimentos que emergem em cada dia de estágio está presente nas reflexões dos alunos encontradas nas suas narrativas (Carvalho, 1996: Fernandes, 2004).

Outro aspecto emergente dos contextos de estágio é a necessidade de gerir tudo o que o aluno pode constatar através dos sentidos. A dinâmica e a complexidade de cada contexto colocam o aluno perante situações nunca antes vivenciadas e para as quais ele tem que encontrar estratégias de “adaptação”.

Os ruídos permanentes de um serviço de internamente são diversos, próprios de um serviço de saúde onde a dor, a ansiedade, o dramatismo de algumas situações geram gritos de dor, choro, discursos incoerentes. Também a permanência de múltiplas pessoas nos serviços, as solicitações constantes, o transporte de camas e macas assim como os alarmes provenientes da tecnologia de apoio contribuem para que haja um ruído de fundo permanente que pode perturbar a concentração do aluno e a comunicação com o utente e /ou outros elementos da equipa.

Não menos importante, a visão – de feridas, queimaduras, corpos deformados por doença, acidente e/ou traumatismo, pode ser um elemento perturbador porque, apesar de em “contexto teórico” se fazer uma abordagem a estes aspectos, eventualmente com a visualização de imagens, o impacto causado pela visão de um destes problemas num utente não se pode ver desligada de todo o contexto – ver o utente como um todo, do qual faz parte a ferida, a queimadura ou a amputação. Numa situação destas, o aluno observa e sente a expressão e/ou grito de dor, o odor, a pressão da necessidade de intervenção mais ou menos urgente, mas tão complexa que, por vezes, o aluno não consegue gerir, sentindo-se desorientado, ou com sintomas físicos que o impedem de continuar os cuidados (náuseas, desmaio...).

Os cheiros, que caracterizam os próprios serviços de saúde e que resultam de uma mistura de produtos utilizados com os provenientes do corpo dos utentes (infecções, fluidos corporais, medicamentos, substâncias químicas), sobretudo no início do estágio, podem produzir um impacto menos positivo, isto porque só na prática é possível sentir os cheiros, sendo difícil preparar teoricamente o aluno para esse impacto.

Tocar o corpo do utente, a pele mais ou menos íntegra, mais ou menos limpa, seca ou húmida, quente ou fria, pode causar algum desconforto ou constrangimento ao aluno, nomeadamente quando se trata de tocar algumas partes do corpo, que são percebidas como mais íntimas, não só pelo aluno como pelo próprio utente. Contudo, só neste contexto, o aluno pode vivenciar essa sensação, porque apesar da experimentação, em laboratório, de procedimentos técnicos que pressupõem tocar o corpo, este não passa de um manequim, do qual não emerge qualquer reacção, energia ou odor.

Entendemos, assim, em consonância com os trabalhos dos diferentes autores referenciados, que o contexto de clínica é um espaço de formação privilegiado, não só

para o desenvolvimento de competências do aluno, como para o desenvolvimento da sua identidade profissional.

A percepção da complexidade das situações reais, que lhe permitem compreender a globalidade do utente, enquanto utente, enquanto membro de uma família e/ou de um grupo ou comunidade integrando os seus aspectos biopsicossociais está, assim, relacionada com diversos factores que, por sua vez, interferem no desenvolvimento de competências do aluno e os quais abordaremos no ponto seguinte.

3.2 – APRENDIZAGEM EM CONTEXTO CLÍNICO: ACTORES, CONTEXTOS E PROCESSOS

Não pretendendo discutir aqui as diversas teorias sobre a aprendizagem, situamos a nossa reflexão a partir do conceito de aprendizagem de Tavares e Alarcão (1989:86): “Por *aprendizagem* entenda-se uma *construção pessoal*, resultante de um *processo experiencial, interior à pessoa* e que se traduz numa *modificação de comportamento relativamente estável*.”

Tendo por base este conceito de Tavares e Alarcão, Almeida (1998:54) analisa o mesmo afirmando no início que “Esta definição apresenta um conceito dinâmico da aprendizagem ou uma vivência pessoal conducente à *construção de conhecimento*”, pelo que salienta algumas expressões presentes no conceito como aprendizagem é *construção*. Na opinião do autor esta expressão, por si só, já implica um processo que vai decorrer ao longo do tempo, com diferentes etapas, as quais pressupõem uma progressão nessa mesma construção sustentada por *andaimas*.

Outra expressão que destaca é “A aprendizagem é um processo *pessoal*, ou um acto interno ao indivíduo que aprende”. Este sentido pessoal da aprendizagem exige, na perspectiva do autor, uma iniciativa e envolvimento do aluno, pois só o mesmo pode fazer um esforço no sentido da apropriação do conhecimento, embora o professor possa desempenhar um papel de mediador criando condições para esse envolvimento pessoal. Almeida (1998:55) refere ainda que esta construção pessoal que resulta de um processo “*experiencial e interior à pessoa*, reforça a componente *pessoal* da aprendizagem” e que o sentido que o aluno pode atribuir à situação de aprendizagem pode ser maior “quando o aluno recorre a vários canais de recepção e tratamento da informação (auditivo, visual, táctil quinestésico...) e quando essa informação ou competência tem significado pessoal.” Acrescenta ainda que é mais visível este sentido experiencial quando resulta das necessidades sentidas pelo aluno ou de uma motivação intrínseca.

Relativamente à *modificação do comportamento relativamente estável*, o autor relaciona esta com a capacidade que o aluno adquire de “corrigir respostas anteriores tidas como menos perfeitas” evoluindo num sentido de melhoria.

Este sentido da aprendizagem ilustra bem o que entendemos que acontece com o aluno em contexto de ensino clínico, em que a aprendizagem (desenvolvimento de competências) é um processo pessoal de cada aluno, resultante da motivação pessoal, de cada situação vivenciada (da forma pessoal de vivenciar a situação), tendo em conta a complexidade dos aspectos que emergem de cada situação, que capacitam o aluno para um desempenho pré-profissional, que pode ser (re)construído em situações futuras, transpondo para estas o que pode ser generalizável e adequando, às mesmas, os aspectos específicos que se lhes impõem. “Aprender é um verdadeiro processo pessoal e social de construção e partilha, de comunicação.” afirma Tavares (1998: 21). E o mesmo autor continua: “Nesta construção-partilha-comunicação deverão ser integrados os conhecimentos e as experiências anteriores, os conhecimentos mais recentes e futuros, numa dinâmica espontânea e reflexiva de pesquisa e de descoberta permanente.”

Na mesma perspectiva Abreu (2007:89) refere que “No contexto clínico, o aluno confronta-se com uma realidade sociocultural que o obriga a transformar-se, através de processos de interacção. Ao lidar com os outros e consigo próprio, vai concretizando apropriações mais ou menos duradouras que moldam as futuras formas de acção e de reacção.”

Contudo, não devemos analisar o processo de aprendizagem tendo em conta apenas o aluno. Este é, sem dúvida, o actor principal, mas a sua aprendizagem resulta também, tal como tentamos ilustrar com a figura 8, da sua interacção com outros actores (docentes, supervisores, profissionais da equipe, utentes), das características de cada contexto e do processo (Bronfenbrenner 1980, 2002).

Neste sentido justifica-se fazer uma abordagem de cada um destes aspectos, tendo em conta que os mesmos se entrecruzam em cada momento e que, por isso, se influenciam numa dinâmica permanente, a qual se deve ter em conta quando analisamos o processo de aprendizagem do aluno em contexto de ensino clínico.

A especificidade e complexidade destes contextos formativos transforma os mesmos em espaços únicos e privilegiados, como referido no ponto anterior, mas também de alguma forma, em locais onde a aprendizagem se pode inscrever como muito específica não só em cada contexto, mas também, em cada aluno, para o qual, cada vivência é irrepetível¹⁸.

¹⁸ - Exemplo: se o aluno está a prestar cuidados de higiene ao utente, existe um determinado contexto – um utente, um espaço, um supervisor. O aluno, nesse momento, tem subjacente determinado conhecimento e experiência quanto ao procedimento e está sob uma determinada pressão; o utente tem características

Os Actores:

... alunos, docentes, supervisores, profissionais da equipa de saúde, utentes

Em contexto de prática clínica, são diversos os actores que interagem entre si, e se constituem como promotores do desenvolvimento dos alunos, nomeadamente os docentes, os supervisores, os profissionais da equipa de saúde e os próprios utentes (famílias e grupo). Esta interacção é um factor importante para o desenvolvimento das competências dos alunos, assim com se consideram também relevantes, as actividades e os papéis desempenhados para além das características pessoais de cada um (figura 8).

O docente e o supervisor¹⁹ (por vezes com funções sobreponíveis) devem constituir-se como facilitadores da aprendizagem/desenvolvimento dos alunos, porquanto conhecem os contextos da prática e são detentores dos conhecimentos/saberes essenciais para a facilitação desse mesmo desenvolvimento. O supervisor/tutor enquanto elemento de referência profissional, deve demonstrar e justificar procedimentos, sobretudo nas primeiras intervenções ou em situações de maior complexidade e socializar o aluno para uma filosofia de unidade e de integração na equipa multidisciplinar, incentivando-o a reflectir sobre o observado (vivido) por forma a extrair o significado que lhe permita ir (re)construindo os seus saberes e desenvolvendo as suas competências no sentido de uma autonomia congruente com o seu papel e com os valores éticos e deontológicos da profissão de enfermagem. Todos estes aspectos se

específicas – patologia, limitação de movimentos, sofrimento, personalidade...; o espaço – a unidade pode ter outros utentes, que podem observar; o supervisor também tem características próprias e tem uma determinada concepção de cuidados e de supervisão de alunos.

Se os cuidados de higiene não estão a ser prestados pelo aluno de acordo com as necessidades do utente e com a concepção do supervisor, este pode entender que o aluno necessita “melhorar/modificar o seu desempenho”, contudo não pode levar o aluno a recomeçar os cuidados de higiene. Recomeçar seria deixar de ter em conta o utente, como foco dos cuidados e passaria a estar em foco a aprendizagem do aluno; neste caso, como estratégia, estaria a ser utilizada a repetição.

Decerto o aluno poderá repetir o procedimento, mas será com outro utente, o que reconfigura todo o processo – outro local, outros observadores, outro utente, com características diferentes, sendo que o próprio aluno já tem agora subjacente aos próximos cuidados de higiene que vai prestar, não só a experiência anterior, como a reflexão que já fez sobre essa mesma experiência e o significado que lhe atribuiu, além de que a visão que o supervisor tem do aluno, pode ter sido alterada, pela prestação de cuidados num primeiro momento. É neste sentido que referimos que as vivências dos alunos, em contexto de estágio clínico, são irrepetíveis.

¹⁹ - Tomando como referência as diversas perspectivas, de diferentes áreas, utilizaremos o conceito de Supervisor, para nos referirmos ao profissional (enfermeiro) que, em parceria com a “escola”, em contexto de ensino clínico, sustenta o processo de desenvolvimento do aluno, apoiando, orientando, incentivando, estimulando o espírito crítico e a reflexão sobre as práticas, avaliando e (re)ajustando estratégias que visem o seu desenvolvimento.

Acresce ainda referir que, a designação de Supervisor, se relaciona com a terminologia adoptada pela ESSUA, na conceptualização dos Ensinos Clínicos. Este aspecto relaciona-se em parte com a diversidade de cursos em funcionamento na escola, cujas matrizes culturais nem sempre são sobreponíveis, o que levou a procurar estabelecer uma terminologia que reunisse consenso de todos os grupos profissionais e se aproximasse das tendências actuais. Na parte II deste trabalho, no ponto – Contextualização do estudo: Formação em Enfermagem na ESSUA, este aspecto pode ser clarificado observando as funções inerentes aos papéis dos diferentes actores.

interligam fortemente com o próprio desempenho do papel de aluno, não só enquanto pessoa em desenvolvimento (atendendo à sua faixa etária) e enquanto “aluno”, alvo do processo supervisivo de docentes e supervisores, mas também, como aprendiz de “cuidador”, perante os utentes (famílias ou grupos) e, simultaneamente, com necessidade de se sentir cuidado.

Ressalta, ainda, da nossa reflexão a importância de todos os elementos da equipa de saúde, sobretudo, como facilitadores do processo de integração nas dinâmicas e nas culturas próprias de cada serviço/instituição e na criação de um clima afectivo-relacional promotor dessa mesma integração.

Os utentes (famílias/grupos), que se inscrevem como foco de cuidados dos alunos, emergem, também, como agentes neste processo de desenvolvimento dos mesmos, não só pelas situações clínicas apresentadas, como pela sua unicidade enquanto pessoas, exigindo do aluno o desenvolvimento de um raciocínio clínico para adequação das suas intervenções a cada utente de forma adequada (desenvolvendo assim as suas competências nas dimensões cognitiva, atitudinal, comunicacional e técnica).

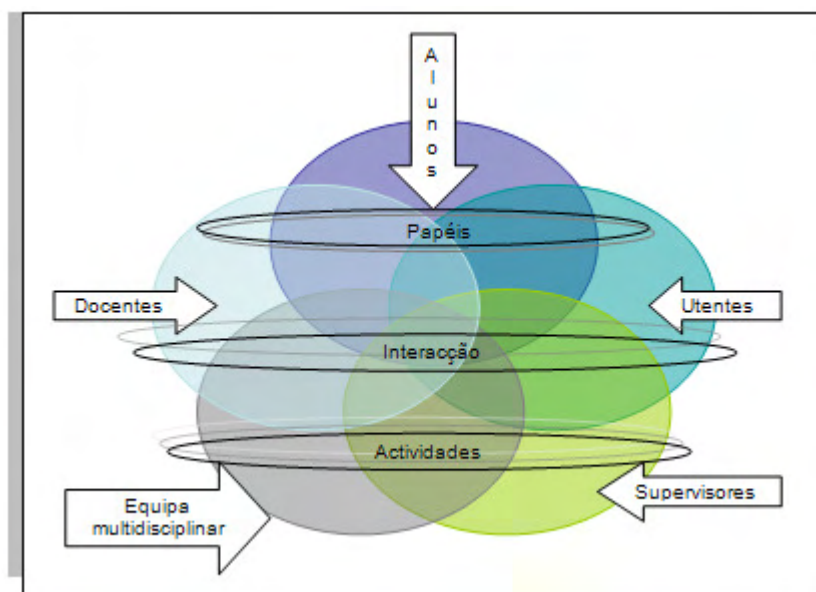


Figura 8 – Ilustração dos elementos presentes no contexto clínico.

Neste sentido, para apoiar a aprendizagem, Longarito (1999:31) refere que: “os formadores devem fomentar atitudes cuidativas, com e entre os estudantes, que incluam compreensão dos limites e dificuldades de cada um, respeito pelo seu valor e potenciais a desenvolver, encorajando a auto-confiança e, simultaneamente, o pensamento crítico.”

Nesta perspectiva, em situações de ensino clínico a relação orientador/professor torna-se fundamental para que o aluno se desenvolva na sua dimensão psico-afectiva e, conseqüentemente, desenvolva a sua competência de cuidar, tal como nos refere Pereira (1996:12): “Sendo nos contextos da prática clínica que os alunos vivenciam o “*cuidar*” através do “*cuidar o outro*” e “*ser cuidado*” parece-nos que as interações estabelecidas neste espaço pedagógico são determinantes no desenvolvimento, no aluno do “*saber enfermagem*.”

Ainda na opinião deste autor, os alunos em contexto de ensino clínico aprendem a actuar e a comunicar através dos modelos de interacção que os professores /orientadores estabelecem com eles. A comunicação é indispensável para o desenvolvimento harmonioso da pessoa e para uma interacção eficaz com o meio envolvente. Esta aprendizagem, resultante da interacção entre experiência, expectativa e do meio, é, na opinião de Ramos (2003: 5), um processo individual e um processo social. “É um processo individual, na medida em que resulta de uma mudança de comportamento face a uma experiência individual. (...) É um processo social na medida em que é um processo de relação com o meio e de troca de experiências.” Esta troca de experiências faz-se com os docentes orientadores e com os profissionais da prática que supervisionam o processo de aprendizagem do aluno.

Actualmente, é aceite que a orientação do aluno em ensino clínico, seja feita em parceria com docentes e profissionais da prática para que os conhecimentos emergentes das práticas e dos desenvolvimentos teóricos tenham igual espaço e valor e que os diferentes actores, nos seus papéis e responsabilidades, rentabilizem saberes e experiências no sentido de proporcionarem ao aluno o desenvolvimento pleno das suas competências.

Esta perspectiva está em consonância com Canário (1994: 26), quando afirma: “a optimização do potencial formativo das situações de trabalho em termos de formação passa, pela criação de dispositivos e dinâmicas formativas que propiciem, no ambiente de trabalho, as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens a partir do processo formativo”.

Esta formação em contextos de prática clínica só pode ser feita sob orientação/supervisão de profissionais de enfermagem, sejam docentes ou enfermeiros da prática, com sólidos conhecimentos na área de actuação, capazes de compreender o aluno, as suas capacidades e as suas dificuldades, promovendo-lhe as experiências necessárias e adequadas ao desenvolvimento da sua aprendizagem e das suas competências. Este profissional formador deve ser, na perspectiva de Schön, simultaneamente treinador, companheiro e conselheiro (**coach**), como já anteriormente referimos.

Os Contextos

Cada local de estágio constitui-se como um campo complexo de oportunidades de aprendizagem do aluno, mas o mesmo só pode ser facilitador dessa aprendizagem se o aluno estiver preparado para vivenciar as experiências que lhe possam ser proporcionadas, se tiver motivação, maturidade, capacidade cognitiva e se a atmosfera envolvente for promotora do seu desenvolvimento.

No decurso da sua formação, são diversos os contextos de ensinamentos clínicos em que o aluno vai desenvolver a sua aprendizagem, de acordo com o desenho curricular. Independentemente do local em si, cada contexto integra múltiplas e complexas variáveis, nomeadamente de ordem física, psicológica, sociológica, antropológica e cultural, “que se interpenetram mutuamente como algo que constitui o corpo existencial das pessoas e se estende muito para além dele” (Tavares, 1996:33).

De salientar, destas variáveis, “as lógicas dos utentes, dos formadores, dos enfermeiros e dos alunos”, que, na perspectiva de Abreu (2003:20), comparativamente com a sala de aula, conferem a estes contextos uma maior imprevisibilidade, que também é realçada por Vidinha, (2006:4):

“Na dialéctica constante entre o aluno em formação e os contextos permanentemente em evolução ressalta a natureza dinâmica dos processos formativos bem como a imprevisibilidade das condições futuras do exercício profissional, pelo que a unicidade que reveste cada actor e cada contexto, torna inviável a adopção de soluções estandardizadas”.

É esta imprevisibilidade que transforma estes contextos em “elementos” importantes de aprendizagem e desenvolvimento porque, em constante mutação exigem dos profissionais e alunos um esforço permanente de actualização dos conhecimentos científicos emergentes, também eles conducentes a novas formas de fazer e de estar.

Do mesmo modo, é esta imprevisibilidade que confere à aprendizagem, nestes contextos, alguma diferenciação em confronto com a aprendizagem em “sala de aula”, nomeadamente no que se refere aos níveis de ansiedade emergentes da responsabilização, da observação pelo docente ou supervisor, da relação com a equipa; aos medos de errar, de não estar ao nível de desempenho esperado; aos sentimentos de impotência perante situações complexas ou de morte.

“A aprendizagem em contexto clínico pressupõe sempre uma actividade cognitiva, mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica. O processo inicia-se pelo confronto com uma situação nova e re-definição dos objectos operatórios, compreende motivação, orientação, integração e acção. O aluno aprende

quando integra a informação e desenvolve uma acção, num contexto de avaliação e controlo, processos que podem ser auto ou hetero-dirigidos.” (Abreu , 2003:23)

Se a complexidade destes espaços se constitui como algo indeterminado para os próprios profissionais, para o aluno torna-se ainda mais excepcional (Abreu, 2007), e na opinião de D' Espiney (1997:178), a experiência nestes contextos “assume um carácter extremamente pesado, porque lida com a vida e a morte, gerando grandes tensões, (...) uma falha pode constituir um erro muito grave e um engano numa medicação pode ser fatal, (...) facto que torna as práticas clínicas em momentos particularmente difíceis.”

Na sua reflexão sobre estes espaços formativos, Abreu (2007:88) cita Kushnir (1996) atribuindo-lhe a caracterização dos mesmos como espaços ansiogénicos: “A formação clínica «decorre num contexto social complexo, no qual o formador supervisa e avalia as necessidades dos utentes e dos formandos. Ao contrário da sala de aula, onde o trabalho é mais previsível e estruturado, os formandos em contexto clínico são por vezes confrontados com situações complexas e inesperadas, envolvendo os utentes ou outros profissionais da equipe de saúde.»”

Os contextos de prática clínica são, igualmente, importantes como espaço de socialização. “São os contextos de trabalho que atribuem uma significação às práticas de saúde. Os fenómenos de saúde e doença, embora percebidos segundo uma matriz cultural, estão dependentes, na sua dinâmica cognitiva e avaliativa, do conjunto de factores materiais, relacionais e simbólicos inerentes ao funcionamento destes lugares sociais.” (Abreu 2001^a:304)

É nestes espaços que os alunos estabelecem o primeiro contacto com a profissão, com as culturas profissionais (também organizacionais) e com as identidades colectivas, e onde começam a emergir as representações que lhe vão permitir perceber o significado das dinâmicas laborais (Abreu, 2007).

Para além do referido, acresce salientar que estes contextos socioculturais estão em mutação constante emergente, não só em virtude do desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico, mas também das alterações sociais (demográficas) e das políticas de gestão. Esta mutabilidade é, muitas vezes, geradora de insegurança, pela própria indefinição dos campos e das lógicas de actuação de cada grupo profissional, sendo, por vezes, difícil para os alunos enquadrarem as suas práticas à luz dos conhecimentos teóricos “apreendidos em sala de aula”, sobretudo no que se refere aos processos de tomada de decisão clínica.

O Processo

As actuais perspectivas de formação, em contexto de ensino clínico, pressupõem uma abordagem formativa mais centrada na interacção orientada do aluno com a acção profissional, levando-o a questionar, a confrontar ideias, a mobilizar os conhecimentos teóricos adquiridos que se mostrem relevantes para a compreensão de cada situação, dando assim continuidade às estratégias formativas utilizadas em “sala de aula”.

Esta perspectiva implica a existência, por parte da escola, de um conhecimento da realidade dos locais de prática clínica, para que se desenvolvam estratégias de formação consentâneas com as práticas, nomeadamente o uso de um mesmo referencial teórico na prática dos cuidados, a utilização de uma linguagem profissional comum, o conhecimento de protocolos de actuação, acompanhando a evolução dos conhecimentos, das formas de gestão das organizações, das identidades profissionais. Do mesmo modo, os profissionais da prática necessitam conhecer as perspectivas de formação da escola, a sua matriz cultural para, assim, poderem dar continuidade ao processo formativo do aluno.

O modelo de dicotomia teoria-prática, que esteve subjacente à formação dos enfermeiros nas últimas décadas, vai dando lugar a modelos de formação mais integrados, apoiados em perspectivas de aprendizagem pela experiência e pela reflexão, na e sobre a experiência (Vygotsky, Dewey, Kolb, Schön), potencializadores do desenvolvimento do aluno em cada contexto.

Das perspectivas referidas salientamos a perspectiva de Kolb (1984) na qual o autor define a aprendizagem como “the process whereby knowledge is created through the transformation of experience.” (Kolb, 1984:38)

Para elaborar a sua teoria educacional, que considera o homem como um ser integrado na natureza, capaz de aprender pela experiência e pela reflexão, consciente e motivado pelos seus propósitos, Kolb sustentou-se nas perspectivas de Lewin, Piaget e Dewey sumariamente caracterizadas por:

Teoria do campo desenvolvida por Lewin, advém do seu trabalho com dinâmicas de grupo (funcionamento e fenómenos intergrupais), do desenvolvimento metodológico da investigação-acção e da sua preocupação constante, com a integração entre teoria e prática resumida na sua frase clássica “There is nothing so practical as a good theory.” (Kolb, 1984:10).

Teoria do desenvolvimento cognitivo, de Piaget, segundo a qual a experiência permeia o processo dialéctico de assimilação e acomodação de conhecimento e aprendizagem.

Valorização da experiência que, segundo Dewey, se relaciona com conceitos, observações e impulsos para novas acções.

Com base nas teorias referidas, Kolb considera a aprendizagem como um processo cíclico (figura 9) que compreende quatro modos adaptativos de aprendizagem: a *experiência concreta*, (aprender através do uso dos sentidos e em que os sentimentos estão presentes); a *observação reflexiva* (aprender observando e reflectindo); a *conceptualização abstracta* (aprender através do raciocínio lógico e da conceptualização) e a *experimentação activa* dos conceitos em novas situações (aprender fazendo).

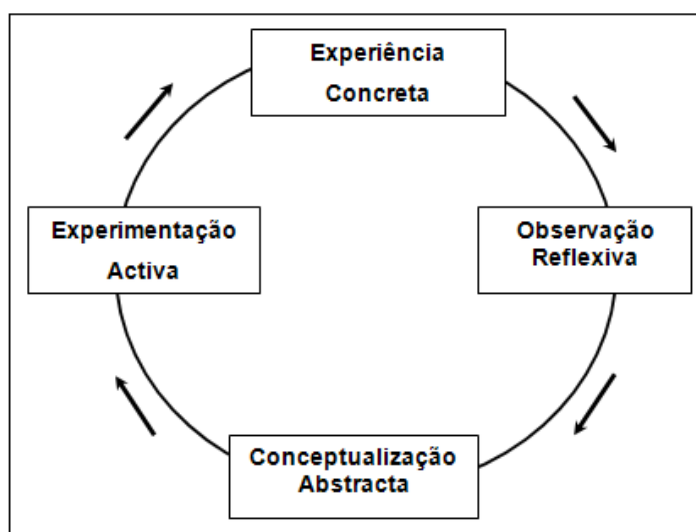


Figura 9 – Orientações adaptativas do processo de aprendizagem, (adaptado de Kolb, 1984).

A experiência assim concebida não se limita ao vivido ou experimentado, mas pressupõe uma actividade cognitiva intensa, na medida em que este é um processo de tensões entre duas dimensões opostas: o concreto e o abstracto; o activo e o reflexivo.

“A dicotomia abstracto - concreto refere-se à apreensão, representando dois processos diferentes e opostos de interiorizar a experiência: um primeiro ligado à interpretação conceptual e às representações simbólicas (compreensão) e um segundo referente à experiência tangível e imediata (apreensão); a dicotomia activa/reflexiva (que sugere transformação) engloba duas formas distintas de transformar a representação figurativa da experiência: reflexão interna (intenção) e manipulação activa e externa (extensão).”
(Abreu 2003:32)

Da combinação entre a experiência percebida e a transformação da mesma resultam quatro formas elementares de conhecimento: conhecimento divergente, conhecimento assimilativo, conhecimento convergente e conhecimento acomodativo.

Tal como se observa na figura 10, o *conhecimento divergente* resulta da interiorização, por apreensão, da experiência concreta transformada por intenção; O *conhecimento assimilativo* emerge da interiorização por compreensão, da experiência e a transformação por intenção; O *conhecimento convergente* resulta da interiorização por compreensão e da sua transformação por extensão; O *conhecimento acomodativo* advém da interiorização por apreensão e transformação por extensão.

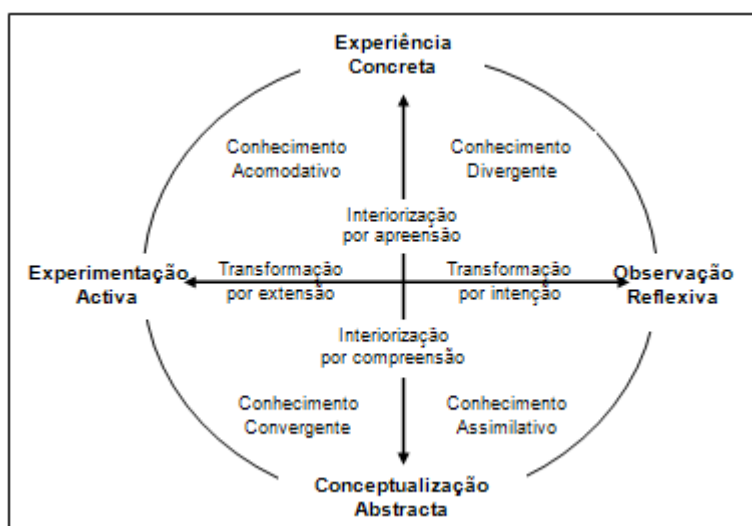


Figura 10 – Processo de aprendizagem e formas básicas do conhecimento (adaptado de Kolb, 1984).

Na opinião de Abreu (2007:107),

“Existem formas individualizadas de processar a informação (...): a estrutura de percepção pode variar entre a apreensão e compreensão e de transformação entre extensão e intenção. A forma como se combinam todas estas estruturas, no contexto de uma realidade individualizada, determina a forma como cada pessoa enfatiza os quatro modos do processo de aprendizagem: experiência concreta, observação reflexiva, conceptualização abstracta e experimentação activa.”

Acrescenta ainda Abreu (2003) que as diferentes formas de cada indivíduo processar a informação determinam estilos de aprendizagem diversos e que, em consonância com os tipos de conhecimento, se designam por *divergente*, *assimilativo*, *convergente* e *acomodativo* e que, por sua vez, se relacionam com o desenvolvimento predominante de um determinado tipo de competências (figura 11).

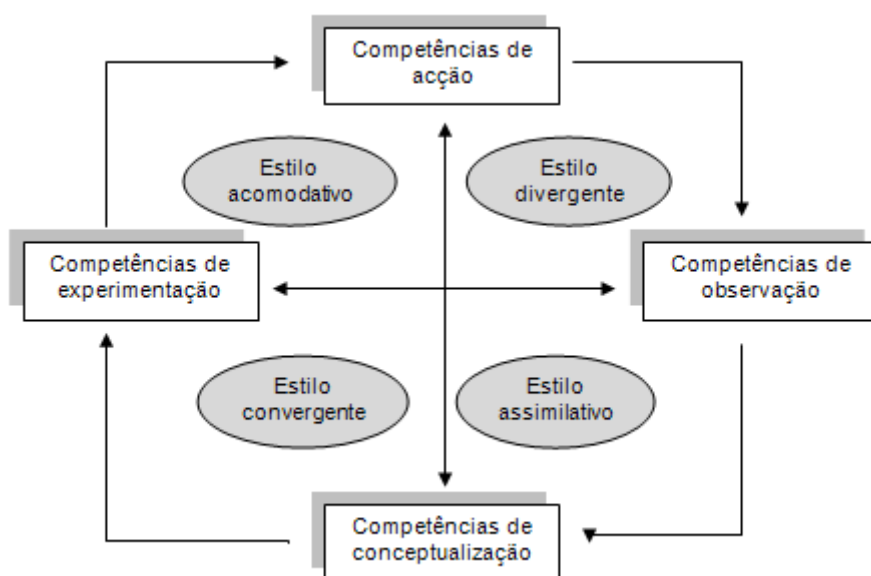


Figura 11 – Competências e estilos de aprendizagem (adaptado de Kolb 1984 / Abreu 2007).

O estilo de aprendizagem *divergente*, caracterizado pela orientação para pessoas e visão por distintas perspectivas, enfatiza o uso de *competências de observação*; o estilo *assimilativo*, ligado às ideias e conceitos abstractos e à construção de teorias, promove as *competências de conceptualização*; o estilo *convergente*, óptimo em lidar com questões técnicas e resolver problemas, promove as *competências de experimentação*; e o estilo *acomodativo*, bom em operacionalizar planos e assumir riscos, enfatiza as *competências de acção*.

Entendemos esta perspectiva de Kolb (1984) como um importante apoio na compreensão do processo de aprendizagem do aluno em contexto de ensino clínico, no qual a experiência é, através da observação reflexiva, transformada em conceitos que vão servir de guia a novas experiências, transformando assim a aprendizagem num processo cíclico²⁰, que vai permitindo a activação de experiências anteriores e a integração de novos conhecimentos.

Em consonância com a reflexão anterior e de acordo com o pensamento dos defensores da aprendizagem experiencial e reflectida (Dewey, Schön), Alarcão

²⁰ - Exemplo de uma situação em ensino clínico: Aluno planeia fazer uma punção venosa para administração de medicação – **experiência concreta**, esta é a sua 4ª experiência (tem um saber fazer já experienciado). Não tem sucesso na actividade – faz então uma reflexão sobre a sua execução e identifica os aspectos que impediram o sucesso da mesma – **observação reflexiva**. Passa assim para uma transformação da reflexão, da representação figurativa sobre as causas do insucesso (o que fazer para ter sucesso numa próxima vez). Mobiliza então um conjunto de conhecimentos – **conceptualização abstracta**, que lhe permitem rever e discutir conceitos com o supervisor. A partir desta relação teoria-prática o aluno parte para uma nova experiência, noutra utente – **experimentação activa**, que realiza com êxito.

(2001^a:57), apresenta alguns princípios de formação que considera validadores da experiência como aprendizagem:

1. *Princípio da significação.* Para ser válida, a experiência tem de fazer sentido, estabelecendo uma relação entre a pessoa e o acontecimento por esta vivido.
2. *Princípio da continuidade.* A experiência significativa situa-se numa linha de continuidade entre as aquisições prévias e as que lhe virão a suceder.
3. *Princípio da organização.* Para que o princípio da continuidade seja respeitado, as experiências não podem ser deixadas à deriva, mas organizadas de forma sistemática, se propositadamente organizadas por outrem ou interpretadas e inseridas nos esquemas mentais existentes se não planeadas.
4. *Princípio do desenvolvimento e da aprendizagem.* A experiência, inserida num princípio de organização, gera a possibilidade de novas experiências e novas configurações de saber conducentes a uma melhor compreensão e interacção com o meio.
5. *Princípio da qualidade.* A fim de gerar disposição para novas experiências e novas configurações do saber a experiência tem de ser sentida como compensadora, positiva e motivadora.
6. *Princípio da reflexão.* O aparentemente tácito na vida do dia-a-dia esconde uma multiplicidade de factores de aprendizagem que a reflexão sobre a experiência pode proporcionar.
7. *Princípio da interacção social.* A experiência humana é, em última análise, social, pelo que fomenta a interacção e comunicação com os outros.
8. *Princípio da educação.* A experiência significativa conduz à educação entendida como desenvolvimento, inteligentemente orientado, das possibilidades escondidas na vida do dia-a-dia.
9. *Princípio da formação holística.* A globalidade da pessoa constrói-se na variedade, integrada, das experiências vividas e assimiladas.”

Para além do referido acresce ainda salientar as **estratégias de formação** que, fazendo parte do processo, envolvem as pessoas e se inscrevem em determinado contexto que, neste caso específico, podemos enquadrar como estratégia de formação em contexto de ensino clínico as quais se interligam com as dinâmicas de supervisão abordadas no ponto seguinte.

Numa óptica de formação reflexiva, julgamos serem importantes, para o desenvolvimento de competências do aluno em contexto de prática clínica, as estratégias de formação identificadas por Schön e apresentadas por Alarcão (1992/1996:19): **“experimentação em conjunto (joint experimentation); demonstração acompanhada de reflexão (follow me) e a experiência e análise de situações homólogas (play in a hall of mirrors).**

A experimentação em conjunto pressupõe que, supervisor e aluno se envolvam em conjunto na resolução de problema, ou experimentando novas formas de desenvolver a actividade, até atingir um nível que vá de encontro às expectativas do aluno. Este tipo de estratégia só resulta se o aluno estiver motivado para a mesma, tendo em vista os resultados finais.

A estratégia de **demonstração acompanhada de reflexão** (follow me) pode surgir sempre que o supervisor sinta necessidade de ter um papel mais activo perante o aluno, ou seja, quando se verifique a necessidade de mobilizar/transpor os conhecimentos para a realização de uma determinada actividade (pode ser um estratégia a usar quando se reporta à realização pela 1ª vez, para o aluno dessa mesma actividade). Nesta situação o supervisor vai executando a actividade e comentando a mesma levando o aluno, a reflectir sobre o sentido da acção “observada e descrita.”

Esta estratégia, na opinião de Alarcão (1996:20), não deve ser vista como uma demonstração do supervisor para ser imitado pelo aluno, ela deve ser considerada como “o formador demonstra, descreve o que demonstra, reflecte sobre o que faz e o que descreve.” Nesta perspectiva o aluno vai construindo a sua própria maneira de “fazer”, de imprimir um cunho pessoal à sua prática clínica.

A experiência e análise de situações homólogas consiste na colocação do aluno em situações que lhe permitem ver a sua actuação sob outras perspectivas e confrontar-se consigo próprio, com as suas próprias dificuldades e “maneiras de fazer. Assim ao distanciar-se da situação alternará entre a reflexão sobre o vivido e a reflexão sobre o observado e compreenderá “o que se passa no interior de si próprio e como deveria agir...” (Alarcão 1992/1996:21)

Acrescenta ainda Alarcão que Schön preconiza outras estratégias de formação, nomeadamente: a demonstração acompanhada de comentário sobre os processos e esclarecimentos sobre os contributos dos diferentes domínios do saber para a resolução do problema; a crítica, a reapreciação; a verbalização do pensamento, reflectindo a reflexão na acção e o diálogo com a situação, atenção operativa às réplicas da situação, incentivo, sugestões, iniciação do aluno à linguagem própria da profissão e às formas de pensamento e de actuação que são características da mesma.

Numa perspectiva actual, estas são estratégias importantes a utilizar em contextos de ensino clínico, pois são promotoras do desenvolvimento de uma prática reflexiva, levando o aluno a dialogar com cada situação, compreendendo a importância dos diferentes saberes a mobilizar para a sua resolução assim como a retirar da situação os saberes que lhe permitam, em situações futuras, agir de forma adequada.

A acrescentar às estratégias, referimos, ainda, a importância que Alarcão (1992/996:22) atribui à atmosfera envolvente na relação entre o supervisor e o aluno:

“Todas estas estratégias devem estar envoltas numa atmosfera de compreensão das dificuldades vividas pelo formando e do sentimento de caos que normalmente o assalta nos primeiros momentos de iniciação à profissão; devem estar perpassadas de uma atitude de ajuda para que consiga encontrar a ordem no meio do caos.”

Na concepção de desenvolvimento de uma prática reflexiva para a formação de profissionais reflexivos, Schön (1983) define noções fundamentais como: conhecimento na acção (knowing-in-action), reflexão na acção (reflection-in-action), reflexão sobre a acção (reflection-on-action) e reflexão sobre a reflexão na acção (reflection-on reflection-in-action).

O **conhecimento na acção** é o conhecimento que o aluno demonstra ter presente quando realiza a acção, e que implica a mobilização dos “conhecimentos teóricos” em tempo útil, de forma espontânea, e que se vai transformando em conhecimento tácito, (Alarcão, 1992/1996). Este conhecimento pode também ser entendido como a componente inteligente que orienta toda a actividade humana e se manifesta no saber fazer. “É um *know-how* inteligente; poderíamos dizer que é a inteligência que se manifesta num *know-how*.” (Alarcão, 1992/1996:16).

A **reflexão na acção** está relacionada com o conhecimento na acção, pois significa que durante a acção o aluno é capaz de pensar e eventualmente reorganizar a acção. Esta reflexão na acção pode estar presente sempre que o aluno realize uma acção da qual ainda não está muito seguro, ou quando elementos inesperados emergem na situação. É uma reflexão que promove o diálogo com a situação, permitindo reestruturar estratégias de actuação adequadas à evolução da situação e que, em contexto de prática clínica, pode acontecer com muita frequência, levando a aluno a socorrer-se desta estratégia para o desenvolvimento das suas competências.

Na opinião de Gomes e Casa Grande (2002:702), este “é um processo de reflexão sem o rigor, a sistematização e o distanciamento requeridos pela análise racional, mas com a riqueza da captação viva e imediata das múltiplas variáveis e com a grandeza da improvisação e criação.”

A **reflexão sobre a acção** acontece posteriormente à acção. Neste caso o aluno reflecte sobre a acção realizada, para a tentar analisar, já com um distanciamento necessário que lhe permite compreender e reconstruir a sua acção, com vista ao seu desenvolvimento e conseqüente melhoria de acções futuras. Este olhar *á posteriori*, sobre a acção desenvolvida, em que o aluno pode efectuar uma aproximação e um distanciamento (efeito de zoom, como lhe chama Sá-Chaves 2000^a) sem a tensão própria do momento da acção, permite uma visão mais focada na acção mas simultaneamente uma visão alargada ao contexto em que a acção decorreu, o que torna mais rica essa reflexão.

A **reflexão sobre a reflexão na acção** pode considerar-se como a análise que a pessoa faz posteriormente à sua acção, mas uma análise mais profunda, uma meta-reflexão, utilizando os instrumentos conceptuais e as estratégias de análise no sentido da compreensão e da (re)construção das suas práticas. Tal como refere Alarcão (1992/1996:17) “é o processo que leva o profissional a progredir no desenvolvimento e a construir a sua forma pessoal de conhecer. A reflexão sobre a reflexão na acção ajuda a determinar as nossas acções futuras, a compreender futuros problemas ou a descobrir novas soluções.”

Ainda sobre a reflexão, acresce salientar a perspectiva de van Manen (1997), referenciada por Abrantes (2005), que tenta concretizar os níveis em que a mesma se realiza: nível **técnico**, em que se analisam alternativas para aplicação técnica do conhecimento, nível **prático**, em que se verifica a preocupação com os pressupostos, predisposições, valores e consequências às quais as acções estão ligadas; nível **crítico ou emancipatório**, em que estão em foco questões éticas, sociais e políticas mais alargadas, incluindo as forças sociais e institucionais que podem constringer a liberdade de acção do indivíduo ou limitar a eficácia das suas acções.

Retomando a questão da reflexão como factor promotor de melhores práticas que tem vindo a ser defendido por diversos autores, nomeadamente, Dewey (1933); Schön, (1983, 1987); Zeichner (1987, 1993), Alarcão, (1992/1996; 2000), Sá-Chaves (1994, 1997, 2000) acresce aqui salientar a importância da mesma na formação dos enfermeiros, sobretudo em contexto de ensino clínico. O conceito de “prática reflexiva” vai, à semelhança do que aconteceu na “Educação”, tomando um lugar de destaque na medida em que a complexidade dos contextos exige do aluno (pré-profissional) um diálogo permanente com os mesmos de forma a dar resposta às imprevisibilidades de cada momento. São por isso diversos os trabalhos que começam a emergir sobre esta temática e é notória a procura que os enfermeiros têm vindo a fazer no sentido de “conhecer” os aspectos inerentes à mesma, com o objectivo de melhorar as suas práticas. Abreu (2001^a, 2003, 2007) tem procurado trazer para a discussão este “tema” interligando o mesmo, de forma consistente com o “tema” da Supervisão Clínica, que abordaremos no ponto seguinte.

3.3 – DINÂMICAS DE SUPERVISÃO NO ENSINO CLÍNICO

Partindo do conceito de supervisão de Alarcão e Tavares (1987, 2003) e da importância que hoje lhe é atribuída como essencial no decurso de estágio clínico, a nossa reflexão vai centrar-se nas dinâmicas do processo supervisivo e na forma como as mesmas podem ser influenciadoras do desenvolvimento de competências do aluno.

As transformações socioprofissionais ocorridas nas últimas décadas na área da saúde pressupõem novos desafios à formação de novos profissionais, o que implica não só o envolvimento das escolas (docentes), mas também o envolvimento, não menos importante dos profissionais da prática (enfermeiros) porquanto é nos contextos de prática que os alunos desenvolvem as competências necessárias para um agir profissional.

Estas exigências fazem emergir a problemática da supervisão clínica dos alunos, que não sendo uma questão “recente”, só há muito pouco tempo tem vindo a ter lugar nas organizações (escolas e instituições de saúde) sobretudo no nosso país.

Nessa emergência salientamos os trabalhos de Abreu (2003 a 2007)²¹, assim como os programas de formação organizados sob a forma de cursos de pós graduação, na Universidade de Aveiro, (UA) desde 2003, dirigidos especificamente a profissionais da área da Saúde, assim como os trabalhos integrados no Mestrado em Supervisão, com especialização em enfermagem, desde 2001 organizado pelo Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, da UA, dos quais salientamos os trabalhos de Belo (2003), Correia (2004), Fonseca (2004), Garrido (2004), Pires (2004), Simões (2004), Soares (2004), Almeida (2006), Ferreira (2006).

²¹ Nestes trabalhos Abreu analisa e documenta exaustivamente a emergência dos conceitos de Supervisão e de Supervisão Clínica em Enfermagem desde o Século X até à actualidade relacionando estes com os trabalhos de Teóricas da Enfermagem (Nightingale, Peplau, Neuman, King, Rogers, Watson). Nesta análise o autor encontra uma matriz comum às diferentes perspectivas que define como “uma articulação efectiva entre a prática clínica, o desenvolvimento profissional e a formação de uma inteligência emocional.”

Faz igualmente referência ao desenvolvimento da supervisão clínica, nas últimas décadas, sobretudo na Europa, relacionando a mesma com as mudanças estratégicas de gestão dos serviços de saúde (implementação de processos de acreditação, da qualidade das instituições) e com toda a evolução “socioprofissional” dos serviços de saúde.

Analisa ainda os diferentes modelos de supervisão clínica em enfermagem, agrupando-os em quatro grupos fundamentais: modelos de função; modelos de processo; modelos de relação e modelos psicoterapêuticos. Há ainda nos seus trabalhos a referência à Supervisão Clínica em Enfermagem numa visão ecológica enquanto promotora da qualidade dos cuidados de saúde e, consequentemente, promotora do desenvolvimento de novos profissionais, enquadrando-se aqui os alunos em contexto de ensino clínico.

Os conceitos de Supervisão e Supervisão Clínica²²

Tal como já referimos, partimos do conceito inicial de Alarcão e Tavares (1987/2003:18) para reflectirmos sobre a sua importância no desenvolvimento dos alunos. Referem os autores que a Supervisão é um “Processo em que um professor em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional.”

Para Vieira (1993:28) a definição de supervisão (das práticas pedagógicas) inclui já uma explicitação sobre a operacionalização do processo supervisorio: “ Define-se aqui a supervisão, no contexto da formação de professores, como uma monitorização sistemática da prática pedagógica, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação.”

Estas são sem dúvidas as referências que, no nosso país deram origem a “um movimento reflexivo” sobre a importância da Supervisão, inicialmente relacionada apenas com a formação de professores. A sua transferibilidade, porém permitiu aos enfermeiros (ou outros profissionais de saúde) projectarem o mesmo para os contextos de prática clínica não só para a formação inicial dos enfermeiros (profissionais de saúde), como também para a supervisão das práticas clínicas dos profissionais.

Este conceito foi evoluindo, à medida que os diferentes autores se apropriaram dele e o reajustaram às suas áreas de prática, acrescentando-lhe aspectos que lhe devem estar subjacentes sobretudo quando o mesmo se relaciona com os complexos e imprevisíveis contextos de saúde, nos quais ocorre uma parte significativa da formação dos profissionais de saúde, tal como se observa no conceito apresentado por Franco (2000:33) que define supervisão como: “Processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta o aluno no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação.”

A partir da década de noventa emergiram diversos estudos sobre a Supervisão Clínica em Enfermagem, “percebida como processo de acompanhamento de competências clínicas dos alunos e da formação em exercício dos enfermeiros. Mais recentemente ainda as normas para acreditação do King’s Fund Health Quality service

²² - Não pretendemos aqui analisar exaustivamente os conceitos, até porque Abreu o tem vindo a realizar desde 2001, numa actualização constante e interactiva entre diversos países procurando assim trazer à discussão os conceitos subjacentes às perspectivas mais actuais e/ou às tendências emergentes, quase poderíamos referir a nível mundial.

Acresce apenas referir que o conceito de supervisão está igualmente relacionado com o “contexto laboral” e com as teorias da administração, onde o supervisor detinha um papel relevante em termos de hierarquia de trabalho actuando como “o que supervisiona, que olha do cimo, que controla”, este sentido de supervisão esteve (está) presente na enfermagem onde decorrente da hierarquização da carreira de enfermagem, a categoria de Enfermeiro Supervisor corresponde ao último nível da carreira (Artigo 4º do Dec. Lei 412/98 de 30 de Dezembro).

(referentes aos serviços de enfermagem) incluem uma referência expressa à supervisão das práticas clínicas.” (Abreu 2003:17)

O documento “Vision for the Future”, do United Kingdom Central Council for Nursing (1993)²³ descreve a supervisão clínica em enfermagem como:

“A formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in complex clinical situations. It is central to the process of learning and to the scope of the expansion of practice and should be seen as a means of encouraging self-assessment and analytical and reflective skills”. (Abreu 2003:17)

No âmbito do nosso trabalho vamos focar a nossa atenção no processo de Supervisão dos alunos em contexto de ensino clínico. Salientamos ainda que relativamente a este processo podemos encontrar na literatura diferentes designações - Supervisor, Tutor “Preceptor”, “Mentor”, (por vezes também referentes a conceitos diferentes) - para a pessoa que faz supervisão e que neste trabalho, designamos por Supervisor ou supervisor clínico com o mesmo significado

Destacamos aqui de novo os trabalhos de Abreu (1991, 2003, 2007), que nos dão conhecimento desta diversidade de conceitos presentes em vários autores (Butterworth, 1993; NHS, 2004; Butterworth e Faugier 1992; Hawkins e Shohet, 1992; Proctor, 1993; Minot e Adamski, 1989; Bond e Holland, 1998; Bernard e Goodyear, 1998; Orga, 2004, entre outros) e que, na sua opinião, “espelha bem não apenas a diversidade socioclínica dos contextos de saúde mas também as diversas evidências emergentes da investigação.” (Abreu 2007:183)

Na convergência dos conceitos apresentados e resultante da confluência da prática e da reflexão sobre a supervisão em diferentes contextos definimos supervisão em ensino clínico como *um processo interactivo, dinâmico e ecológico, entre o supervisor*

²³ O conceito *de supervisão clínica em enfermagem* emergiu do debate sobre os acontecimentos trágicos de Bristol, Kent e Canterbury (Reino Unido) no início da década de noventa em que estiveram em causa a morte e a integridade de pacientes. A sociedade assistiu aterrorizada aos acontecimentos sugerindo que o sistema de saúde deveria providenciar condições para que tais situações não se repetissem. A ANHOPS (NHS Occupational Physicians) advertia para a necessidade das instituições de saúde promoverem políticas de prevenção que permitissem um acompanhamento sistemático e ajuda aos profissionais de saúde, práticas que diversas organizações psiquiátricas já tinham implementado, em grande medida devido aos trabalhos de Max Eitington na área da supervisão das práticas psicanalíticas. Foi sem dúvida após Allitt que a sociedade, as instituições e as associações profissionais passaram não só a aceitar mas mesmo a solicitar a existência de SCE nas unidades de cuidados. Em 1993, o Departamento de Saúde publicava “*A Vision for the Future*”, documento em que advogava um conjunto de políticas que pressupunham a existência de processos de SCE (Fowler, 1996). Tait referia, em 1994: “*What perhaps bears spelling out is that Clinical Supervision should be a mechanism for protecting standards and public safety, while supporting the development of excellence in practice*” (Tait, 1994). A discussão pública gerada em torno do caso Allitt aceitava a SCE como forma de promover a protecção, a segurança e o bem-estar dos doentes. Bishop (1994), neste contexto de discussão sobre as consequências do caso Allitt, considera que a SCE é simultaneamente uma forma de promover práticas de qualidade, dar suporte aos profissionais e promover a segurança dos utentes. (Abreu <http://lusomed.sapo. 20/12/2007>)

e o supervisando, cujos papéis se entrecruzam na lógica das acções de cada um. O supervisor orientando, ajudando e levando o aluno a reflectir sobre as suas práticas e a socializar-se e o aluno apropriando-se das lógicas das práticas profissionais numa atitude reflexiva e coerente com os pressupostos da relação que se estabelece, num diálogo constante com o contexto.

As Pessoas, os Contextos e o Processo

No contexto de ensino clínico em enfermagem identificamos como actores principais o aluno e o supervisor, sendo que o docente assume aqui um papel “menos presente”²⁴. Os papéis desempenhados relacionam-se assim com os modelos de supervisão instituídos; estes, por sua vez, estão relacionados com a escola (responsável máxima pela formação do aluno) e com a filosofia de cuidados da própria instituição. Apesar desta diferenciação, que pode ser influenciadora do desenvolvimento de competências do aluno, há a considerar factores inerentes ao próprio processo de desenvolvimento e que de alguma forma temos vindo a referenciar neste enquadramento teórico.

A aprendizagem, a formação e o desenvolvimento, na perspectiva de Alarcão, (1992/1996:18), devem ser percebidos enquanto actos de auto-implicação, que ninguém poderá fazer na vez de ninguém mas que, dificilmente alguém poderá fazer sozinho. A autora salienta aqui que “o papel do formador não consiste tanto em ensinar como em facilitar a aprendizagem, em ajudar a aprender.” Transposta para o ensino clínico, esta perspectiva leva-nos a compreender a importância dos diferentes papéis e das relações interpessoais que se estabelecem desde o início entre supervisor e aluno e que determinam as condições de desenvolvimento de competências deste.

Assim, para Alarcão e Tavares (2003:58) o supervisor é visto como “(...) alguém, com mais experiência e com conhecimentos mais consolidados, claros e reflectidos sobre situações, dificuldades e problemas semelhantes, que é antes de mais um *colega*, um profissional que adopta uma relação adulta de acolhimento, ajuda e formação numa relação dialogante, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária,

²⁴ - Estamos a justificar os contextos actuais de articulação interinstitucional relativamente à supervisão de alunos em contexto de ensino clínico, que na última década tem sofrido alteração significativas no nosso País e que se relaciona com acordo com os novos contextos de gestão dos serviços de saúde, com as alterações emergentes na carreira docente e com a legislação vigente -Portaria nº 799-D/99 de 18 de Setembro, artigo 5º, Ensino Clínico – “ 1 – A componente de ensino clínico tem como objectivo assegurar a aquisição de conhecimentos aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem; Nº 3 - O ensino clínico é assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração do pessoal de saúde qualificado.”

responsável.” Acrescentam ainda, as seis áreas de características do supervisor identificadas por Mosher e Purpel (1972):

“a) sensibilidade para se aperceber dos problemas e das causas; b) capacidade de analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhe deram origem; capacidade de estabelecer uma comunicação eficaz a fim de perceber as próprias opiniões e os sentimentos dos professores e exprimirem as suas próprias emoções e sentimentos; d) competência em desenvolvimento curricular e em teoria e práticas de ensino; e) *skills* de relacionamento interpessoal; responsabilidade social assente em noções bem claras sobre os fins da educação.” (Ibidem:73)

Os autores fazem também referência a características menos gerais, mas não menos importantes identificadas por Boyan (1973); Ivey (1974); Acevedo et al. (1976), Whitfield (1977); Garland (1982); Stones (1984); Blase e Blase (1995):

“Nota-se que a capacidade de prestar atenção e o saber escutar são consideradas fundamentais pela maioria dos investigadores; mas salienta-se também a capacidade de compreender, de manifestar uma atitude de resposta adequada, de integrar as perspectivas dos formandos, de buscar a clarificação de sentidos e a construção de uma linguagem comum, de comunicar verbal e não verbalmente, de parafrasear e interpretar, de cooperar, de interrogar.” (Alarcão e Tavares 2003:74)

Ainda neste trabalho os autores fazem alusão às *tarefas a realizar* pelos supervisores (na formação de professores, mas perfeitamente transferíveis para a formação dos enfermeiros), neste *processo de ajuda, nomeadamente*:

“- estabelecer e manter um bom clima afectivo-relacional que sem ser castrante ou intimidante, é exigente e estimulante; criar condições de trabalho e interacção que possibilitem o desenvolvimento humano e profissional dos professores; desenvolver o espírito de reflexão, auto-conhecimento, inovação e colaboração; criar condições para que os professores desenvolvam e mantenham o gosto pelo ensino e pela formação em contínuo; planificar o processo de ensino-aprendizagem dos alunos e do próprio professor; identificar os problemas que vão surgindo; determinar os aspectos a observar e sobre os quais pode reflectir e estabelecer estratégias adequadas; observar; analisar e interpretar os dados observados; avaliar os processos de ensino-aprendizagem; criar espírito profissional baseado nas dimensões do conhecimento profissional.” (Alarcão e Tavares 2003:74)

Em consonância com o que foi referido e tendo subjacente as perspectivas de Schön (1992) e Zeichner (1993) podemos então afirmar que o supervisor deve assumir um papel de facilitador da aprendizagem/desenvolvimento de competências dos alunos, promovendo situações em que os alunos possam desenvolver actividades, ajudando-os a tomar consciência das suas características e capacidades para “agir em situação” assumindo a responsabilidade das decisões que vão tomando em cada momento, encorajando e valorizando as suas iniciativas e estimulando simultaneamente a reflexão.

Na transposição para o âmbito da formação em enfermagem Nascimento (2007:14) é de opinião que os domínios específicos da enfermagem, que pressupõem competências e responsabilidades específicas, exigem da parte dos supervisores, docentes ou enfermeiros da prática “um conhecimento situado na acção, holístico, criativo, pessoal e construído. Um conhecimento que depende, entre outras coisas, da capacidade para apreciar o valor das suas decisões e as consequências que delas decorrem.” Acrescenta ainda a autora que “Na supervisão clínica em enfermagem é exigido ao docente supervisor competências de nível pessoal, de enfermagem e pedagógicas, assumindo uma tríade de papéis: professor, enfermeiro e pessoa.”

Nesta perspectiva, em contexto de ensinios clínicos, emergem para o supervisor vários desafios, que consideramos essenciais: **a preparação para a tarefa e as condições para a realização da tarefa**, (o tempo, aceitação/colaboração da equipa, recursos materiais, estabilidade do clima afectivo-relacional, relacionamento interinstitucional adequado e conhecimento do plano curricular que permitam uma boa articulação teoria prática).

Especialmente no nosso país, onde a discussão sobre a supervisão de alunos em ensino clínico é relativamente recente²⁵, os aspectos identificados pelos supervisores como condicionantes do desempenho do seu papel centram-se sobretudo na “**falta de preparação para a tarefa**”.

Até há bem pouco tempo, a formação dos enfermeiros só abordava aspectos relacionados com a preparação para a supervisão de alunos ou novos profissionais no nível conducente à categoria de especialista²⁶ e eram sobretudo estes profissionais que, nos contextos de trabalho, colaboravam com os docentes na supervisão dos alunos.

As alterações emergentes das políticas de Saúde e de Educação²⁷, nomeadamente a criação de duas carreiras na enfermagem – prestação de cuidados e

²⁵ - Tendo consciência que os primeiros trabalhos sobre Supervisão emergiram, no nosso país a nível da formação de professores, pela mão de Alarcão e Tavares (1987) é também relevante afirmar que estamos a vivenciar um período onde, decorrentes das preocupações com esta problemática, se tem vindo a desenvolver (para além dos trabalhos de Abreu já anteriormente referenciados), trabalhos de investigação, cujos objectivos se prendem com a compreensão deste processo na formação dos enfermeiros, mas nos quais se continua a dar relevância à perspectiva dos autores referidos.

²⁶ Os conteúdos que integravam as disciplinas de “Pedagogia”, que maioritariamente faziam parte do plano de estudos de qualquer curso de especialização, abordavam aspectos gerais que de alguma forma podiam habilitar o “enfermeiro especialista” a apoiar a supervisão de alunos em ensino clínico, mas não se centravam no processo supervisão.

²⁷ O Decreto-lei 480/88 de 23 de Dezembro integra o ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Politécnico; remete para diploma a fixar a carreira docente do ensino Superior politécnico
- A Portaria 821/89 de 15 de Setembro converte as Escolas de Enfermagem em Escolas Superiores de Enfermagem;
- Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro estabelece a carreira de Enfermagem (não incluindo a área da docência);

docência; a atribuição do nível de Licenciatura à formação em enfermagem, assim como as alterações das políticas de gestão hospitalar²⁸, fizeram emergir novas necessidades no âmbito da formação de novos profissionais de enfermagem. Estas alterações traduziram-se, por um lado, no aumento do número de candidatos ao curso, na redução de profissionais nos contextos de prática (para frequência dos cursos de complemento de formação e pela redução de recursos humanos nos serviços para redução de despesas) e, concomitantemente, na redução de docentes para o acompanhamento dos alunos nos ensinamentos clínicos (por dispensa para realização de mestrados e doutoramentos). Este cenário conduziu a novos desafios para escolas e serviços. Quem vai supervisionar as práticas clínicas dos alunos?

No seu trabalho sobre *Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação*, Franco (2000) identifica os seguintes problemas referentes à supervisão de alunos em contexto de ensino clínico: diminuição da carga horária dos docentes para a orientação dos alunos em ensino clínico; a pouca envolvimento dos enfermeiros na supervisão dos alunos, uma vez que essa função era tradicionalmente desempenhada pelos docentes; o excesso de alunos e a deficiente articulação entre docentes e enfermeiros

Também sobre os resultados do seu trabalho, Nascimento (2007:34) afirma que “Uma das dificuldades sentidas é verbalizada por um sentimento de impreparação para a função, isto é, a actividade do docente supervisor não tem uma definição estabelecida de papéis e de regras a seguir, de possíveis instrumentos a utilizar e muito menos de uma preparação profissional instituída.”

A resposta a estes desafios/problemas foi encontrada por cada escola estabelecendo protocolos de parceria para a formação dos alunos, aumentando assim a responsabilidade dos enfermeiros da prática que passaram a constituir-se como co-orientadores dos alunos no processo superviso. A este respeito, Martins (2000:21) refere que “face ao afastamento progressivo dos professores dos locais de exercício directo da profissão, a formação inicial dos alunos de enfermagem durante as práticas clínicas processa-se a partir da necessidade de cooperação entre professores e enfermeiros e do reconhecimento dos contextos de trabalho como fonte de produção de saberes na formação.”

Esta realidade emergiu rapidamente não sendo, na maioria das vezes, considerada a necessidade de formação dos enfermeiros para estas novas funções

- o Decreto-lei n.º 185/81, de 1 de Julho (com as alterações introduzidas pelo decretos-lei n.ºs 69/88, de 3 de Março, 408/89, de 18 de Novembro, 245/91 de 6 de Julho, 212/97 de 16 de Agosto) regulamenta a situação do pessoal docente dos estabelecimentos de ensino superior politécnico.

²⁸ - Lei 27/2002 de 8 de Novembro; Dec. Lei 188/2003 de 20 de Agosto.

Assim, a *preparação para a tarefa* deve ser entendida como um processo de importância vital porquanto a supervisão deve ser vista como mediação entre o conhecimento e o aluno, num processo facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional, o que consiste, por um lado, na criação de condições favoráveis a uma envolvimento da aprendizagem cognitivamente estimulante e afectivamente gratificante e, por outro lado, na monitorização de processos de reflexão sistemáticos e continuados sobre a própria prática (Sá-Chaves, 2000^a).

Quem colabora na formação de profissionais de saúde “deve reflectir (des)construtivamente a complexidade dos saberes, 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*, embora no respeito pelos valores que são transcontextuais e universalizam o fazer humano, nomeadamente nas profissões cuja nobreza é estarem ao serviço do Outro.” (Sá-Chaves, 2000^a:103)

Em contexto de ensino clínico em que se pretende que haja uma aprendizagem reflexiva, a supervisão reflexiva assume um papel fulcral, num registo que Sá-Chaves e Amaral (2000) denominam de “passagem do eu solitário ao eu solidário”, o que exige do supervisor o desenvolvimento de competências necessárias ao seu desempenho. A este propósito Sá-Chaves (2000^a:46) refere-se aos contributos de Lee Shulman (1987^a: 1987^b), ao identificar no conhecimento profissional dos professores “dimensões complementares que cada profissional, no momento de confronto com a situação invoca para agir.”

Tendo em conta as reflexões de Sá-Chaves (2000^a) sobre o pensamento de Lee Shulman e Freema Elbaz e, transpondo para a situação de ensino clínico (re)afirmamos a importância da construção do conhecimento pessoal/profissional do enfermeiro, enquanto supervisor clínico, nas diferentes dimensões salientando:

- *O conhecimento dos contextos*, que engloba a especificidade da organização, incluindo aqui não só os aspectos estruturais, mas também os aspectos culturais da mesma;
- *O conhecimento do “supervisando” e das suas características*, para que se possa observar respeito pela individualidade e pessoalidade de cada um, nas suas múltiplas dimensões e no carácter dinâmico das mesmas;
- *O conhecimento de si próprio*, que permite a cada supervisor, conhecer e controlar conscientemente as múltiplas dimensões inerentes ao acto pedagógico, nele se incluindo como uma das variáveis mais decisivas e determinantes.

Entendemos assim que supervisores e alunos necessitam de apoio na criação de condições apropriadas para se desenvolverem. Supervisores *competentes* estão mais

capacitados para *ajudar* os alunos a interligar a *teoria* e a *prática* desenvolvendo assim o sentido da profissionalidade. Por sua vez, os alunos, vivenciando este processo de ajuda, adquirem mais rapidamente a autoconfiança, factor que favorece o desenvolvimento de competências que podem ser usadas em diferentes contextos.

Parece-nos assim urgente que docentes e enfermeiros da prática possam congregiar esforços no sentido de se complementarem no processo supervisivo dos alunos em contexto de ensino clínico, dado que este é claramente importante para a consolidação de conhecimentos teóricos e “permite a consciencialização do papel do enfermeiro e a construção da identidade profissional, através das relações interpessoais e multidisciplinares.” (Belo, 2003:66)

As **condições para a realização da tarefa** são igualmente importantes. Estas pressupõem, desde o início, a existência de recursos necessários ao desenvolvimento de actividades promotoras do desenvolvimento do aluno, de acordo com os seus objectivos pessoais e os propostos pela escola para o respectivo ensino clínico.

As disponibilidades do supervisor para apoiar os alunos, respeitando o seu ritmo de desenvolvimento, constituem-se também como elementos importantes na medida em que estes necessitam de tempo para apreender a realidade da prática e para transpor para a mesma os conhecimentos e as vivências anteriores que, de alguma forma, possam potenciar o seu desenvolvimento ou, ao contrário, de tempo para desmistificar vivências anteriores menos positivas. A acumulação de funções que frequentemente o supervisor possui não lhe permite encontrar o espaço necessário a uma supervisão humanista (modelo de supervisão que se enquadra na visão da enfermagem e conseqüentemente já pode constituir-se factor facilitador da apreensão das lógicas da prática).

Em contexto de ensino clínico, os alunos não encontram apoio apenas no supervisor, eles necessitam de se integrar nas dinâmicas dos serviços e, como tal, o apoio e a atmosfera afectivo-relacional envolvente que se cria são factores fundamentais. É assim importante que, nos serviços, exista uma atmosfera favorável e uma cultura positiva, de entreaajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária e responsável entre o supervisor e supervisando e entre estes e os restantes elementos da equipa.

Na sua investigação sobre *Supervisão em Ensino Clínico*, Belo (2003) encontra nas narrativas dos alunos referências a estes aspectos, nomeadamente o sentimento de abandono e a pouca vontade em supervisionar, por parte dos enfermeiros. Similarmente Carvalho (1996) refere a atribuição de grande importância, por parte dos alunos ao relacionamento com os profissionais. Do mesmo modo, Fernandes (2004) faz referência

à dificuldade dos alunos relacionada com os diferentes quadros de referência dos diversos profissionais num mesmo serviço, facto que lhes cria alguma ambivalência.

Na análise dos trabalhos de Sellek (1982), Hart e Rotem (1994), Dum e Hansford (1997), Abreu (2007:164-165) refere que os autores consideram que:

“ (...) as relações interpessoais entre os participantes em contexto clínico são cruciais para o desenvolvimento de um ambiente positivo e para a satisfação dos alunos, os quais por sua vez facilitam a aprendizagem. Neste sentido, a supervisão possui esta função complexa de proporcionar um diagnóstico sob um ponto de vista ecológico (os intervenientes, o contexto, as relações e as emoções) e endereçar “pistas” e subsídios para a ocorrência de mudanças susceptíveis de proporcionarem ganhos na aprendizagem.”

Acrescenta ainda Abreu (2007:165) que Hart e Rotem (1995) encontraram no seu estudo correlação positiva entre o desenvolvimento profissional e seis variáveis: “autonomia e reconhecimento, papel desempenhado, satisfação profissional, qualidade da supervisão, suporte dos pares e oportunidades de aprendizagem. O estudo revela que o sucesso do processo supervisivo também está dependente dos recursos proporcionados aos intervenientes no contexto clínico.”

Em consonância com estas perspectivas Alarcão e Tavares (2003:59) reflectindo sobre as tarefas a realizar, questionam-se se as mesmas serão da responsabilidade de uma só pessoa ou se terá que existir o envolvimento de uma equipa:

“Acresce ainda dizer que, seja através de pessoas ou agentes formados especificamente para estas tarefas, seja equipas, a supervisão da prática pedagógica deverá ser uma actividade de mútua colaboração e ajuda entre os agentes envolvidos no processo numa atitude de diálogo permanente que passe por um bom relacionamento assente na confiança, no respeito, no empenhamento, no entusiasmo, na amizade cordial, empática e solidária de colegas, que não obstante a diferença de funções, procuram atingir os mesmos objectivos.”

Os autores supracitados, no mesmo trabalho (2003:150) enunciam um conjunto de novas funções supervisivas, na formação dos professores, mas que transpondo para a formação dos enfermeiros, poderemos (re)enunciar salientando:

- *dinamizar as equipas de enfermagem no sentido do apoio ao aluno em formação;*
- *privilegiar culturas de formação centradas na problematização, promovendo e facilitando a aprendizagem experiencial;*
- *incentivar a auto e hetero-supervisão;*
- *colaborar na concepção de projectos de desenvolvimento organizacionais, promotores da melhoria da qualidade de cuidados e consequentemente da melhoria dos contextos de formação;*

- *dinamizar atitudes de avaliação dos processos de desenvolvimento e dos resultados obtidos pelos alunos.*

Em todo este processo podemos afirmar que o aluno se constitui como actor principal. Sobre ele recaem todas as atenções no sentido de promover o seu desenvolvimento, pessoal e pré-profissional o qual exige uma auto implicação reflectida e responsável.

Na maioria dos trabalhos referentes à temática do Ensino clínico está presente, de forma mais ou menos explicita, a importância das relações interpessoais que se estabelecem entre os alunos e os diversos *actores*.

Sobre as relações interpessoais, Tavares (1993, 1996) desenvolveu um trabalho fundamental que nos ajuda a compreender a importância das mesmas sobretudo em contexto de ensino clínico. O autor afirma:

“Actuando como ambiente facilitador de aprendizagens significativas – e não de facilidades propriamente ditas – a relação interpessoal é alfofre de desenvolvimento pessoal (e também interpessoal) e profissional. A presença do humano nas angústias e perplexidades que o rito de passagem à profissão sempre acarreta torna possível fazer emergir coerência onde parecia reinar apenas o caos e transformar em momentos de crescimento os conflitos de quase ruptura, tão característicos das relações interpessoais e dos ritos de iniciação.” (Tavares 1993:5)

Como forma de reforçar a importância das relações interpessoais, queremos evidenciar os conceitos de Pessoaalidade e Interpessoalidade apresentados por Tavares (1993:15-16):

Pessoaalidade: “A dimensão pessoal do sujeito humano contrapõe-se normalmente à sua dimensão individual. Enquanto a dimensão individual denota ou reflecte características de opacidade, de unicidade, de indivisibilidade, de fechamento, de indisponibilidade, de impossibilidade de diálogo, de uma certa incapacidade de iniciativa, de simples presença mais ou menos rica, a dimensão pessoal pressupõe atributos por rasgos essenciais que vão precisamente no sentido oposto, ou seja características de confiança, de transparência, de autenticidade, de capacidade de abertura, de disponibilidade, de diálogo, de iniciativa, que marcam a diferença entre comportamentos humanos e inumanos.”

Interpessoalidade: “A actividade interpessoal traduz justamente essa relação **recíproca, assimétrica e dialéctica** entre pessoas, entre sujeitos capazes de sair de si mesmos e colocar-se no lugar, “na pele” do outro, compreendê-lo em toda a sua profundidade e riqueza sem deixar de ser ele próprio nem desenvolver qualquer atitude que pretenda subalternizá-lo muito menos manipulá-lo ou reduzi-lo. É este precisamente o conceito de **reciprocidade** em que a acção pessoal é projectada por inteiro e nos dois

sentidos, vai toda num mesmo jacto em direcção ao alvo a atingir, de **assimetria** que indica que os dois sujeitos da relação não pode sobrepor-se e **dialéctica** que exprime a ideia de que nenhum dos pólos da relação pode ser anulado.”

A interligação de todos os elementos, constantes num contexto em que se operacionaliza a supervisão é, por demais, evidente e complexa, o que a torna o processo de reflexão sobre a supervisão igualmente complexo. Contudo, importa ainda aqui referenciar **estratégias de supervisão** a serem utilizadas em contexto de ensino clínico, que se tornem promotoras do desenvolvimento do aluno.

Na análise das estratégias usadas (ou a usar) em cada ensino clínico devemos ter subjacentes diversos factores: o estágio de desenvolvimento dos alunos (inclua-se aqui o desenvolvimento pessoal e pré-profissional), o estágio de desenvolvimento do próprio supervisor, os estilos de supervisão²⁹, assim como os *skills* interpessoais dos supervisores, estes últimos identificados por Glickman (1985) e apresentados por Alarcão e Tavares (2003:74-75).

Assim, parafraseando o que os autores supracitados nos apresentam e transpondo os estilos de supervisão para a prática clínica na formação em enfermagem, podemos afirmar que o supervisor de tipo *não-directivo* é aquele que manifesta desejo e capacidade de atender o aluno, de o escutar, de esperar que seja ele a tomar as iniciativas. Fica calado para o ouvir, é capaz de verbalizar as ideias e os sentimentos que este, explícita ou implicitamente, lhe vai manifestando, encorajando-o e ajudando-o a clarificar as suas ideias e sentimentos, e solicitando informações complementares quando elas são necessárias.

O supervisor do tipo *colaborativo* verbaliza muito o que o aluno lhe vai dizendo, faz sínteses das sugestões e dos problemas apresentados pelo aluno, ajudando-o a resolvê-los. O *supervisor directivo* concentra as suas preocupações em dar orientações, em estabelecer critérios e condicionar as atitudes do aluno.

Do mesmo modo transpomos para a formação em enfermagem os *skills* interpessoais dos supervisores e que podem, em nossa opinião, ser entendidas como estratégias utilizadas no processo supervisivo:

- 1) *Prestar atenção*. O supervisor atende ao que o aluno lhe diz e exprime a sua atenção através de manifestações verbais geralmente acompanhadas de outras manifestações de atenção de tipo não verbal;
- 2) *Clarificar*. O supervisor interroga o aluno e faz afirmações que o ajudam a clarificar e compreender o pensamento;

²⁹ - Para Glickman (1985), existem fundamentalmente três estilos de supervisão: **não-directivo**, **de colaboração** e **directivo**.

- 3) *Encorajar*. O supervisor incentiva o aluno para que continue a falar ou a pensar em voz alta.
- 4) *Servir de espelho*. O supervisor parafraseia ou resume o que o aluno diz a fim de verificar se este entendeu bem.
- 5) *Dar opinião*. O supervisor dá a sua opinião e apresenta as suas ideias sobre o assunto que está a ser discutido.
- 6) *Ajudar a encontrar soluções para os problemas*. Depois de um assunto ter sido discutido, o supervisor solícita ao aluno propostas para possíveis soluções do problema.
- 7) *Negociar*. O supervisor desloca o foco da discussão das soluções possíveis para as soluções prováveis e ajuda o aluno a ponderar os prós e os contra das propostas apresentadas.
- 8) *Orientar*. O supervisor determina o que o aluno deve fazer e como o deve fazer.
- 9) *Estabelecer critérios*. O supervisor estabelece os planos de acção e determina os limites temporais para a sua execução.
- 10) *Condicionar*. O supervisor explicita as consequências para o aluno do cumprimento ou não cumprimento das orientações dadas.

Alarcão e Tavares mostram ainda a relação entre os estilos de supervisão e os *Skills* do supervisor, tal como se apresenta no quadro 1.

Quadro 1 – Estilos de supervisão e skills do supervisor, segundo Glickman (1985) (adaptado de Alarcão e Tavares, 2003).

Comportamentos Estilos de supervisão	Prestar atenção	Clarificar	Encorajar	Servir de espelho	Dar opinião	Ajudar encontrar soluções	Negociar	Orientar	Estabelecer critérios	Condicionar
Não directivo										
De colaboração										
Directivo										

As estratégias de formação propostas por Schön e referenciadas por Alarcão (1992/1996:19): **experimentação em conjunto** (joint experimentation); **demonstração acompanhada de reflexão** (follow me); **experiência e análise de situações homólogas** (play in a hall of mirrors), já anteriormente descritas, afiguram-se como estratégias importantes a utilizar pelo supervisor em contexto de ensino clínico. Do mesmo modo, tendo subjacente a perspectiva de Schön, Sá-Chaves (2000) salienta que se levantam novas premissas quanto aos métodos, estratégias e filosofias de *formação*

proclamando-se uma nova perspectiva ecológica que enfatiza os contextos do exercício profissional e de formação ao qual corresponde um nível intrínseco numa abordagem de matriz reflexiva, dialéctica e crítica.

As actuais perspectivas de formação pressupõem a prática como fonte de conhecimento através da experimentação e reflexão promovendo a clarificação das mensagens entre o supervisor e o aluno através do diálogo com a acção e de aceitação dos desafios que esta coloca. Numa situação de ensino clínico, uma das funções do supervisor consiste em escolher estratégias que melhor correspondam à personalidade e aos conhecimentos dos formandos. Estas dependem ainda da relação supervisiva que se estabelece entre o supervisor e o aluno.

Relativamente à relação supervisiva Abreu (2007), analisa as perspectivas de diversos autores, o que se constitui um trabalho importante para o desenvolvimento do conhecimento nesta área, sobretudo no nosso País, onde os estudos sobre esta temática vão emergindo (sobretudo ligados a processos de doutoramento ou mestrado), mas cuja visibilidade nos contextos de prática é ainda muito circunscrita.

Transpondo a perspectiva bronfenbreniana (hipótese 7) para a relação supervisiva em contexto de ensino clínico, Abreu (2007:167) afirma que “no contexto de uma relação diádica, a aprendizagem e o desenvolvimento são facilitados pela participação do formando em padrões progressivamente mais complexos de actividade recíproca com o tutor, com quem a pessoa desenvolveu uma relação sólida emocional e duradoura.”

Referindo-se a Williams e McLean (1992), salienta que os autores perspectivam a utilização de uma hierarquia de necessidades para o estabelecimento do trabalho com os alunos. Em alusão a Brennan e Little (1996), refere que os mesmos defendem que a supervisão em contextos clínicos assenta em pressupostos e processos específicos, supervisor e aluno analisam em conjunto experiências de aprendizagem.

Estruturando a sua opinião sobre o processo supervisivo que decorre em contexto clínico, Abreu (2007:167-168) afirma que, o mesmo possibilita:

“Desenvolver uma aprendizagem centrada na prática; Analisar os estilos de aprendizagem do formando e a sua forma preferencial de aprender; Utilizar, no contexto da formação, soluções baseadas na evidência; Trabalhar com o formando as estratégias de pensamento em enfermagem, os focos de atenção e as matrizes de decisão; Direcção a aprendizagem sobretudo para os processos; Proporcionar experiências e oportunidades para o desenvolvimento do espírito crítico, pensamento ético e reflexão sobre o contexto da prática; Envolver a equipa na formação e trabalhar a relação com os pares (os outros formandos) como forma indirecta de acção sobre o processo de ensino-aprendizagem, Criar disposições para aprendizagens futuras.”

Ao atestar a importância da relação supervisiva para o desenvolvimento do processo de aprendizagem, o autor apoia-se ainda na perspectiva de Severinsson (1995,

2001), referindo que o mesmo defende que, a relação supervisiva deve possuir três dimensões: confirmação, significado e consciencialização. Realça ainda a importância em todo o processo supervisivo, do desenvolvimento de uma identidade, de competências e de um pensamento ético.

À semelhança da perspectiva bronfenbreniana defende que o supervisor e aluno devem formar uma díade, levando o aluno a participar num diálogo reflexivo, de forma a compreender os fenómenos inerentes à prática afirmando:

“O diálogo é importante para: i) confirmar saberes, oferecer apoio e dar pistas para o seu desenvolvimento; ii) conferir significados: ajudar o formando a desenvolver aprendizagens significativas, relacionando saberes actuais com situações anteriormente apreendidas; iii) favorecer a consciencialização: ter uma ideia mais informada e consciente de si, dos outros e do contexto, bem como a sua posição face a todos estes.”
(Abreu 2007:168)

Em 1994, Abreu propunha, para além de outros aspectos, que os supervisores “trabalhassem no âmbito da supervisão, a reflexão e o discurso.”; do mesmo modo Hallet (1997), coloca a reflexão no centro do processo supervisivo.

O autor refere ainda a necessidade do supervisor compreender os processos psicológicos que podem ser condicionantes da aprendizagem do aluno, salientando os que ocorrem a nível social, tal como refere Vygotsky (1978). Evidencia assim o potencial para a aprendizagem, “ao fazer canalizar a atenção dos pares ou para os momentos informais.” (Abreu, 2007:168)

Ainda neste âmbito, dando ênfase à perspectiva ecológica, (considerando a especificidade de cada contexto) Abreu (2007:169) enuncia as atitudes a ter pelo supervisor:

- “ Facilitar as interacções com os pares;
- Promover uma identidade positiva para si (para o formando), facilitando o processo de afirmação;
- Ajudar o formando a definir o seu quadro de valores, com respeito pela matriz ética e deontológica prevista para a profissão;
- Assumir-se como “modelo” para o aluno, através do qual se possa facilitar a adesão psicológica à profissão;
- Desenvolver uma atitude de justiça no que se refere à análise das experiências de aprendizagem;
- Apelar para o aprofundamento do domínio da linguagem profissional, com base em patamares progressivos de domínio científico e relacional;
- Ajudar o formando a gerir emoções, principalmente em contacto com utentes em situação crítica;

- Apoiar o desenvolvimento de um espírito crítico como forma de promover a melhoria contínua;
- Detectar situações de isolamento ou de sofrimento psicológico com potencial negativo para a personalidade ou para a aprendizagem;
- Seleccionar o grau de intervenção respeitando o princípio da autonomização e responsabilização crescentes (fazer, colaborar, aconselhar, partilhar, encorajar);
- Demonstrar empatia, paciência, compreensão e disponibilidade para dialogar e analisar problemas nas esferas, pessoal e profissional;
- Identificar a etapa de desenvolvimento de competências clínicas do formando e as correspondentes atitudes, que requerem intervenções distintas por parte do tutor.”

Encontramos subjacente a este conjunto de atitudes a ter pelo supervisor um leque abrangente de estratégias que o mesmo pode adoptar no processo supervisoivo.

Dos autores referidos e de outras perspectivas estudadas, podemos identificar uma evolução no sentido ecológico de interligação da pessoa com os contextos, com uma matriz comum, que salienta a importância da prática associada á reflexão, que transforma as aprendizagens em aprendizagens significativas e conseqüentemente mais consistentes e duradouras, promotoras do desenvolvimento de competências, porquanto promovem a autoconfiança a segurança, interligam os conteúdos de natureza cognitiva e de natureza motora de forma consciente e gradativa e num processo combinado de apreensão da informação emergente de cada situação e da capacidade de mobilização de recursos com vista à resolução dos problemas.

Rematando este ponto sobre dinâmicas de supervisão, acresce ainda referir a importância do trabalho de parceria entre instituições, escola e instituições onde decorrem os ensinamentos clínicos, já de alguma forma evidenciada em pontos anteriores.

Tendo em conta que a formação em enfermagem inclui uma forte componente de ensino clínico, não podemos deixar de imputar às instituições que acolhem os alunos em ensino clínico uma co-responsabilidade no processo de desenvolvimento dos mesmos. Se analisarmos todo o processo numa perspectiva ecológica podemos perceber que também as instituições tiram dividendos (não estamos a referir questões económicas) destas parcerias de formação, porquanto os alunos transportam para as práticas novas formas de *saber* e de *fazer* que, na maioria das vezes, se constituem como revitalizadoras da própria prática, constituindo-se assim como uma mais-valia para mudanças organizacionais e para a formação contínua dos profissionais.

No seu trabalho, Araújo (2005) analisa as perspectivas de diferentes autores sobre esta questão das parcerias inter-institucionais, das quais salientamos: os objectivos

fundamentais destas parcerias enunciados por Campbell e colaboradores (2001)³⁰; o conjunto de acções proposto por Santos (1999) num processo de colaboração³¹. Salienta ainda a autora, as perspectivas de Cabrito (1995) que considera fundamental o desenvolvimento de lógicas de cooperação que conduzam a uma articulação coerente entre os diversos tipos de aprendizagem e de Barbier (1995), que define a prática das parcerias como uma fusão/junção das diferentes partes para uma convergência de interesses utilizando recursos de cada um para a construção de projectos conjuntos.

Ainda sobre esta temática Abreu (2007:242) refere que

“As parcerias institucionais devem envolver os sistemas de tutoria, os intercâmbios na área de formação contínua e as actividades de investigação aplicada; As instituições de saúde devem considerar que a sua própria forma de organização é formadora, tanto para os alunos como para os seus profissionais; neste sentido as opções de gestão devem ponderar a necessidade de a transformar em organização qualificante.”

Para além dos aspectos evidenciados queremos concluir que neste processo de supervisão de alunos em contexto de ensino clínico, as diferentes perspectivas convergem para uma mesma matriz, ou seja para o reconhecimento da complexidade do processo, porquanto o mesmo é vivenciado por diversos actores, cujo processo de desenvolvimento (também ele complexo) se mantém subjacente e transporta para os contextos (igualmente complexos e imprevisíveis), a lógica de cada um dos actores, numa permanente dialéctica, assimetria e reciprocidade.

Como forma de compreender todo este processo, encontrámos na perspectiva ecológica de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner um subsídio importante para o nosso trabalho pelo que, abordaremos a mesma e a sua evolução no ponto seguinte.

³⁰ - “ (i) racionalizar as formas de recrutamento de pessoal; (ii) promover uma política e práticas de formação contínua; (iii) contribuir para um desenvolvimento profissional consistente, extensivo aos estudantes, aos enfermeiros das unidades de saúde e aos docentes; (iv) apoiar actividades de investigação.”

³¹ - “(i) interdependência e complementaridade dos papeis; (ii) partilha de recursos e de informação; (iii) aproximação efectiva entre todos os actores envolvidos, co-responsabilização individual e colectiva; (iv) apoio aos parceiros para o desenvolvimento de acções de cooperação”.

4 – UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA DE FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Aceita-se, como ponto de partida, que o desenvolvimento de competências se enquadra numa matriz mais ampla, de desenvolvimento humano, em que a interacção pessoa/ambiente e a rede ecológica que a sustenta, são determinantes.

Compreender os processos de desenvolvimento de competências cada vez mais complexas, que procuram responder às necessidades e às exigências de cada situação é, por si só, um desafio pois que não podemos desligar o mesmo da complexidade do fenómeno de desenvolvimento humano.

Enquanto ser humano em desenvolvimento, o aluno do Curso de Licenciatura em Enfermagem, processa o seu desenvolvimento em inter-relação constante com o meio que o rodeia e, muito em particular, em contexto de ensino clínico onde a integração na prática profissional se vai desenvolvendo num crescendo de complexidade, em diferentes microsistemas e em interacção com diferentes intervenientes.

No sentido de estudar a forma como ocorre este desenvolvimento e quais os factores que podem ser influenciadores do mesmo ao longo do curso e, mais especificamente, em contexto de ensino clínico, sustentamos a nossa investigação na perspectiva ecológica de desenvolvimento humano, de Urie Bronfenbrenner que pressupõe que cada **pessoa** se desenvolve na interacção com o meio (**contexto**) onde actua (microsistema) e que, por sua vez, é influenciado por um sistema de relações e inter-relações (exosistema, mesosistema e macrosistema), sendo ainda o **processo** e o **tempo** elementos essenciais a esse desenvolvimento.

A adaptação ao desenvolvimento profissional que, desta teoria fizeram Alarcão e Sá-Chaves (1994) e Oliveira-Formosinho (1997), traz-nos contributos importantes para a nossa reflexão que servirão, igualmente, de suporte teórico à realização do nosso trabalho.

Realçamos aqui que, as evidências empíricas da referida teoria remontam a 1970; contudo, só em 1979 foi publicada no livro - "*Ecology of Human Development*"³².

Ao longo de três décadas, o autor e seus colaboradores (Bronfenbrenner & Crouter, 1983; Bronfenbrenner & Ceci, 1994, Bronfenbrenner & Morris, 1998, Bronfenbrenner & Evans, 2000), ampliaram e reformularam criticamente a teoria inicial,

³² - Salientamos que, na nossa pesquisa, tivemos acesso a uma 3ª edição deste livro, datada de 1980, razão pela qual nas nossas referências/citações, surge a data de 1980. Tivemos ainda acesso a uma versão em português, publicada no Brasil, em 2002 (2ª Impressão).

renomeando a mesma à medida que foram introduzindo novos elementos e culminando, em 1998, com o *Modelo Bioecológico* (Bronfenbrenner e Morris).

Como esta teoria sustenta o nosso trabalho, entendemos ser relevante apresentar e desenvolver os seus aspectos centrais, no sentido evolutivo da mesma e, simultaneamente, transpor os seus conceitos e os pressupostos para os ensinamentos clínicos, com vista à compreensão do desenvolvimento de competências dos alunos nestes contextos.

4.1 – DA TEORIA ECOLÓGICA AO MODELO BIOECOLÓGICO

... A teoria ecológica de desenvolvimento humano

Emergindo da convicção de que o desenvolvimento e o comportamento humanos só encontram verdadeiro significado quando devidamente contextualizados, a abordagem ecológica do desenvolvimento humano, de Urie Bronfenbrenner (1979) apresenta, como principal inovação as concepções de pessoa, de ambiente e, sobretudo, da interacção entre ambos, e o reforço da tendência para se olhar simultaneamente no sentido da pessoa e para além da pessoa, isto é, para o ambiente ecológico que a rodeia, feito de contextos e de relações.

A ecologia do desenvolvimento humano, segundo a **definição 1**, de Bronfenbrenner (1980:21), "...involves the scientific study of progressive, mutual accommodation between an active, growing human being and the changing properties of immediate setting in which the developing person lives, as this process is affected by relations between these setting, and by the larger contexts in which the settings are embedded".

Na opinião de Portugal (1992:37), as ideias chave desta definição estão directamente relacionadas com três aspectos:

- "O modo como o sujeito é encarado", pelo seu dinamismo, movendo-se e recriando-se progressivamente, não sendo apenas moldado pela acção do meio;
- "A interacção sujeito/mundo", onde se verifica uma interacção constante e recíproca;
- "O ambiente", não apenas o contexto imediato, mas um contexto mais alargado, incluindo ainda as inter-relações que se desenvolvem entre os diversos contextos.

Nesta perspectiva inicial da abordagem ecológica do desenvolvimento humano, Bronfenbrenner enfatizou a relação indissociável entre os atributos de uma pessoa em desenvolvimento e os parâmetros dos contextos nos quais ela está inserida.

Este paradigma ecológico tem, tal como afirma o autor, a influência de diversas disciplinas, nomeadamente dos conceitos fenomenológicos de Husserl (1950), Köller (1938) e Katz (1930), salientando que, “In the main, however, the phenomenological conception of the environment that lies at foundation of the theory derives its structure and rationale from the ideas of Kurt Lewin, especially his construct of “life space” or “psychological field” (1931, 1935, 1951).” (Bronfenbrenner, 1980:23)

Tal como esta perspectiva se nos apresenta, estudar o desenvolvimento do aluno de enfermagem em contexto de ensino clínico implica compreender o mesmo, enquanto pessoa em desenvolvimento, e conhecer os contextos de ensino clínico promotores do desenvolvimento das suas competências assim como a interacção que se estabelece entre ambos.

Na sua definição de desenvolvimento humano Bronfenbrenner (1980:27) refere que: “Human development is the process through which the growing person acquires a more extended differentiated, and valid conception of the ecological environment, and becomes motivated and able to engage in activities that reveal the properties of, sustain, or restructure that environment at levels of similar or greater complexity in forms and content.”

Nesta óptica o aluno, em ensino clínico, faz parte de um sistema que está em constante mudança, em que as inter-relações entre os diversos elementos se entrecruzam, facilitando ou inibindo o seu desenvolvimento e em que, ele próprio, é agente das mudanças que ocorrem no sistema, recriando-se e recriando o meio, progressivamente, num processo de mútua interacção, que se processa no sentido bidireccional e que se caracteriza pela reciprocidade.

Os contextos, referidos por Bronfenbrenner (1979), não se circunscrevem ao meio imediato, onde a pessoa se encontra inserida, mas sim, a um âmbito mais vasto em que se podem identificar quatro níveis estruturais distintos, nomeadamente: Microsistema, Mesosistema, Exosistema e Macrosistema. Na sua representação gráfica (figura 12), os contextos assemelham-se a um conjunto de círculos concêntricos, em cujo epicentro (microsistema e mesosistema) se situa a pessoa (aluno) e a partir do qual se afastam, progressivamente (exo e macrosistema), na medida em que a sua relação com a pessoa se vai tornando menos próxima e directa, não deixando, porém, de sobre ela exercer a sua influência.

Os microsistemas assumem, nesta perspectiva, uma importância capital, pois neles a pessoa realiza actividades, desempenha papéis e estabelece relações interpessoais. Mas os microsistemas sofrem influências exteriores, como nos referem Alarcão e Sá-Chaves (1994:206): “Estes três factores – actividades, papéis e relações

interpessoais são determinantes no seu desenvolvimento, mas igualmente determinantes são as matrizes que moldam a natureza dos contextos e das relações”

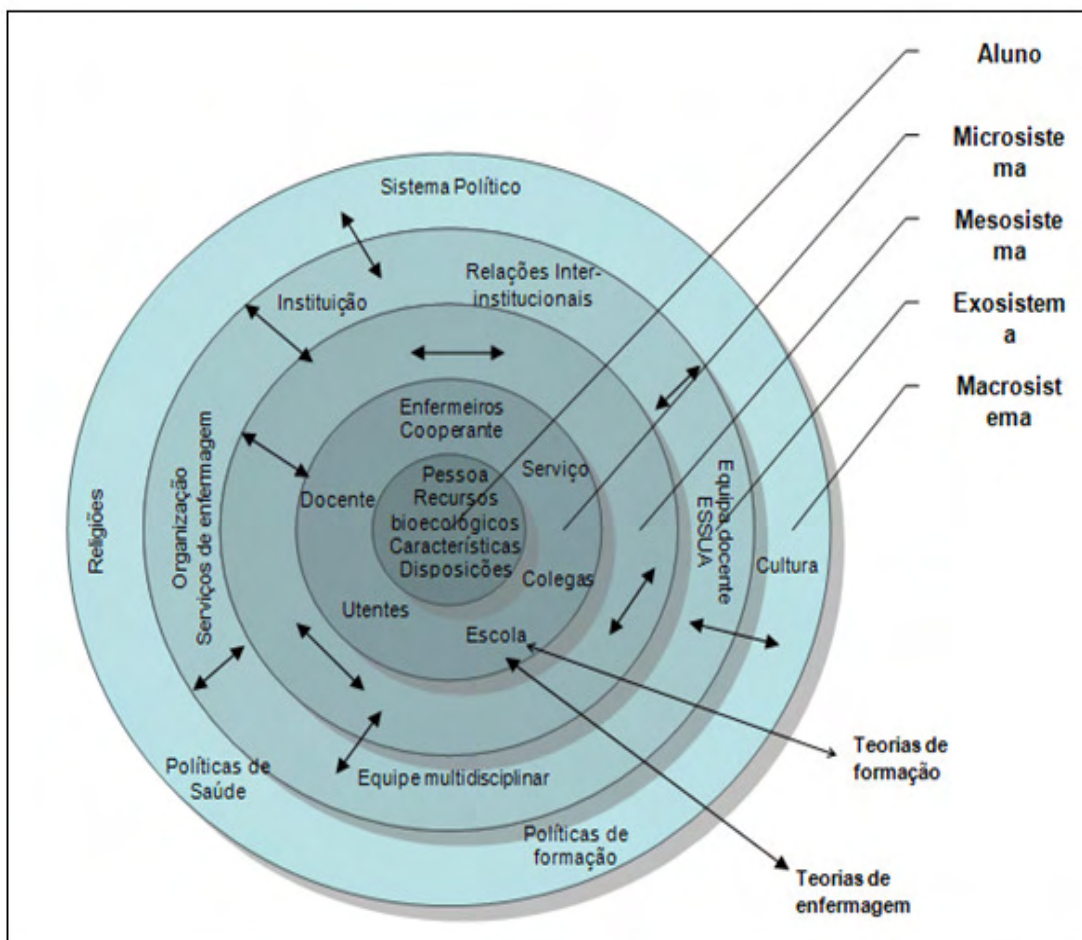


Figura 12 – Ambiente ecológico de desenvolvimento do aluno de enfermagem em contexto de ensino clínico (baseado em Portugal, 1992:40 e Alarcão e Sá-Chaves, 1994:207).

Tendo por base a perspectiva brofenbreniana, tentámos apresentar, na figura 12, o ambiente ecológico em que o aluno de enfermagem se encontra inserido, durante o estágio clínico, caracterizando cada um dos sistemas de acordo com as definições do autor.

O microsistema

“Definition 2

A microsystem is a pattern of activities, roles, and interpersonal relations experienced by the developing person in a given setting with particular physical and material characteristics.” (Bronfenbrenner, 1980:22)

Neste âmbito o **Microsistema** é o contexto mais próximo do aluno, em que as interações se verificam “face a face”. Nele, o aluno é influenciado e/ou interage com os colegas da escola, o docente orientador, o supervisor clínico, os profissionais, o utente e sua família, entre outros. O serviço, com a sua estrutura (recursos humanos e materiais), a sua especificidade/ complexidade, a metodologia de trabalho adoptada, a qualidade de cuidados que são prestados, interage directamente com o aluno, num diálogo constante e dinâmico, estabelecendo-se assim “...uma **relação recíproca** sinérgica – sujeito/ambiente e ambiente/sujeito – e uma rede múltipla de relações de intercontextualidade” (Alarcão e Sá-Chaves, 1994:205).

Ressalta ainda nesta definição o termo “experenciado”, utilizado para indicar que “as características cientificamente relevantes de qualquer meio ambiente incluem não apenas suas propriedades objectivas, como também a maneira pela qual essas propriedades são percebidas pela pessoa naquele meio ambiente” (Bronfenbrenner, 1979 - 2002:19). Dando assim ênfase a uma visão fenomenológica, o autor assume que os aspectos do meio ambiente mais importantes no crescimento psicológico são, na sua maioria, aqueles que têm significado para a pessoa numa determinada situação e, como tal, é difícil descrever os mesmos apenas em termos físicos e objectivos.

O autor considera as *actividades, os papéis e as relações interpessoais*, como elementos ou blocos construtores do microsistema e, conseqüentemente, importantes para o desenvolvimento humano. Acrescenta também que, este desenvolvimento está directamente relacionado com o número de contextos em que a pessoa participa e com o seu envolvimento em actividades conjuntas com pessoas mais experientes.

No que diz respeito às **actividades**, o autor prevê dois tipos: actividades molares³³ ou comportamentos contínuos e actividades moleculares ou comportamentos momentâneos. As primeiras apresentam um movimento ou tensão próprios e são percebidas pelo sujeito como tendo um significado ou intenção influenciando, por isso, o seu desenvolvimento. Às actividades moleculares, o sujeito não atribui grande significado e, conseqüentemente, não serão muito influenciadoras do seu desenvolvimento. De facto, o aluno em contexto de ensino clínico irá desenvolver diversas actividades, as quais vão contribuir para o desenvolvimento das suas competências, sempre que as mesmas sejam percebidas como significativas. Porquanto o aluno atribui, desde logo, uma intenção (antes da sua realização) e um significado após a sua realização, o que, de certa forma, pressupõe reflexão sobre as mesmas. Evidenciamos aqui uma consonância

³³ **Definition 12** – A molar activity is an ongoing behaviour processing a momentum of its own and perceived as having meaning or intent by the participants in the setting.” (Bronfenbrenner 1980:45)

com a importância da reflexão sobre as práticas, perspectivada por Schön e referenciada por Alarcão (1992/1996).

Estas actividades são, num contexto de prática, realizadas maioritariamente em “relação com”, ou seja, o aluno, ao longo do seu curso, nos diversos estágios, vai realizando actividades gradualmente mais complexas, mas que exigem, desde o início, o estabelecimento de relações **interpessoais** diversas, que vão desde a relação com o profissional da prática clínica que o supervisiona, às relações com os utentes e família, ou com os restantes elementos da equipa de saúde.

Na perspectiva de Bronfenbrenner (1979) sempre que uma pessoa, num determinado ambiente, presta atenção às actividades de outra pessoa, ou participa nessas actividades, existe uma relação. Quando essa participação é bidireccional, define o autor que se estabelece uma *díade*, considerando ainda que esta é importante no processo de desenvolvimento, pois que “it serves as the basic building block of the microsystem, making possible the formation of larger interpersonal structures – triads, tetrads, and so on” (Bronfenbrenner, 1980:56).

Em termos funcionais esta díade pode assumir três formas diferentes: díade observacional, díade de actividade conjunta e díade primária, que se constituem, por esta ordem, com potencial crescente para fomentar o desenvolvimento³⁴.

Em contexto de ensino clínico, podemos salientar o estabelecimento de díades, sobretudo entre aluno e supervisor, desde o início de cada estágio (e também de forma longitudinal, ao longo do curso). Assim, consideramos que se estabelece uma **díade observacional**, desde que o aluno observe as actividades do supervisor (fase inicial de demonstração), e que este reconheça o interesse do aluno demonstrado pelas mesmas.

Esta díade vai tendencialmente evoluindo para a participação conjunta de supervisor e aluno, nas diversas actividades – **díade de actividade conjunta**, desenvolvendo um trabalho em equipa. Mas, esta evolução e os resultados da mesma dependem, na perspectiva de Bronfenbrenner (1979), das características que a esta pode deter, ou seja, da existência de três características: de *reciprocidade*, *equilíbrio de poder* (*balance of power*) e *relação afectiva*.

A *reciprocidade* existe sempre que cada elemento influencia de alguma forma o outro. Esta influência conjunta gera um movimento próprio, que motiva os participantes (aluno e supervisor) a envolverem-se em padrões de actividades cada vez mais complexos, produzindo, assim, resultados positivos no processo de desenvolvimento do aluno.

³⁴ - Considerando a perspectiva de Schön, sobre estratégias de formação, podemos considerar que se existe alguma relação entre a mesma e as díades, referidas por Bronfenbrenner, ou seja: a díade observacional e a estratégia – *follow me*; a díade de actividade conjunta e a *joint experimentation*.

Apesar de existir reciprocidade, há situações em que um dos elementos da relação “domina” o outro elemento. No início, o supervisor “domina” o aluno mas progressivamente vai-se estabelecendo um equilíbrio de poder. Este equilíbrio de poder é particularmente promotor do desenvolvimento do aluno quando gradualmente se verifica uma transferência desse poder para o mesmo.

No decurso da interação na díade vai-se construindo de certo modo uma *relação afectiva* entre aluno e supervisor, que se acentua mais na díade de actividade conjunta e que pode ser positiva, negativa, assimétrica ou ambivalente, podendo assim constituir-se como promotora ou inibidora do desenvolvimento de competências do aluno.

Se esta relação afectiva evolui no sentido positivo e recíproco, aumenta, na opinião do autor, a probabilidade de ocorrências de processos desenvolvimentais, facilitando ainda a formação da **díade primária**, que se caracteriza por a relação continuar a existir para ambos os membros da díade, mesmo quando não se encontram juntos.

Na relação supervisor-aluno esta díade emerge na medida em que o aluno sente e se refere ao supervisor como o profissional de referência no seu processo de desenvolvimento: “Such dyads are viewed as exerting a powerful force in motivating learning and steering the course of development, both in presence and absence of other person.” (Bronfenbrenner, 1980:58).

Como forma de apresentar as propriedades e os princípios diádicos o autor elabora hipóteses³⁵ que pretendem estudar o impacto presumido dos diferentes tipos de díade no desenvolvimento da pessoa e as condições óptimas para o processo de aprendizagem, das quais destacamos:

“Hypothesis 4

The developmental impact of dyad increases as a direct function of the level of reciprocity, mutuality of positive feeling, and a gradual shift of balance of power in favour of developing person” (Bronfenbrenner, 1980:59).

“Hypothesis 7

Learning and development are facilitated by participation of developing person in progressively more complex patterns of reciprocal activity with whom that person has developed a strong and enduring emotional attachment and when the balance of power gradually shifts in favour of the developing person.” (Bronfenbrenner, 1980:60).

³⁵ - Pelas características do nosso estudo, não é nosso propósito testar as hipóteses apresentadas por Bronfenbrenner contudo, ao pretendermos apresentar a sua perspectiva, de forma clara, utilizamos a terminologia que o mesmo utiliza ao longo dos seus trabalhos nomeadamente *definições* e *hipóteses*.

Para além desta relação em díade, a perspectiva ecológica pressupõe que, num ambiente onde estão presentes mais do que duas pessoas, se deve considerar a influência que terceiros pessoas podem ter sobre a interacção entre os membros da díade, sendo designados como *efeitos de segunda ordem*. Em contexto de prática clínica, a terceira pessoa, o utente, está presente no decurso da maior parte das actividades e, por isso, devemos ter em conta a sua influência mais ou menos directa na interacção da díade supervisor-aluno. Nesta situação poderemos referir que constituem um sistema N+2. Neste sistema o autor considerou, como hipótese, o impacto de uma terceira pessoa no funcionamento da díade:

“Hypothesis 8

The capacity of a dyad to function effectively as a context of developmental depends on existence and nature of other dyadic relationships with parties. The developmental potential of the original dyad is enhanced to extent that each of these external dyads involves mutually positive feelings and the third parties are supportive of developmental activities carried on in the original dyad. Conversely, the developmental potential of dyad is impaired to the extent that each of the external dyads involves mutual antagonism or the third parties discourage or interfere with the developmental activities carried in original dyad.” (Brofenbrenner, 1980:77)

Quanto aos **papéis**, o autor salienta que, numa perspectiva ecológica, os mesmos não se referem apenas ao comportamento esperado de uma pessoa que ocupa uma determinada posição ou “*status*”, mas englobam ainda a reciprocidade, os seja os comportamentos dos outros em relação a essa pessoa.

“Definition 14

A role is a set of activities and relations expected of persons occupying a particular position in society and of others in relation to that person.” (Brofenbrenner, 1980:85)

“Hypothesis 9

The placement of a person in a role tends to evoke perceptions, activities and patterns of interpersonal relation consistent with expectations associated with that role as they pertain to the behaviour both of the person occupying the role and others with respect to that person.” (Brofenbrenner, 1980:92)

Neste sentido as expectativas não se referem apenas ao conteúdo das actividades que o aluno vai desenvolver, mas também às relações diádicas estabelecidas, nomeadamente entre este e o supervisor clínico, no que se refere ao grau de reciprocidade, ao equilíbrio de poder e à relação afectiva.

Na sua passagem do período de “ensino teórico” para o contexto de ensino clínico, o aluno passa de um papel de “ser cuidado”, para um papel de “cuidador”

sucedendo-se assim diversas **transições ecológicas** à medida que vai assumindo e alargando os seus papéis (de aluno, de colega de grupo, de colega de equipe) e desempenhando funções cada vez mais diversas, mais complexas e de maior responsabilização (que necessitam de diversos níveis de apoio e supervisão). Esta óptica é, em nosso entender, congruente com o conceito de transição, definido como conceito central do domínio de enfermagem, referido por Meleis (1997) e com a teoria das transições apresentada Meleis *et al*, (2000), com enfoque para a enfermagem.

Bronfenbrenner (1979) considera que esta interacção com os diversos sujeitos, também eles com diversos papéis, que implica da parte do aluno o desempenho de papéis diferentes, promove o desenvolvimento de uma “identidade mais complexa”. Podemos dizer que, neste contexto de ensino clínico, promove o desenvolvimento de competências nomeadamente no que se refere à dimensão comunicacional e atitudinal.

O mesosistema

“Definition 3

A mesosystem comprises the interrelations among two or more settings in which the developing person participates (such as, for a child, the relations, among home, school, and neighborhood peer group; for an adult, among family, work, and social life).”
(Bronfenbrenner, 1980:25)

O Mesosistema “tem a ver com as inter-relações entre contextos em que o indivíduo participa activamente. Assim o mesosistema pode ser visto como um sistema de microsistemas.” (Portugal 1992). Pode ser entendido como um “plasma” através do qual se deslocam os diferentes sistemas que se relacionam mais ou menos directamente com a pessoa.

No que se respeita ao mesosistema, o autor utiliza conceitos básicos semelhantes aos do microsistema: actividades, papéis e relações interpessoais, que variam no grau de reciprocidade, de equilíbrio de poder e de relações afectivas. Todavia este é caracterizado como o conjunto de interacções entre dois ou mais ambientes (microsistemas) em que a pessoa – o aluno, participa activamente. O autor identifica claramente quatro tipos de interacção que mostraremos por referência à situação dos ensinamentos clínicos:

- *Participação multiambiente* - quando o aluno participa activamente em actividades que tem lugar em mais do que um ambiente, nomeadamente no local de estágio (acompanha doente ao bloco operatório), na escola, na família. Esta participação foi definida como uma rede social directa ou de primeira linha.

- *Ligação indirecta* – quando o aluno não participa directamente num determinado ambiente, mas tem uma ligação forte por intermédio de terceira pessoa. Em contexto de ensino clínico, o aluno, que está num determinado serviço, mantém esta ligação indirecta com um outro serviço, onde outro aluno do curso está a estagiar e, sobre o qual lhe transmite informação ou informações que pretenda obter sobre o seu utente, que possam circular entre os diversos serviços de uma instituição (bloco operatório, serviço de imagiologia, medicina física e reabilitação...)

- *Comunicação interambiente* – comunicação que se estabelece entre diferentes ambientes através de diversos canais, nomeadamente as aplicações informáticas de informação de processo clínico – SAPE; SAM, ALERT, SINUS e que o aluno pode aceder para dar continuidade aos cuidados que presta aos utentes.

- *Conhecimento interambiente* – informação ou conhecimento antecipado que o aluno pode obter de um serviço (local), onde possa estagiar, que lhe pode ser fornecida por colegas de grupos anteriores, por relatórios, ou dados do conhecimento geral.

Em contexto de ensino clínico é frequente o aluno interagir com mais do que um ambiente, no decorrer das suas actividades diárias, nomeadamente em contexto de internamento em que, com muita frequência, transita informação clínica entre os diversos serviços da instituição, ou mesmo a transição do utente pelos diversos serviços, por exemplo: ida do doente pelo qual o aluno é responsável ao bloco operatório para intervenção cirúrgica durante 4 horas. O aluno pode acompanhar o doente e neste caso pode participar activamente nos dois ambientes – *participação multiambiente*. Pode também acontecer que o aluno não permanece com o doente no bloco operatório mas acompanha-o até esse serviço, transmite informação pertinente sobre o doente à equipe e após a intervenção cirúrgica acompanha o doente do bloco operatório para o serviço de internamento; neste caso recebe da equipa directa, ou indirectamente a informação necessária para dar continuidade aos cuidados de enfermagem de que o doente necessita.

Esta transição entre dois ou mais ambientes pode ser facilitada se o aluno não fizer o contacto inicial sozinho (**hipótese 27**), ou seja, se a primeira vez que conduzir um doente ao bloco operatório for acompanhado por um outro profissional, do serviço onde está a estagiar, que lhe vai fornecendo informação sobre o serviço, de forma a que ele detenha um *conhecimento interambiente*.

Esta interacção entre os diversos ambientes pode ainda, de acordo com a **hipótese 28**, ser promotora de um maior desenvolvimento se “as exigências de papel nos diferentes ambientes são compatíveis e se os papéis, actividades e díades em que a pessoa se envolve encorajam o desenvolvimento da confiança mútua, de uma orientação

positiva, de um consenso de objectivos entre os ambientes e de um equilíbrio de poder que evolui em favor da pessoa desenvolvente.” (Bronfenbrenner 2002:163)

Para além disso, o autor atesta, na **hipótese 29** que há uma relação directa entre o desenvolvimento e o número de contextos diferentes em que a pessoa participa sobretudo se essa participação envolve actividades conjuntas com indivíduos mais maduros ou experientes.

O exosistema

“Definition 4

An exosystem refers to one or more settings that do not involve the developing person as an active participant, but in which events occur that affect, or are affected by, what happens in settings containing the developing person.” (Bronfenbrenner, 1980:25)

O **exosistema** foi definido pelo autor como sendo constituído por um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa como participante activo, mas onde ocorrem eventos que influenciam (ou são influenciados por) os contextos imediatos em que a pessoa participa e consequentemente a podem influenciar.

O desenvolvimento do aluno em contexto de ensino clínico pode, para além do já referenciado anteriormente, ser influenciado por sistemas com os quais não interage directamente mas que podem ser marcantes para o seu desenvolvimento. Para isso é necessária estabelecer uma sequência causal que envolva pelo menos duas fases: “uma primeira, ligando os acontecimentos que ocorrem ao nível do exosistema com os processos que ocorrem ao nível do microsistema; a segunda, ligando estes processos com as modificações que ocorrem a nível do sujeito”. (Portugal 1992:95)

Neste sentido, entendemos que, relativamente às instituições onde decorrem os ensinamentos clínicos, a filosofia e os modelos de gestão de cada instituição assim como os recursos humanos e matérias adstritos às mesmas podem ser influenciadores do desenvolvimento de competências dos alunos, porquanto determinam a dinâmica de cada serviço, do qual salientamos: a prática de cuidados, o relacionamento multidisciplinar, a formação e a investigação.

Ressaltam ainda no mesosistema aspectos relacionados com a “escola”, que são determinantes para o desenvolvimento do aluno e dos quais salientamos, o currículo do curso, que define a “organização temporal” dos ensinamentos clínicos assim como a filosofia dos mesmos, condicionadores dos modelos de protocolo de colaboração interinstitucional. A importância deste relacionamento interinstitucional é evidente, sobretudo, no que se refere ao modelo de acompanhamento dos alunos em contexto de ensino clínico, determinando as dinâmicas de supervisão, nomeadamente quanto às

estratégias supervisivas a utilizar com vista à promoção do desenvolvimento das competências dos alunos e que pode ser determinada pelo “empowerment” dos profissionais da prática relativamente à formação dos mesmos.

O macrosistema

“Definition 5

The macrosystem refers to consistencies, in form and content of lower order systems (micro-, meso-, and exo-) that exist, or could exist, at the level of the subculture or the culture as a whole, along with any belief systems or ideology underlying such consistencies.” (Bronfenbrenner, 1980:26)

O **Macrosistema** “difere do exosistema 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). Consideramos assim que podem exercer influência indirecta sobre o desenvolvimento das competências do aluno: O sistema político, que determina as políticas de saúde e as políticas de formação em cada momento; as culturas em que o aluno está inserido; as ideologias; a religião que professa, ou as várias com as quais contacta (utente, profissionais, docentes).

A relação entre todos estes sistemas, e o modo como o aluno interage com eles, pode determinar a prática do aluno em ensino clínico e, deste modo, ser factor facilitador ou inibidor do desenvolvimento das suas competências.

Em síntese, podemos salientar que esta perspectiva inicial de Bronfenbrenner (1979) expressa em, *The Ecology of Human Development* resultou da sua preocupação com estudos anteriores de desenvolvimento humano que, na sua óptica, eram realizados “fora do contexto”, pois tinham como foco a pessoa em desenvolvimento mas considerando o contexto como restrito e estático. Assim, este modelo ecológico constituiu-se como um marco teórico e metodológico no qual o autor procura dar enfoque aos contextos, enquanto elementos dinâmicos no processo de desenvolvimento humano, mas privilegiando do mesmo modo as interacções que podem ocorrer entre a pessoa em desenvolvimento e os diferentes sistemas com que interage directa ou indirectamente.

... A evolução

Podemos considerar, na elaboração desta perspectiva, uma segunda fase, composta por uma série de trabalhos, individuais (Bronfenbrenner, 1986, 1988, 1989,

1992, 2001, 2005), ou em conjunto com outros autores (Bronfenbrenner & Crouter 1983; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Bronfenbrenner & Evans, 2000), que desenvolvem criticamente o modelo original e que culminam com a proposta de **Modelo bioecológico de desenvolvimento humano** (Bronfenbrenner, & Morris 1998).

Em 2005³⁶, Bronfenbrenner faz uma análise crítica dos trabalhos realizados ao longo de décadas, da sua evolução e das influências a que foi sujeito. A principal crítica que o autor faz em relação ao modelo original é que este atribuía uma maior ênfase ao ambiente no desenrolar do desenvolvimento, conferindo menor atenção aos processos individuais. Na evolução observada, o autor atribuiu aos *processos* uma posição central, de maior destaque, mas refere os restantes elementos, *pessoa, contexto e tempo*, como importantes, enquanto elementos estruturantes da interligação que possa existir entre todos, ou seja, salienta que cada um dos elementos, *per si*, não terá grande significado. Só quando conjugados entre si os quatro elementos se constituem como promotores do desenvolvimento humano.

Neste processo evolutivo, que decorreu durante mais de duas décadas, salientamos como marcos evolutivos:

- O seu trabalho com Crouter em 1983, donde resulta a proposta de um paradigma de investigação capaz de evidenciar os processos de desenvolvimento da pessoa, as forças que possam emergir sobre ela vindas dos diferentes ambientes e, ainda, compreender os resultados dessa interação, entre a pessoa e os contextos e sobre o qual referem: “In the light of these defining properties, we refer to this evolutionary paradigms as a *person-process-context model*, since it takes into account the characteristics of each of these elements and interaction among them” (Bronfenbrenner e Crouter, 1983:376);

- A utilização do conceito de *Chronosystem models*, em 1986, como um tipo particular de desenho de investigação, para estudar o desenvolvimento humano afirmando que a maioria dos estudos empíricos não evidencia o factor tempo, não permitindo assim observar os efeitos cumulativos das transições, que ocorrem ao longo da vida.

- Em 1992, a redefinição das proposições teóricas e a renomeação da sua perspectiva como *Ecological Systems Theory*, na qual merecem realce a alteração à definição 1, da teoria inicial em que é introduzido o conceito - *throughout the life course*,

³⁶ Salientamos que neste trabalho - *Making Human Beings Human*, para além da análise referida, o autor reeditou alguns dos seus trabalhos anteriores, dos quais destacamos (pela referência que faremos ao longo do texto): *Interacting Systems in the Human Dvelopment, Research Paradigms: Present and Future*, (1988); *The Developing Ecology of Human Development: Paradigms Lost or Paradigms Regained*, (1989); *Ecological Systems Theory*, (1992)

que se interliga com a alteração da definição de desenvolvimento humano “as the phenomenon of constancy and change in characteristics of person over the life time.” (Bronfenbrenner, 2005:107).

“**Definition 1.** The ecology of human development is the scientific study of progressive, mutual accommodation, *throughout the life course*, between an active, growing human being and the changing properties of immediate setting in which the developing person lives, as this process is affected by relations between these setting, and by the larger contexts in which the settings are embedded.” (Bronfenbrenner, 2005:107)

Nesta fase o autor redefine os conceitos de micro e macrosistema.

Relativamente ao **microsistema** acrescentou a relevância da participação de outras pessoas, com características diversas nomeadamente no que se refere ao temperamento, à personalidade e às crenças: “A microsystem is a pattern of activities, roles, and interpersonal relations experienced by the developing person in a given setting with particular physical and material features *and containing other persons with distinctive characteristics of temperament, personality, and systems of belief.*” (Bronfenbrenner, 2005:148)

Quanto ao **macrosistema**, o autor afirma que o mesmo “consists of overarching pattern of micro-, meso-, and exosystems characteristics of a given culture, subculture, or other broader social context, *with particular reference to developmentally instigative belief systems, resources, hazards, lifestyles, opportunity structures, life course options, and patterns of social interchange that are embedded in such overarching systems.*” (Ibidem, 2005:149). O que pode assim ser entendido como uma marca social de uma cultura ou subcultura ou de um contexto social mais alargado.

Também se evidencia, neste trabalho de 1992, a importância das características da pessoa em desenvolvimento, que o autor designa de “**Properties of the Person from an Ecological Perspective**”, e que englobam a *cognição em contexto*, as *características sócio-emocionais e motivacionais*. Este é, em nosso entender, um aspecto importante no processo de supervisão dos alunos em contexto de ensino clínico, porquanto os ensinamentos clínicos são espaços de formação geradores de diversos sentimentos e emoções, que implicam um acompanhamento específico de cada aluno.

Associado à *cognição em contexto* emerge o conceito de competência, que o autor subdivide em três níveis: “1. *Competence as an achieved status*; 2. *Competence evaluated within the setting*; 3 *Competence as the mastery of culturally defined, familiar activities in everyday life.*” (Bronfenbrenner, 2005:122), dos quais salientamos, o primeiro e o segundo, como mais pertinentes para o nosso estudo.

1. *Competence as an achieved status* - a competência que é avaliada em função do seu status (aluno) no ambiente em que ele está inserido (contexto clínico) e dos resultados esperados.

2. *Competence evaluated within the setting* – é a competência pessoal avaliada em função de dois elementos: o primeiro diz respeito à competência cognitiva geral (avaliada pelo supervisor e docente que, no contexto, têm responsabilidade específica para essa avaliação) e o segundo refere-se à capacidade para se relacionar com os outros elementos da equipa, para executar tarefas, nos diferentes contextos em que participa.

Além desta competência cognitiva, Bronfenbrenner (1992) referiu-se ao temperamento, ao carácter e à personalidade como competências pessoais. Acrescentou, ainda, que nenhuma destas características da pessoa existe ou exerce influência no desenvolvimento de forma isolada. Cada característica da pessoa está intrinsecamente envolvida e encontra os seus significados em cada ambiente em particular. Como resultado, há sempre um jogo entre as características psicológicas da pessoa e as de um ambiente específico, uma não pode ser definida sem referência à outra³⁷.

Em contexto de ensino clínico podemos transpor esta perspectiva de competência do aluno e ir avaliando a sua evolução, contudo, no nosso estudo os objectivos não se prendem especificamente com as características individuais de cada aluno, mas sim com factores que influenciam um grupo de alunos de uma forma global.

Desta evolução da perspectiva do autor, referenciamos como elementos a reter para a compreensão do desenvolvimento do aluno e que não estavam explícitos na teoria inicial, a introdução do factor tempo e uma maior importância a atribuir aos contextos, à interacção da pessoa com os mesmos (processos proximais) e ainda, às características da pessoa.

...O Modelo Bioecológico

A perspectiva de Bronfenbrenner e Morris (1998) é o culminar de quatro décadas de desenvolvimento de uma teoria, resultante de trabalhos individuais ou em conjunto com outros autores.

³⁷ - "Principle 4. No characteristic of the person exists or exerts influence on development in isolation. Every human quality is inextricably embedded, and finds both its meaning and fullest expression, in particular environmental settings, of which the family is a prime example. As result, there is always an interplay between the psychological characteristics of the person and of a specific environment; the one cannot be defined without reference to the other." (Bronfenbrenner, 2005:146)

Neste modelo as diferentes formas de interação entre as pessoas não são tratadas apenas como uma função do ambiente, mas como uma função do processo, que é definido em termos da relação entre o ambiente e as características da pessoa em desenvolvimento e ainda em interação com o tempo. Assim, os autores, neste modelo que referem estar ainda em evolução, propõem uma recombinação dos principais componentes do modelo ecológico com novos elementos em relações mais dinâmicas e interactivas, passando a ser denominado como Modelo Bioecológico (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

O conceito de *desenvolvimento humano* é definido como “the phenomenon of continuity and change in the biopsychological characteristics of human beings both as individuals and group. The phenomenon extends over the life course across successive generations and through historical time, both past and present.” (Bronfenbrenner, 2005:3), e os autores pressupõem que o mesmo seja estudado através da interação de quatro núcleos inter-relacionados: **o Processo, a Pessoa, o Contexto e o Tempo**, (PPCT), (Bronfenbrenner & Morris, 1998, Bronfenbrenner, 2005).

“(a) the developmental *process*, involving the fused and dynamic relation of the individual and context; (b) the *person*, with his or her individual repertoire of biological, cognitive, emotional, and behavioural characteristics; (c) the context of human development, conceptualized as the nested levels, or systems, of the ecology of human development he has depicted (Bronfenbrenner, 1977,1979); and (d) time, conceptualized as evolving the multiplies dimensions of temporality – for example, ontogenetic time, family time, and historical time – constituting the chronosystem that moderates change across the life course (e.g., Elder, 1998).” (Bronfenbrenner 2005:xv)

A compreensão do desenvolvimento do aluno do CLE, em contextos de ensino clínico, à luz desta perspectiva, é agora facilitada porque nos permite ter um olhar sobre a globalidade dos aspectos que podem estar presentes como influenciadores do desenvolvimento das suas competências.

De acordo com os autores a primeira componente do modelo é o **processo**, “More specifically, this construct encompasses particular forms of interaction between organism and environment, called *proximal process*, that operate over time and are posited as primary mechanisms producing human development. However, the power of such process to influence development is presumed, and shown, to vary substantially as a function of the characteristics of the developing Person, of the immediate and more remote *environmental Contexts*, and the *Time* periods, in which the proximal processes take place.” (Bronfenbrenner e Morris, 1998:994)

O **processo** é destacado como o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento, e é entendido como processo de interação recíproca,

progressivamente mais complexa, de um ser humano activo, bio-psicologicamente em interacção com as pessoas, objectos e símbolos, presentes no seu ambiente imediato.

Para ser efectiva, esta interacção tem que ocorrer numa base regular e em períodos prolongados de tempo. Estas formas de interacção no ambiente imediato são designadas, neste modelo, por processos proximais (*proximal process*).

Este constructo surge com a primeira de duas proposições definidas como propriedades do modelo:

“Proposition I

Especially in its early phases, but also throughout the life course, human development takes place through processes of progressively more complex reciprocal interaction between an active, evolving biopsychological human organism and the persons, objects, and symbols in its immediate external environment. To be effective, the interaction must occur on a fairly regular basis over extended periods of *time*. Such enduring forms of interaction in immediate environment are referred to as *proximal process*.”
(Bronfenbrenner & Morris, 1998:996)

Em contexto de ensino clínico, entendemos estes processos proximais como as relações que o aluno estabelece, os papéis e as actividades em que se envolve, desde que se verifiquem com alguma regularidade e por um período de tempo significativo.

Apesar de os autores nos apresentarem individualmente cada um dos elementos do modelo, entendem que o mesmo só existe na medida em que coexistem os quatro elementos, ou seja, não podemos observar cada elemento de *per si*, mas sim em interligação constante. Só assim se realizam os processos proximais.

Como já salientámos os autores presumem que os *processos proximais* são como máquinas ou motores do desenvolvimento humano e variam em função das características da pessoa, dos contextos e dos períodos de tempo em que ocorrem.

Bronfenbrenner e Morris (1998:996) definem como segunda propriedade do modelo, a forma, a força, o conteúdo e a direcção dos processos proximais na sua relação com a pessoa, os processos os resultados e o tempo.

“Proposition II

The form, power, content, and direction of the proximal processes effecting development vary systematically as a joint function of the characteristics of the *developing person*; of the *environment*—both immediate and more remote—in which the processes are taking place; the nature of the *developmental outcomes* under consideration; and the social continuities and changes occurring over *time* through the life course and the historical period during which the person has lived.”

Porquanto, neste modelo bioecológico o conceito de processo proximal tem um significado específico e uma grande relevância no processo de desenvolvimento, os autores definem para o mesmo (Ibidem, 1998:996), as seguintes características:

- “1. For development to occur, the person must engage in an activity.
2. To be effective, the activity must take place "on a fairly regular basis, over an extended period of time." For example, this means that in the case of young children, a weekend of doing things with Mom or Dad does not do the job, nor do activities that are often interrupted.
3. Why not? One reason is that, to be developmentally effective, activities must continue long enough to become "increasingly more complex." Mere repetition does not work.
4. Developmentally effective proximal processes are not unidirectional; there must be influence in both directions. In the case of interpersonal interaction, this means that initiatives do not come from one side only; there must be some degree of reciprocity in the exchange.
5. Proximal processes are not limited to interactions with people; they also can involve interaction with objects and symbols. In the latter circumstance, for reciprocal interaction to occur, the objects' and symbols in the mediate environment must be of a kind that invites attention, exploration, manipulation, elaboration, and imagination.”

À luz desta perspectiva podemos afirmar que as características dos alunos são desde logo influenciadoras do desenvolvimento de competências mas simultaneamente são produto desse mesmo desenvolvimento:

“characteristics of person actually appear twice in the bioecological model - first as one of the four elements influencing the "form, power, content, and direction of the proximal process," and then again as "developmental outcomes"; that is, qualities of the developing person that emerge at a later point in time as the result of the joint, interactive, mutually reinforcing effects of the four principal antecedent components of the mode. In sum, in the bioecological model, the characteristics of the person function both as an indirect producer and as a product of development.” (Bronfenbrenner 2005: xix)

Refere o autor, em 2005, que na teoria bioecológica, tal como em outras teorias de desenvolvimento humano, as relações entre um indivíduo activo e os contextos activos, constituem o processo básico do desenvolvimento.

Em síntese, as relações entre um indivíduo activo e o seu contexto, os diferentes níveis ecológicos, constituem a força condutora do desenvolvimento humano, que se prolongam no decurso da vida humana (The course of human life).

Os ensinamentos clínicos são, como já foi referenciado, períodos de tempos em que o aluno faz a sua aprendizagem em contextos reais, numa aproximação à prática profissional (desenvolvimento de competências, socialização à profissão, criação de identidade profissional). Neste período de formação encontram-se todos os elementos

que, à luz deste modelo, devem estar presentes para que se desenvolvam processos proximais.

Ora vejamos. Desde o início do ensino clínico que o aluno se envolve em actividades. Inicialmente essas actividades são apenas de observação das práticas dos profissionais dos serviços, na prestação de cuidados de enfermagem/saúde, constituindo-se como díade observacional mas, no decurso do estágio clínico, o aluno constitui, quase sempre com o supervisor clínico (ou outro profissional) uma díade de actividade conjunta envolvendo-se em actividades inerentes à prestação de cuidados progressivamente mais complexas. Esta envolvência pressupõe logo à partida a interacção dos diversos elementos (PPCT): aluno/supervisor/utente; as características dos contextos do estágio; a duração do estágio e o processo decorrente da interacção entre todos os elementos.

À medida que o ensino clínico decorre no tempo, verifica-se uma maior reciprocidade nas relações interpessoais assim como a presença de reflexão sobre todo o processo. Esta reflexão, por sua vez, ajuda no desenvolvimento do aluno ao permitir-lhe olhar a realidade, discuti-la e, eventualmente, alterar as suas actividades num sentido de crescimento e desenvolvimento que o seu próprio papel de aluno implica.

No que se refere à natureza dos resultados evolutivos, Bronfenbrenner e Morris (1998) afirmam que os processos proximais podem produzir, na pessoa, dois tipos de efeitos: competência e disfunção.

A **competência** é entendida como a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidade para conduzir e direccionar o seu próprio comportamento através de situações e domínios evolutivos, tanto isoladamente como em combinatórias entre eles (intelectual, físico, sócio-emocional, motivacional e artístico). A **disfunção** está relacionada com as dificuldades em manter o controlo e a integração do comportamento em situações e diferentes domínios do desenvolvimento (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

A competência ou disfunção podem, assim, ser observadas no aluno no decurso do ensino clínico e ao longo do Curso, nos diversos ensinamentos clínicos, e estão, dependentes da natureza do ambiente onde eles ocorrem.

O segundo componente do modelo bioecológico – a **pessoa** (aluno) é analisado através das suas características determinadas bio-psicologicamente e das construídas na sua interacção com o ambiente (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Bronfenbrenner 2005). Nesta perspectiva é realçada a importância das características do indivíduo em desenvolvimento, tais como as suas convicções, o seu nível de actividade, o seu temperamento, os seus objectivos e motivações.

Assim, os autores definem três tipos de características da pessoa que influenciam e moldam o curso do seu desenvolvimento, por poderem influenciar a direcção e o poder

dos processos proximais: Disposições, Recursos bioecológicos e Características de demanda³⁸.

“Three types of Person characteristics are distinguished as most influential in shaping the course of future development through their capacity to affect the direction and, power of proximal processes through the life course. The first are *dispositions* that can set proximal processes in motion in a particular developmental domain and continue to sustain their operation. Next are bioecological *resources* of ability, experience, knowledge, and skill required for the effective functioning of proximal processes at a given stage of development. Finally, there are *demand* characteristics that invite or discourage reactions from the social environment of a kind that can foster or disrupt the operation of proximal processes. The differentiation of these three forms leads to their combination in patterns of Person structure that can further account for differences in the direction and power of resultant proximal processes and their developmental effects. (Bronfenbrenner & Morris, 1998:995)

As *disposições*, são características que podem colocar os processos proximais em movimento e sustentam a sua operação. Estas disposições foram, por sua vez, caracterizadas como desenvolvimentalmente geradoras e desenvolvimentalmente disruptivas (Bronfenbrenner & Morris, 1998):

- Desenvolvimentalmente geradoras - actuam no sentido de promover a curiosidade, a tendência para se envolver em actividades individuais ou com terceiros, a disposição para responder às iniciativas de outros, não procurando a gratificação imediata.
- Desenvolvimentalmente disruptivas – influenciam negativamente a ocorrência dos processos proximais podendo evidenciar dois pólos de acordo com os comportamentos /atitudes que produzem na pessoa:
 - O pólo activo que pode conduzir à impulsividade, à explosividade, à distração ou, em casos mais extremos, à agressão e à violência. De uma maneira geral, indica uma dificuldade para manter controlo sobre as emoções e o comportamento.
 - O pólo passivo que pode levar à apatia, à falta de atenção, à ausência de resposta, ao desinteresse sobre o que a rodeia, ao sentimento de insegurança, à timidez, ou uma tendência generalizada para evitar ou retirar-se de actividades.

Enquanto em ensino clínico, o aluno que tenha quaisquer dessas disposições disruptivas terá dificuldade em envolver-se em processos proximais que requeiram

³⁸ - Na impossibilidade de encontrar na língua portuguesa tradução para o termo – *Demand*, de acordo com o conceito dos autores optámos por utilizar, ao longo do trabalho o termo – *demanda*.

padrões progressivamente mais complexos de interações recíprocas durante um período extenso de tempo e essas atitudes comprometem o seu desenvolvimento.

Os *recursos bioecológicos*³⁹ não estão relacionados com disposições selectivas para a acção, mas constituem activos e passivos biopsicológicos que influenciam a capacidade do organismo se envolver em processos proximais e são identificados como condições que limitam ou inibem a integridade funcional do organismo, tais como, defeitos genéticos, baixo peso no nascimento, deficiência física ou mental (passivos) e capacidades, conhecimentos, habilidades e experiências que, pelo fato de evoluírem durante o curso de vida, ampliam os domínios nos quais os processos proximais podem operar construtivamente (activos).

As características de *demanda (solicitações)*⁴⁰ aparecem no modelo como atributos pessoais, que convidam ou desencorajam reacções do contexto social e que podem fomentar ou inibir os processos proximais e que vão desde aspectos genéticos como a aparência física atractiva *versus* não atractiva, a hiperactividade *versus* passividade, até características demográficas como idade, género ou etnia.

Estas podem ser interpretadas como um potencial que a pessoa em desenvolvimento tem para receber atenção e afecto, por um lado, ou, por outro lado, despertar sentimentos negativos nas pessoas que fazem parte do seu contexto social.

Na opinião de Santana e Koller (2005:120) as diferenças entre as disposições os recursos biológicos e as características de demanda, são muito ténues e por conseguinte muito difíceis de delimitar e estão interligadas com o próprio conceito de desenvolvimento no modelo bioecológico, que é entendido como um processo dinâmico e recíproco de interacção da pessoa com o meio “As características pessoais não poderiam deixar de apresentar, então, esta interacção constante que se observa durante o desenvolvimento. Por isso, quando se fala em habilidades que são recursos, remete-se imediatamente à herança genética, que são as demandas, ou mesmo às tendências individuais de prontidão à aprendizagem, que são as disposições.”

A transposição destes pressupostos para o aluno em contexto de ensino clínico, permite-nos compreender a unicidade de cada aluno e, conseqüentemente, a forma

³⁹ - “are Person characteristics that in themselves involve no selective disposition to action, but constitute biopsychological liabilities and assets that influence the capacity of an organism to engage effectively in proximal processes”. (Bronfenbrenner e Morris, 1998:1011)

⁴⁰ - “The distinguishing feature of this last set of Person characteristics affecting development is their capacity to invite or discourage reactions from the social environment of a kind that can disrupt or foster process of psychological growth”. (Bronfenbrenner e Morris, 1998:1011)

como cada um se vai envolver nas actividades, desempenhar o seu papel de aluno (aprendente de cuidador) e inter-relacionar-se com o meio ambiente.

Estas características, mais ou menos evidentes, podem ainda ser mais ou menos determinantes da evolução do aluno, quando conjugadas com diferentes contextos.

Se pelas suas características o aluno não consegue ultrapassar as suas dificuldades e desenvolver processos proximais, o desenvolvimento das suas competências está comprometido. A compreensão destas características do aluno por parte do supervisor clínico e ou docente pode permitir ajuda-lo a ajustar as suas estratégias de aprendizagem e, conseqüentemente, atingir os seus objectivos pessoais.

Relativamente aos **contextos** (*micro meso, exo e macrosistemas*), os mesmos, são compreendidos, como já vimos aquando da análise do modelo inicial, como os ambientes mais imediatos (microsistema), nos quais vive a pessoa em desenvolvimento, ou os mais remotos (exo e macrosistema), em que a pessoa nunca esteve, mas que se relacionam e têm o poder de influenciar o curso de desenvolvimento humano.

Neste modelo bioecológico evidenciam-se as características do ambiente que favorecem ou interferem com os processos proximais, não só relativamente à interacção com pessoas, mas também com objectos e símbolos, com particular atenção às condições de instabilidade e caos que caracterizam muitos dos ambientes do microsistema da sociedade ocidental dos nossos dias.

Os ensinamentos clínicos são realizados em contexto de serviços de saúde que, por si só, são altamente imprevisíveis e complexos. “Em contraste com a sala de aula, a aprendizagem clínica ocorre num contexto social muito complexo onde se cruzam as lógicas dos utentes, dos formadores, dos enfermeiros e dos alunos; em comparação com o trabalho em sala de aula, o trabalho em contexto clínico possui maior imprevisibilidade.” (Abreu 2003:20).

Estas características muito *sui generis* dos contextos pressupõem, à partida, uma diversidade de interacções a que o aluno está sujeito, reflectindo-se conseqüentemente nos processos proximais que possa desenvolver e estes, por sua vez, estão interligados com os processos decorrentes desta articulação entre elementos.

O quarto elemento do modelo bioecológico o **tempo** permite analisar a influência no desenvolvimento humano, das mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo vital e ao longo da história da humanização, pois o tempo possui a dimensão de ordenar os indivíduos de acordo com a sua idade biológica; mas vai além e identifica e ordena eventos em sua sequência histórica e nos contextos nos quais ocorrem (Copetti e Krebs, 2005).

No modelo bioecológico o tempo surge subdividido em três níveis e que os autores denominaram de microtempo, mesotempo e macrotempo.

“Microtime refers to continuity versus discontinuity within ongoing episodes of proximal process. Mesotime is the periodicity of these episodes across broader time intervals, such as days and weeks. Finally, Macrotime focuses on the changing expectations and events in the larger society, both within and across generations, as they affect and are affected by, processes and outcomes of human development over the life course.”
(Bronfenbrenner e Morris 1998:995)

Nesta perspectiva, os processos proximais, conducentes ao desenvolvimento de competências dos alunos em contextos de ensino clínico, são condicionados pelo **tempo**, na medida em que, da continuidade ou descontinuidade, do envolvimento do aluno em actividades (microtempo) resulta o seu maior ou menor desenvolvimento, ou seja para serem efectivos os processos proximais necessitam de uma determinada continuidade e regularidade. Podemos assim afirmar que esta continuidade pode estar relacionada com a duração de cada ensino clínico, a qual pode ser determinante para o envolvimento do aluno num número significativo de actividades, que lhe permitem atingir o nível de desenvolvimento de competências esperado. Do mesmo modo a periodicidade dos ensinos clínicos (mesotempo) pode ser determinante para o desenvolvimento de competência do aluno, na medida em que, na perspectiva bioecológica, os efeitos cumulativos dos processos proximais resulta da periodicidade dos mesmos.

O macrotempo abrange os eventos, as mudanças em termos sociais, durante gerações; neste âmbito pode também ser condicionador do desenvolvimento das competências, se considerarmos como eventos sociais importantes as mudanças, nas políticas de saúde ou nos paradigmas de formação, ou as concepções de enfermagem.

4.2 – ESPAÇOS DE FORMAÇÃO COMO CONTEXTOS ECOLÓGICOS POR EXCELÊNCIA

A formação, seja ela a que nível for, é sempre realizada num determinado espaço (contexto) e tempo, e este, na perspectiva ecológica que temos vindo a referenciar, emerge como um elemento importante neste processo formativo.

No curso de licenciatura em enfermagem a formação do aluno ocorre em dois tipos de contextos (espaços e tempos de formação), em momento distintos e que se referem ao contexto escola (ensino em sala de aula) e contexto de instituições de prestação de cuidados de saúde.

Reflectindo sobre estes espaços de formação à luz do modelo bioecológico, podemos designá-los como microsistema e, como tal, como espaços onde o aluno desempenha papéis, estabelece relações interpessoais e desenvolve actividades.

Entendemos assim que seja qual for o “espaço de formação” ele pode ser promotor ou inibidor do desenvolvimento de competências do aluno.

Importa ainda ter presente a inserção do aluno no espaço “mundo do ensino superior”. Ao entrar no ensino superior o aluno vai interagindo numa sequência de actividades muito diferentes das que vivenciou até então. Este é agora um “espaço mais alargado”, que lhe permitirá uma visão mais ampla do seu processo de aprendizagem. Esta transição do ensino secundário para o ensino superior é, simultaneamente, uma transição para um “espaço de autonomia e responsabilização” que o aluno vai ter que aprender a gerir.

Na perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1979) vão suceder-se agora, no aluno, inúmeras transições ecológicas relacionadas sobretudo com a instituição académica, com novos paradigmas de ensino aprendizagem, com mecanismos de auto regulação e motivação, com a assunção de novos papéis e o estabelecimento de novas relações interpessoais.

A **instituição académica** é considerada por Tavares (2003:99) simultaneamente como lugar e agente, comunidade de formação: “As instituições, como realidades reflexivas, dinâmicas, flexíveis, resilientes, aprendentes, são entidades muito complexas, pelo que terão que ser analisadas de diferentes pontos de vista ou dimensões, entre as quais poderíamos destacar as seguintes: física, psicológica, social, de organização e gestão, política e cultural, axiológica, etc.”

Na perspectiva do autor, por dimensão física, entende-se os edifícios, o ordenamento, a disposição e design dos espaços, tanto interiores como exteriores, assim como todos os recursos materiais necessários ao desenvolvimento das actividades sob o ponto de vista académico. Constituintes do microsistema do aluno, “Os lugares de trabalho, estudo e de lazer revestem-se de primordial importância na sociedade emergente em que a disposição espacial e a linguagem arquitectónica têm papel muito importante, facilitando, complicando ou, até, impossibilitando as diferentes tarefas e dinâmicas de acção que venham a desenvolver-se no seu interior.” (Tavares 2003:99).

Para além deste espaço físico, a dimensão psicológica e sociológica que o mesmo pode encerrar é, igualmente, importante para o desenvolvimento do aluno. A instituição só está completa quando, para além do espaço físico, existem pessoas que a integram e nela exercem funções e, conseqüentemente, desempenham papéis previamente determinados. Para que isso aconteça “Todos os actores terão de ser

peessoas autênticas, sérias e rigorosas, desenvolvidas e equilibradas cognitivamente, afectiva e relacionalmente, intra e interpessoalmente.” (Tavares 2003:101).

Para que a escola, como comunidade educativa, cumpra a sua missão, todos os actores, professores, alunos e restantes profissionais, “terão que desenvolver relações pessoais e interpessoais saudáveis, equilibradas e, tanto quanto possível, convergentes, amigas, cordiais, não só à luz das regras sociais e éticas de convivência, mas sobretudo em obediência aos grandes princípios que salvaguardam as liberdades e a dignidade da pessoa humana, como a justiça, o respeito, a tolerância e o cuidado com os outros.” (Tavares 2003: 102)

O espaço de formação comporta ainda, na opinião de Tavares (2003), uma dimensão política e cultural, na qual devem ser contextualizadas as dimensões anteriormente referidas.

Por último, refere o autor a importância da dimensão axiológica das instituições de formação, para que a questão dos valores não fique submersa, na imensidão de desafios, solicitações e competição que emergem hoje nas organizações e na sociedade em geral.

Se tudo isto faz sentido para a formação em geral, na formação de profissionais de saúde, este contexto de formação, na sua globalidade, é essencial para que o aluno se desenvolva como futuro profissional, mas também como cidadão activo, dinâmico, autónomo e responsável, onde a vertente humana se desenvolva em paralelo com a vertente técnica. Isto só será possível se, no espaço de formação o aluno encontrar uma realidade na qual se reveja como pessoa e futuro profissional.

Ao ingressar neste “espaço Escola/Universidade” o aluno vai deparar-se também com um **paradigma de ensino aprendizagem** diferente daquele que vivenciou durante o seu percurso de escolaridade.

Na perspectiva actual, no ensino superior, o paradigma de ensino aprendizagem é tendencialmente muito mais centrado no aluno, responsabilizando-o pelo seu processo de aprendizagem e pelo desenvolvimento de competências que lhe permitirão ingressar numa profissão. Mas esta autonomia e responsabilização implicam da parte do aluno a assunção de **mecanismos de auto-regulação**, para não se perderem neste “mundo do ensino superior” e que estão relacionados com o estar fora de casa (sentimentos de insegurança); gerir o novo espaço residencial; gerir o tempo das actividades; gerir as novas solicitações; gerir as novas relações e papéis.

Uma percentagem elevada de alunos ao ingressar no ensino superior, está simultaneamente a “deixar” um espaço onde decorreu todo o seu percurso de vida (casa família) e esta mudança, só por si, vai trazer, pelo menos temporariamente, dificuldades

na integração no novo espaço. O espaço físico em que vai decorrer a maior parte do seu tempo (casa) pode ter que ser repartido agora com outras pessoas (alunos), com características específicas e às quais o aluno terá que se ajustar na sua convivência diária, alterando assim hábitos de vida (horários sono/repouso, alimentação, lazer).

A gestão do tempo das diversas actividades é agora quase exclusivamente da responsabilidade do aluno; contudo, tem que a gerir com outros colegas, nomeadamente quando está implicado em trabalho de grupo. Para além do tempo é no papel de aluno do ensino superior, futuro profissional de determinada área, que o aluno vai sentir grandes alterações. O que lhe é agora exigido é um trabalho responsável com vista a atingir determinado perfil profissional. O seu papel de adolescente “evoluiu” para o papel de adulto. No papel de aluno é agora esperado que participe nas actividades da academia, o que nem sempre é compatível com o papel esperado de aluno com sucesso académico.

Nem sempre o aluno é compreendido, no contexto de todas estas transições e nem sempre o mesmo as ultrapassa de “forma saudável” e de acordo com os resultados esperados, emergindo assim o insucesso académico ou, em casos mais graves, perturbações emocionais que, a não serem identificadas e acompanhadas precoce e correctamente, podem constituir-se como altamente perturbadoras do desenvolvimento pessoal do aluno.

A preocupação das instituições de ensino superior, sobretudo com o considerável nível de insucesso dos alunos, na transição do ensino secundário para o ensino superior, fez emergir diversos projectos de investigação⁴¹ com o objectivo de compreender este facto e encontrar estratégias promotoras da inversão do sentido do mesmo.

Mas o espaço de formação do aluno do Curso de Licenciatura em enfermagem não se reporta unicamente ao espaço físico Escola/Universidade, ele alarga-se também, como já foi referido, a contextos de prática profissional, maioritariamente em Unidades de Saúde (Hospital, Centro de Saúde).

⁴¹ - Como nos refere Tavares (2003), na Universidade de Aveiro estão a decorrer alguns desses projectos dos quais salientamos, o trabalho de Bessa de Oliveira (2006).

Deste trabalho - Descontinuidades na transição entre o secundário e o superior: efeitos das experiências pessoais e contextuais do caloiro universitário na auto-regulação e sucesso académico (apresentado no programa de formação avançada para docentes do ensino superior na Universidade de Aveiro, 2006), emergiram conclusões, das quais salientamos:

“A transição e adaptação dos estudantes ao ES representa:

- (In)congruência e ajustes no desenvolvimento psicossocial;
- Descontinuidades e desafios nas experiências aprendizagem;
- Sintomas detectáveis em vários domínios
- Conjunto vasto e emergente de possibilidades de intervenção

A **auto-regulação académica** não é qualquer coisa que acontece aos estudantes (evento), mas, algo que acontece pelos próprios, dependendo destes também (aptidão).

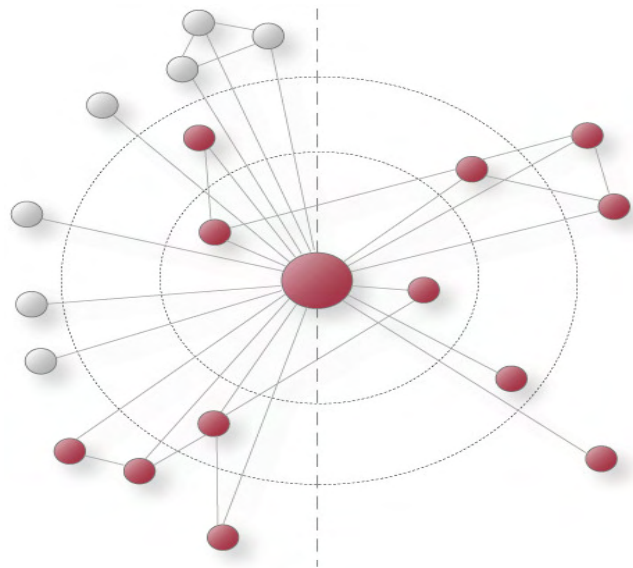
A **Universidade** (lato) para os tempos modernos será aquela que for capaz de albergar as tais meta-competências que levam à transmutação dos conhecimentos nos indivíduos, para uma melhor interpretação e (re)construção do **Mundo** cada vez mais incognoscível, difícil e incerto.”

A importância destes contextos de formação foi já referenciada em ponto anterior deste quadro teórico. Reforçamos aqui a importância dos mesmos, não só pela aproximação à prática profissional e referencial de construção de identidade profissional, mas também pela riqueza das vivências de situações reais, pela sua complexidade, dinâmica e imprevisibilidade, que constituem, no seu conjunto, um campo de aprendizagem por excelência.

A compreensão do espaço de formação traz, assim, uma nova perspectiva à dinâmica desenvolvimental em geral e, neste caso, ao desenvolvimento do aluno. Apesar de termos dado maior ênfase, neste ponto, ao microsistema, referenciando-o como promotor ou inibidor, de forma mais directa, do desenvolvimento do aluno, ele só existe desta forma na medida em que estabelece, com os outros sistemas, interconexões que, no seu conjunto, determinam o processo de desenvolvimento de cada aluno.



**PARTE II –
ESTUDO EMPÍRICO**



**CAPÍTULO I –
METODOLOGIA**

1 – OPÇÕES METODOLÓGICAS

O desenvolvimento de uma disciplina é sempre fortemente marcado pela investigação que é feita nesse domínio. Olhando para o percurso da enfermagem, sobretudo no que se refere aos Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, entre outros países, podemos perceber que a investigação foi marcante para o desenvolvimento da profissão, com a emergência de inúmeras teorias que suportam a prática dos cuidados de enfermagem resultantes da integração da formação em enfermagem em universidades desde a década de 50 e, simultaneamente, resultante da própria prática de cuidados.

No nosso país foi sobretudo a partir de 1991, com a criação do mestrado em Ciências de Enfermagem, na Universidade Católica de Lisboa e no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, na Universidade do Porto que se verificou um maior desenvolvimento na investigação em enfermagem.

A partir desta data (1991), muitas outras universidades do País permitiram aos enfermeiros ingressar em mestrados e doutoramentos em áreas que lhe proporcionassem um desenvolvimento académico e/ou profissional⁴².

O conhecimento resultante dos primeiros trabalhos (teses de mestrado apresentadas até 1998) foi evidenciado por Abreu (2001^a), no seu trabalho de investigação para doutoramento – *Identidade, Formação e Trabalho*, no qual o autor procura, de uma forma global, “dar conta da investigação que no nosso País, os enfermeiros têm produzido sobre as problemáticas da socialização em geral e das identidades em particular e identificar o estado actual do debate sobre essas temáticas.” (Abreu 2001^a:32)

Na sua análise enquadrou os diferentes estudos em três áreas diferentes: Afirmção da Enfermagem como Ciência e Prática Profissional, Modos de Identificação e Modos de Revalorização; Emergência do Debate sobre Formação e Competências.

No mesmo ano, Basto e Magão publicaram um estudo sobre a investigação realizada por enfermeiros portugueses, em contexto de Cursos de Graduação (70), de Mestrados (91) e de Doutoramentos (2), dos quais salientam a sua categorização em: Contexto do Sujeito (52), Contexto da Profissão (36) e Contexto de Acção (102).

No âmbito deste trabalho de investigação encontrámos na pesquisa realizada, diversos trabalhos, integrados em programas de Doutoramento, (Rodrigues, 1997;

⁴² - A alteração da legislação, no que se refere à carreira de enfermagem, com a criação de uma carreira relacionada com a prática de cuidados e uma carreira na área da docência e ainda a criação das Escolas Superior de Enfermagem e a integração do ensino de enfermagem no Ensino Superior Politécnico (Dec. Lei 480/88 de 23 de Dezembro), veio criar a necessidade dos enfermeiros, agora docentes, progredirem na carreira através da obtenção dos graus de mestre e de doutor.

Mendes, 2000; Couto, 2001; Silva, 2001; Dias, 2002; Galvão, 2003; Marques, 2003; Antunes, 2003; Amendoeira, 2003; Nunes, 2004; Ferreira, 2004; Silva 2004; Fernandes 2004; Figueiredo, 2004; Martins 2004; Roxô, 2004^a; Roxô, 2004^b; Ferreira, 2005; Araújo 2005; Cabral, 2005; Jesus, 2005; Lopes, 2005; Sousa, 2005); que perspectivam um desenvolvimento do *corpus* de conhecimento em enfermagem, muito especificamente no que se refere ao contexto Português.

Pelos trabalhos e resumos a que tivemos acesso pudemos perceber que a investigação diverge quanto ao objecto de estudo. É sobretudo centrada: na pessoa (utente dos cuidados) e na percepção decorrente do processo saúde/doença; na prática profissional (cuidados de enfermagem, responsabilidade e autonomia profissional, qualidade de cuidados, competências profissionais); na formação (paradigmas de formação, inter-relação teoria/prática, metodologias e dinâmicas de formação).

Do mesmo modo identificámos diversidade nas abordagens metodológicas utilizadas, encontrando no entanto algum equilíbrio entre abordagens qualitativas e quantitativas, ou mesmo mistas, de acordo com o objecto de estudo e as questões de investigação.

Os dados que emergiram das nossas leituras vão ao encontro dos encontrados por Abreu (2001^a) e Basto e Magão (2001), no que se refere ao foco da investigação realizada em Portugal, tanto no âmbito de Cursos de Pós-Graduação, como de Mestrados e de Doutoramentos, o que reflecte de algum modo a preocupação dos enfermeiros portugueses em dar resposta às necessidades sentidas no âmbito da identidade profissional e, conseqüentemente, do reconhecimento social da profissão; nos contextos de prática clínica, com vista ao desenvolvimento de competências profissionais promotoras de uma melhoria de qualidade de cuidados e no âmbito da formação, no sentido de formar profissionais reflexivos, capazes de acompanhar a evolução sócio-cultural e técnico-científica, com elevado cariz humano.

No que se refere ao nosso trabalho, enquadrado nas Ciências da Saúde, domínio da Enfermagem, o nosso objecto de estudo centrou-se na formação em enfermagem, mais especificamente no contexto de ensino clínico, numa tentativa de identificar, para analisar/compreender os factores que influenciem o desenvolvimento de competências do aluno no referido contexto.

Tomando como ponto de partida que este período de aprendizagem é composto por diversos momentos e ocorre em diferentes contextos organizacionais de prestação de cuidados, será importante compreender de que forma os diferentes factores podem condicionar, positiva ou negativamente, os processos de desenvolvimento das

competências dos alunos ao longo do curso e o modo como este desenvolvimento se processa.

Surgiram assim, neste contexto, as questões de investigação que a seguir se enunciam.

– Como se evidencia nas classificações, e é vivenciado na perspectiva dos diversos actores, o desenvolvimento de competências do aluno do CLE em contextos de ensino clínico?

– Em que termos os elementos do modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e Morris (1998), são vivenciados e valorizados no desenvolvimento de competências dos alunos do CLE em contexto de ensino clínico?

Para dar resposta às questões de investigação formuladas procurámos definir, numa primeira fase, o paradigma de investigação que se afigurava epistemológica e processualmente como mais adequado. Mas a natureza das teorias que ajudam a suportar um estudo e a encontrar o significado do que pretendemos estudar nem sempre emerge como óbvio. Quando pretendemos encontrar a perspectiva teórica e/ou a opção metodológica, o problema reside, não apenas na correcta compreensão das mesmas, mas na pertinência da sua adequação ao estudo a realizar.

Estando o nosso trabalho enquadrado no âmbito da formação em enfermagem e considerando a enfermagem “como uma ciência e uma arte” entendemos que uma metodologia qualitativa combinaria a natureza científica e artística da enfermagem ao mesmo tempo que poderia contribuir para aumentar a compreensão do desenvolvimento pré-profissional dos enfermeiros.

Assim, após alguma reflexão e tomando como nosso objectivo compreender o processo de desenvolvimento de competências do aluno em contexto de ensino clínico, entendemos optar por uma metodologia de investigação qualitativa que, Denzin e Lincoln (2000:3) descrevem como: “qualitative research is a situated activity that locates the observer in the world”. Acrescentam ainda os autores que a investigação qualitativa envolve uma abordagem naturalista e interpretativa do mundo, que os “investigadores qualitativos” estudam as coisas nos seus cenários naturais, tentando compreender, ou interpretar, os fenómenos em termos dos significados que as pessoas trazem para eles.

Em consonância com esta perspectiva, Bogdan e Biklen (1994) afirmam que a investigação qualitativa possui características muito próprias e que, de alguma forma, estavam presentes no nosso projecto de trabalho:

a) Estuda as situações no seu ambiente natural, constituindo-se o investigador como o instrumento principal, “os dados são recolhidos em situação e complementados pela informação que se obtém através do contacto directo. (...) os investigadores frequentam os locais de estudo porque se preocupam com o contexto. Entendem que as

acções podem ser melhor compreendidas quando são observadas no seu ambiente natural.” (Bogdan e Biklen, 1994:47)

b) “A investigação qualitativa é descritiva. Os dados são recolhidos sob a forma de palavras (...) os resultados escritos da investigação contêm citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação”. (Bogdan e Biklen, 1994:48)

Na sua busca de conhecimento, os investigadores tentam analisar, na medida do possível, toda a riqueza dos dados respeitando a forma como estes foram registados e/ou transcritos, o que pode em alguns casos levantar suspeições sobre o seu rigor metodológico ou a sua importância na produção de conhecimento científico.

Sobre esta questão Miles e Huberman (1994)⁴³ defendem que, os resultados dos estudos qualitativos adquirem a qualidade de serem incontestáveis, dado que as palavras, especialmente organizadas em incidentes ou histórias, possuem um significado mais concreto e real oferecendo provas muito mais convincentes para um leitor investigador do que várias páginas apresentando números e testes.

Referem ainda Denzin e Lincoln (2000:3) que “Qualitative research involves studied use and collection of a variety of empirical materials-case study; personal experience; introspection; life story; interview; artefacts; cultural texts and production; observational, historical, interactional, and visual texts-that describe routine and problematic moments and meaning in individuals’ lives”.

Neste nosso trabalho, para dar resposta às questões de investigação era ainda necessário utilizar também uma metodologia quantitativa como forma de complementar os dados resultantes da investigação. Muito embora nem sempre se tenha reconhecido a importância da utilização das duas metodologias, na actualidade esta utilização é entendida como uma complementaridade e, conseqüentemente, como um enriquecimento da investigação, tal como nos refere Lessard *et al* (1990:34): “Miles e Huberman defendem igualmente a tese de um continuum metodológico entre qualitativo e quantitativo, recordando que metodologias neopositivistas (Crook e Campbell, 1979; Cronbach, 1975; Snow, 1974), que favoreciam de início, as abordagens puramente quantitativas, vieram posteriormente a propor investigações que tomam em linha de conta os contextos do objecto e a dimensão interpretativa.”

Encontramos consonância com esta perspectiva, no trabalho de Moraes e La Torre (2006:145). Baseando-se no “Pensamento Complexo de Edgar Morin”, os autores fazem uma abordagem da complexidade da pesquisa em Educação, propondo uma metodologia de desenvolvimento eco-sistémico, sustentada por “determinados princípios

⁴³ “The findings from qualitative studies have a quality of “undeniability”. Words especially organized into incidents or stories have a concrete, vivid, meaningful flavor that often proves far more convincing to a reader – another researcher, a policymaker, a practitioner – than pages of summarized numbers.”(Miles e Huberman, 1994: 1)

epistemológicos e compreendida como sendo um processo de construção de conhecimento, no qual se retomam, em diferentes momentos e de maneira interactiva e recursiva, os objectos, as estratégias e as avaliações feitas, visando melhor compreender a dinâmica processual e as dinâmicas ocorridas.” Assumem a existência de uma dimensão dialógica na pesquisa “que nos faz reconhecer a importância de se estabelecer um diálogo entre pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa, sempre que necessário.” (Moraes e La Torre 2006:151)

Acrescentam ainda os autores que, apesar das diferenças epistemológicas, “o que se recomenda é que todo o enfoque integrador ou multimetodológico exige cautela e prudência metodológica, na tentativa e se evitar que ocorra justaposição de métodos de maneira desordenada.” (Idem).

Na mesma linha de pensamento Zabalza (2004:38) refere que,

“Planteada la cuestión a nivel de controversia de métodos (lo cualitativo frente a lo cuantitativo, lo empírico frente a lo subjetivo) tiene pocas posibilidades de prosperar más allá de las querellas habituales entre investigadores de una e de otra tendencia. (...) La bondad o insuficiencia de un método no es aplicable al método en sí sino al contexto en que se usa; es el propósito que guía su estudio el que definirá la adecuación e no de un método.”

Os objectivos e a natureza do nosso processo de investigação levaram-nos a optar pela utilização do modo de estudo de caso, que Yin (1994:13) define como “an empirical enquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident.” Menciona ainda o autor ser este um método adequado para responder às questões do “como” e do “porquê”, que são questões que subjazem às motivações do nosso estudo.

Nesta perspectiva consideramos a nossa investigação como um estudo de caso, pois que a mesma foi baseada numa análise de fenómenos em diferentes contextos, (desenvolvimento de competências dos alunos em diferentes campos de estágio) em que existiram diversos factores influenciadores, em interacção e, cuja análise de informação foi intensiva e contínua, com vista à atribuição de significação aos dados recolhidos, através de um conjunto de dados oriundos de fontes de informação diversas: observação e análise de documentos, análise de conteúdo de entrevistas, de diários de aprendizagem e diários de acompanhamento e ainda a observação do desempenho dos alunos em diferentes locais de estágio.

O estudo baseia-se numa teoria de desenvolvimento pré-profissional de matriz bronfenbreniana, que determina as questões, a relação entre os dados, as proposições e os critérios para interpretar os dados, tal como pressupõe Yin (1994:20), “For case study,

five components of a research design are especially important: 1. a study's questions, 2. its proposition, if any, 3. its unit(s) of analysis, 4. the logic linking the data to the propositions, and 5. the criteria for interpreting the findings.”

Tomando a unidade de análise como critério, Bogdan e Bikelen (1994) e Yin (1994) consideram ainda dois tipos de estudo de caso, **estudo de caso único**, em que se considera um único caso, e estudo **multi-caso**, em que são considerados dois ou mais casos no estudo. No nosso estudo trata-se de um estudo de caso único: o 2º CLE da ESSUA.

Consideramos ainda a perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (2005)⁴⁴, no que se refere às estratégias de investigação que podem ser utilizadas no *cronosystem design*, para classificar o nosso trabalho como a *short-term longitudinal design*, pois acompanha o percurso dos alunos no seu processo de formação, num período de 4 anos.

Para além dos aspectos já referidos, Yin (1994:32) considera ainda que a qualidade dos estudos de caso, tal como qualquer estudo social empírico, precisa de ser validado. Esta validação, segundo, U.S General Accounting Office (1990), citado por Yin (1994:32) inclui quatro testes: Validade dos Constructos, Validade Interna, Validade Externa e Fidedignidade, aos quais se associam os conceitos de “Trustworthiness, credibility, confirmability and data dependability.”

No seu trabalho, Yin (1994:33) apresenta como factor inovador diferentes tácticas para validar os referidos critérios no caso do estudo de caso assim como as fases do estudo em que as mesmas devem decorrer.

- a) **A Validade dos constructos** pressupõe a existência de uma relação entre medidas e conceitos, ou seja o estabelecimento correcto de medidas a utilizar para os conceitos referenciados teoricamente – *Fase de Colheita de dados e redacção do relatório da pesquisa.*

⁴⁴ Bronfenbrenner (2005:83), na re-edição do seu trabalho de (1988), apresenta os paradigmas do cronosistema definindo assim as suas propriedades, “*Cronosystem Model: its design permits one to identify the impact of prior life events and experiences, singly or sequentially, on subsequent development.*”

Define ainda três tipos de estratégias que podem ser usadas no *Cronosystem design*:

“1. Cross-sectional design in which developmental outcomes are compared between different groups of subjects who have and have not been previously exposed to a particular life experience, with appropriate controls for possibly confounding factors.; (...)

2. A second strategy for implementing a chronosystem model involves a *short-term longitudinal design* in which data are obtained for the same group of subjects both before and after a particular life experience or *life transition.* (...)

3. This same consideration applies with even greater force to the most powerful form cronosystem design, a long-term longitudinal investigation of the often cumulative effects of what Elder (1974) has referred to as *life course.*” (Bronfenbrenner, 2005:84)

Propõe como estratégias para potenciar esta validação, o uso de múltiplas fontes de evidência, o estabelecimento de uma cadeia de evidências e informantes de referência.

- b) **A Validade Interna** refere-se ao estabelecimento de relações causais em que o investigador tenta determinar o que é que o fenómeno x (causa) tem a ver com o fenómeno y (efeitos). No estudo de caso deve analisar-se a coerência interna entre as proposições iniciais, o desenvolvimento da investigação e os resultados encontrados – *Fase da análise de dados*.
- c) **A Validade Externa** estabelece o domínio para o qual as descobertas do estudo podem ser generalizadas. Esta validação tem sido, na opinião de Yin (1994), a principal barreira para a realização de estudos de caso. As críticas mais frequentes são que o estudo de caso único, também frequentemente associado ao conceito de amostra, oferece bases pobres para uma generalização dos resultados. “This analogy to samples and universes is incorrect when dealing with case studies. This is because the survey research relies on statistical generalization, whereas case studies (as with experiments) rely on analytical generalization.” (Yin 1994:36) - *Fase do desenho de Investigação*.
- d) **A Fidedignidade (confiabilidade)** demonstra a consistência dos dados e a estabilidade dos resultados se um outro investigador, posteriormente, repetir os mesmos processos descritos, devendo para tal elaborar-se um protocolo do estudo de caso e desenvolver para o mesmo uma base de dados exhaustiva - *Fase da colheita de dados*.

Nesta perspectiva e como forma de conferir validade ao nosso trabalho utilizámos as estratégias propostas pelo autor, tal como descrevemos e apresentamos no quadro 2.

Quadro 2 – Apresentação das táticas utilizadas para validação do estudo, (de acordo com proposta de Yin 1994).

Testes	Táticas Estudo Caso	Fases da Investigação em que as táticas ocorrem
Validade dos constructos	<p>-> Uso de múltiplas fontes de evidência: diários de aprendizagem, relatórios, entrevistas, diários de acompanhamento, observação, grelhas de avaliação de competências.</p> <p>-> Cadeia de evidências, na ligação estabelecida entre as fontes de evidência, as questões de investigação e a discussão dos resultados.</p> <p>-> Informantes: Alunos e Profissionais dos serviços onde decorriam os estágios clínicos, de forma mais informal, sobre os estágios clínicos e o desenvolvimento do aluno.</p>	<p>-> Colheita de dados</p> <p>-> Colheita de dados</p> <p>-> Colheita de dados</p>
Validade Interna	-> Comparação dos resultados com uma configuração previsível a partir de matriz teórica – sustentada pelo modelo de desenvolvimento bioecológico de Bronfenbrenner e Morris (1998).	-> Análise dos dados
Validade externa	<p>-> Compreender os resultados para uma melhoria da formação dos alunos.</p> <p>-> Confrontar os resultados com estudos semelhantes para possíveis generalizações analíticas.</p>	-> Desenho de investigação
Fidedignidade	<p>-> Organização de protocolo do estudo, com documentação detalhada.</p> <p>-> Elaboração de uma base de dados</p>	<p>-> Colheita de dados</p> <p>-> Colheita de dados</p>

Como forma de **validar os constructos**, utilizamos, na colheita de dados *múltiplas fontes de evidência relacionadas com os elementos do modelo bioecológico*: diários de aprendizagem, diários de acompanhamento, relatórios, entrevistas, observação, grelhas de avaliação de competências, em busca de informações que potenciem os resultados (figura 13).

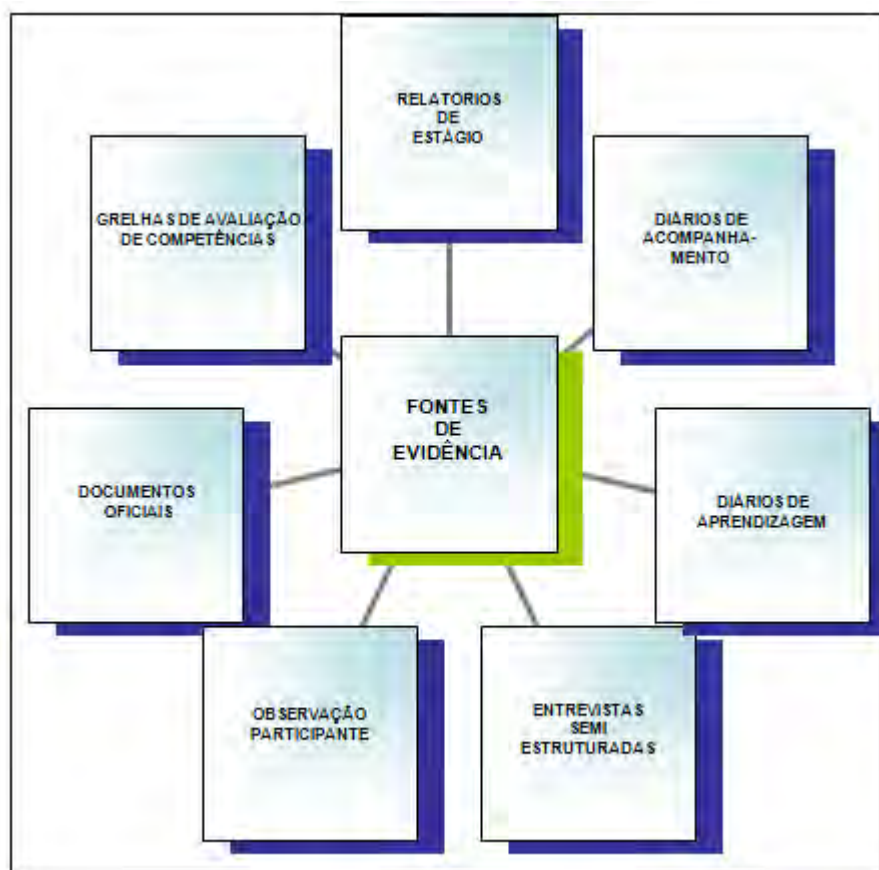


Figura 13 – Ilustração da articulação de múltiplas fontes de evidência, utilizadas no estudo.

Tentamos estabelecer uma cadeia de evidências (*Chain of evidence*), na ligação estabelecida entre as fontes de evidência, as questões de investigação e a discussão dos resultados, ou seja “Uma racionalidade intrínseca que mantenha a coerência através das diferentes fases do estudo” (Sá-Chaves, 2002: 339)

Mantivemos ainda, ao longo do estudo, informantes de referência, (*key informants*), ou seja, fomos mantendo diálogo com profissionais dos serviços onde decorriam os ensinamentos clínicos, de forma mais informal, sobre os ensinamentos clínicos e o desenvolvimento dos alunos, para além dos alunos.

A **validade interna** do nosso trabalho pode ser tida em consideração, na procura de factores que influenciam o desenvolvimento das competências do aluno em contexto de ensino clínico e na forma como estes determinam esse desenvolvimento com base na matriz teórica definida.

No que se refere à **validade externa** - não está presente, no nosso estudo, o objectivo de generalizar os resultados, mas sim de os compreender numa perspectiva de melhoria da formação dos alunos, mais especificamente, na melhor articulação

teoria/prática, na adequação de estratégias de supervisão que sejam promotoras do desenvolvimento de competências dos alunos em cada fase (ensino clínico).

Contudo há aspectos que podem ser analiticamente generalizados se, confrontados com outros estudos, os resultados obtidos forem convergentes.

Para que tal possa ser conseguido procurámos realizar uma cuidadosa descrição operacional e uma explanação documental, que permitam a um observador externo compreender os **como** e os **porquê** de cada decisão organizacional procurando assim salvaguardar a **Fidelidade**.

De acordo com o que foi referido desenvolvemos um protocolo de estudo de caso (figura 14) a partir do qual foi organizado todo o nosso trabalho: a conceptualização do mesmo, o trabalho de campo, a análise dos dados emergentes e a redacção do relatório final que evidencia os nossos resultados.

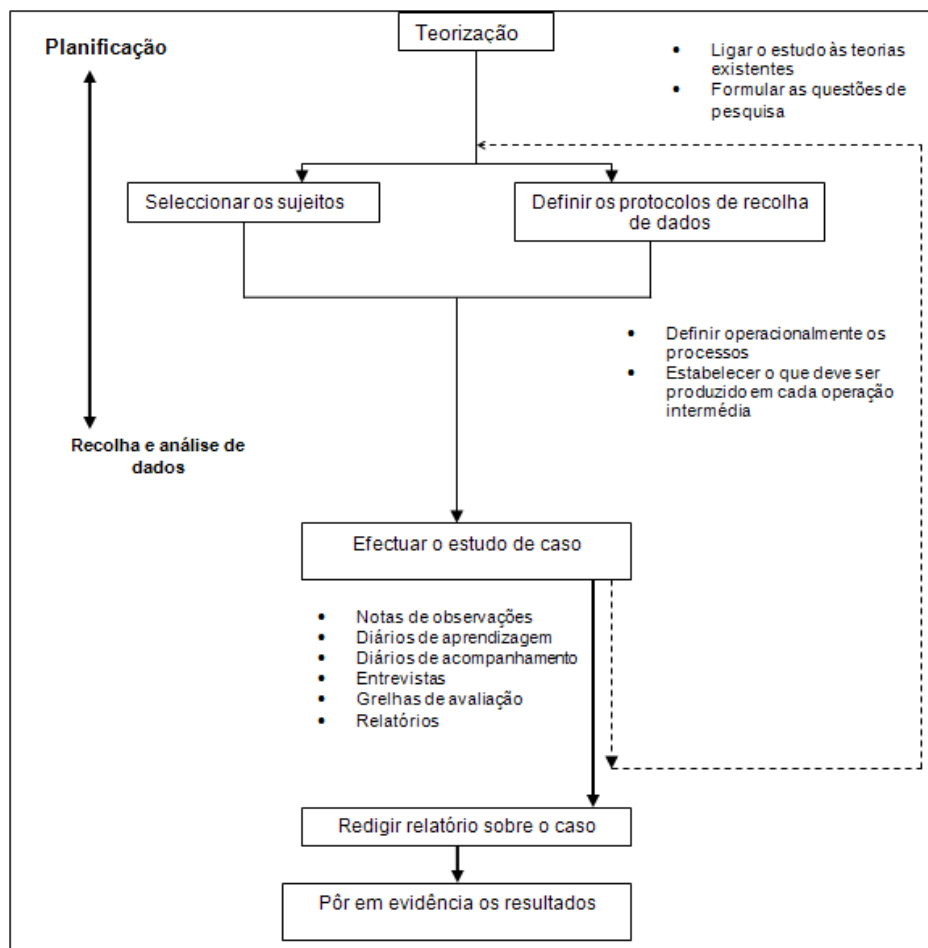


Figura 14 – Esquematização da metodologia do estudo, (com base no modo estudo de caso proposta por Yin (1994), adaptado de Lessard *et al* 1990: 173).

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO: FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NA ESSUA

A nossa investigação, ao incidir sobre a formação na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, exige que se faça a apresentação do “modelo de formação” desenvolvido na mesma, em consonância com o seu enquadramento contextual – Ensino Superior Politécnico, integrado na Universidade de Aveiro.

Cada contexto de formação encerra em si particularidades que o tornam diferentes de outros muito embora haja um conjunto de pressupostos definidos pela legislação em vigor, que não podem ser ignorados.

Emergente do Programa Ciências da Saúde (2000), desta Universidade, a Escola Superior de Saúde adoptou uma matriz comum à construção dos currículos de formação dos diversos cursos a serem nela ministrados, nomeadamente a existência de disciplinas comuns e a formação em alternância, “período teórico”/ensino clínico.

Neste ponto faremos referência, de uma forma geral, ao enquadramento legal do curso de Licenciatura em Enfermagem, ao seu desenho curricular, às metodologias de formação tendencialmente adoptadas e, mais especificamente, aos ensinamentos clínicos integrados no curso.

2.1 – CONTEXTO ORGANIZACIONAL

As políticas de formação para os enfermeiros e as sucessivas reformas curriculares implementadas ao longo dos tempos foram dando sinais de uma clara apropriação do sentido do humanismo. Esta apropriação foi sendo sustentada pela emergência das diversas escolas de pensamento em enfermagem, decorrentes da evolução social e cultural das sociedades, por forma a dar resposta às necessidades e expectativas dos indivíduos, promovendo assim um aumento do conhecimento científico e conseqüentemente uma maior qualidade de vida das populações (Macrotempo, na perspectiva de Bronfenbrenner).

Em Portugal, a formação em enfermagem sofreu várias reformas mas foi sobretudo nas últimas três décadas que surgiram grandes alterações nos desenhos curriculares do curso de enfermagem e, simultaneamente, no reconhecimento de grau académico à formação em enfermagem, evoluindo de um curso sem equivalente grau académico, para a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional

(Dec. Lei 480/88), que prevê a criação do Curso Superior de Enfermagem conferente de grau de Bacharelato.

Posteriormente, a resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, de 4 de Dezembro, alíneas b) e c), veio introduzir medidas com vista “ b) à reorganização da rede de escolas superiores de enfermagem e de tecnologias da saúde, através da sua passagem para a tutela do Ministério da Educação e da sua integração em institutos politécnicos; c) à reorganização da formação dos enfermeiros em que se destaca a formação geral para o nível de licenciatura” (Diário da República – Série I – B:6693), posteriormente legislada pelo Decreto-lei n.º 353/99, de 3 de Setembro e pela Portaria n.º 799/D/99, 18 de Setembro de 1999, que o regulamenta⁴⁵.

A formação geral em enfermagem passou assim para o nível de licenciatura em ciclo único de 4 anos.

Com a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, ao nível do ensino superior politécnico, aplica-se ao ensino de enfermagem o disposto na Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro). Segundo este documento, alterado pela Lei n.º 115/97, de 19 de Setembro e pela Lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto, os objectivos do curso pressupõem, ao nível de licenciatura, que o aluno desenvolva não só os aspectos cognitivos mas também as capacidades para intervir no avanço do conhecimento, através da investigação e divulgação, bem como capacidades que permitam a tomada de decisões e a resolução de problemas.

Em consonância com esta legislação está a portaria 799-D/99, que regulamenta o Curso de Licenciatura em Enfermagem, definindo um conjunto de princípios genéricos a que deve obedecer a elaboração de planos de estudo do curso e o seu funcionamento.

A carga horária total do curso deve situar-se entre as quatro mil e seiscentas e as quatro mil e oitocentas horas, tendo esta que ser articulada entre uma componente “teórica” e uma componente de ensino clínico, cuja duração deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso.

Define a referida Portaria que a componente de ensino teórico tem como objectivo a aquisição de conhecimentos científicos, deontológicos e profissionais que fundamentem o exercício profissional e enfermagem e que devem incluir obrigatoriamente as matérias constantes nas alíneas a), b) e c), do n.º 1, do artigo 1.º, do Dec. Lei n.º 320/87 de 27 de Agosto.

O ensino clínico tem como objectivo assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do

⁴⁵ - Decreto-lei n.º353/99 de 3 de Setembro – Regras gerais a que fica subordinado o ensino da Enfermagem no âmbito do Ensino Superior Politécnico.

- Portaria 799-D/99 de 18 de Setembro - Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

exercício profissional de enfermagem, incluindo obrigatoriamente as matérias constantes no nº 2, do artigo 1º do Decreto-Lei anteriormente referido.

Este ensino clínico, de acordo com a portaria referida, deve realizar-se em unidades de saúde e na comunidade, sendo a responsabilidade da sua orientação, dos docentes da escola em colaboração com os profissionais da prática clínica.

Para além das matérias obrigatórias, constantes no Decreto-lei 320/87 (em vigor à data de criação do curso), cada instituição de ensino tem autonomia⁴⁶ para proporcionar unidades curriculares de opção assim como, de desenhar o currículo escolar (organização temporal e espacial; estratégias de formação) e ainda, regulamentar o regime de frequência, de precedências e metodologias de avaliação, desde que cumpra os requisitos legais já referidos.

2.2 – CONSTRUÇÃO DO CURRÍCULO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS DE FORMAÇÃO

Decorrente das necessidades de formação na área de saúde no distrito de Aveiro e do desenvolvimento tecnológico verificado nos últimos anos assim como das expectativas e necessidades da população, a Universidade de Aveiro elaborou um programa para formação graduada e pós graduada em Ciências da Saúde, do qual transcrevemos:

“1. Introdução.

A formação inicial e pós-graduada em Ciências da Saúde, em Portugal, só nestes finais do século XX é que começa a ser entendida de modo integrado e multidisciplinar. A tendência actual de desenvolvimento de Centros de Ciências da Saúde contendo valências de formação e investigação, que permitem uma adaptação rápida à constante evolução das ciências e tecnologias da saúde, não tem sido adoptada pelas nossas Universidades que continuam a apostar na formação médica desligada do contexto abrangente das Ciências da Saúde. A criação de um programa de raiz na área de Ciências da Saúde na Universidade de Aveiro representa, assim, uma oportunidade única para inovar na formação inicial, pós-graduada e investigação. Desta forma, a UA poderá contribuir significativamente para o permanente melhoramento do sistema de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos cidadãos.

A intervenção na formação em saúde, para ser adequada e rentabilizada, necessita de ser abrangente, ter capacidade de antecipar as mudanças inerentes ao ritmo alucinante da investigação científica e ter capacidade de transferir tecnologia para o sistema de

⁴⁶ - Lei 108/88 de 24 de Setembro – Revogado pelo Decreto-lei 252/97 de 26 de Setembro, determina a Autonomia das Universidades; Lei 54/90, de 5 de Setembro – Estatuto de Autonomia dos Estabelecimentos de Ensino Superior Politécnico, alterada pelas Leis nºs 20/92, de 14 de Agosto, e 71/93, de 26 de Novembro; Lei nº 62/2007 de 10 de Setembro estabelece o regime jurídico das instituições de ensino superior.

saúde. Para tal, propõe-se um programa integrado assente em quatro pilares fundamentais: i) uma Escola Superior de Saúde, ii) um Departamento de Ciências da Saúde, iii) uma Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, e iv) uma Unidade de Prestação de Serviços.” (PCSUA 2000:5)

De acordo com o plano de actividades do referido programa, foi criada em 2000 a Escola Superior de Saúde, para iniciar actividades lectivas no ano lectivo 2001/2002.

“1.11. Plano de actividades.

O desenvolvimento do Programa Ciências da Saúde da UA (PCSUA), passa numa primeira fase por nomear os elementos das várias estruturas que o compõem. De qualquer forma esta Comissão, depois dos vários contactos e discussões que efectuou, considera:

A Escola Superior de Saúde poderá iniciar as suas actividades de formação no ano lectivo 2001/2002. Deverá começar com mais de um curso, sendo que um deles deverá ser a Enfermagem. O(s) outro(s) deve(m) ser seleccionados de entre os seguintes: Emergência Médica; Reabilitação (Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Fisioterapia); Gestão intermédia em Saúde; Tecnologias da Saúde.” (PCSUA, 2000:28)

A comissão instaladora, responsável pela organização do programa, continuou os seus trabalhos no sentido de elaborar os planos de estudo dos cursos aprovados a terem início no ano lectivo 2001/2002 (Licenciatura em Enfermagem, Licenciatura Bi-Etápica em Fisioterapia, Licenciatura Bi-Etápica em Radiologia e Licenciatura Bi-Etápica em Radioterapia). A esta comissão juntaram-se já, nesta fase, outros profissionais⁴⁷ que posteriormente viriam a constituir o corpo docente da ESSUA.

Na construção dos planos de estudo tiveram-se em conta os pressupostos definidos no programa:

“A Comissão Instaladora do Programa Ciências da Saúde aponta os seguintes aspectos como princípios da organização curricular da Escola Superior de Saúde de Aveiro

- o aluno deve "encontrar na escola o caminho para a profissão";
- o desenho curricular deve ser modular e interdisciplinar;
- o contacto com a realidade e a prática deve fazer-se desde o primeiro ano;
- a relação humana do profissional com o cliente deve ser valorizada e promovida;
- o trabalho em equipas multidisciplinares deve ser um elemento presente na organização da escola e na formação dos alunos.

⁴⁷ - De salientar que, para além de já fazermos parte do Conselho Consultivo deste programa, em representação da Ordem dos Enfermeiros, iniciámos nesta fase, a nossa colaboração com a ESSUA, a tempo parcial, que mantivemos durante o ano lectivo 2000-2001, passando a partir de 2001 -2002 a fazer parte do corpo docente, em regime de Comissão Extraordinária de Serviço, que se mantém.

Podemos, então, afirmar que se pretende um currículo:

- centrado na interacção dos alunos com os conteúdos (organizados por módulos e/ou interdisciplinares);
- centrado na acção/profissão, promovendo a realização de actividades e o contacto com a comunidade.

Num segundo plano o currículo centra-se ainda: no desenvolvimento das competências profissionais do aluno; no desenvolvimento de qualificações, sempre actualizadas dos professores; numa estruturação da escola baseada no trabalho em equipa.

Consideramos que deve existir um currículo básico/essencial (*core curriculum*) constituído pelas disciplinas académicas tradicionais, no qual os tempos lectivos são preenchidos com os conhecimentos científicos, tecnológicos e culturais considerados consensuais.

A preocupação deverá situar-se quer no que se ensina, quer na forma como se ensina. Recomenda-se a utilização de metodologias diversas, desde a memorização de factos e noções, passando pelo treino sistemático de determinadas competências e indo até à resolução de problemas e desenvolvimento de projectos.” (PCSUA 2000:38)

Neste âmbito, a criação do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, foi aprovada em Plenário do Conselho Científico em 31/01/2001, sendo o seu plano de estudos aprovado pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico em 16/05/2001, constando a sua publicação no Diário da República, II Série, em 28/08/2002.

Este plano de estudos resultou de um esforço de conciliação da legislação, com os pressupostos relacionados com o perfil de profissional que se pretende formar na ESSUA e que foram determinados pelo Programa das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Assim, tendo por base a legislação existente e o contexto social, político e cultural do momento e perspectivando a evolução num futuro a curto e médio prazo, foi definido o perfil de profissional, enfermeiro, que a ESSUA pretende formar. Este deve corresponder a um profissional de saúde detentor de competências alicerçadas em conhecimentos sólidos e capacidades bem desenvolvidas, capaz de inovar, com sentido de responsabilidade e com necessidade de uma actualização constante. Deve ainda saber integrar-se na equipa multidisciplinar, ter um forte sentido crítico-reflexivo, ser capaz de tomar decisões e agir perante o inesperado, ter uma forte componente humana, ser autónomo e participar activamente na gestão dos serviços, na formação de novos profissionais e na investigação (ESSUA, 2002).

A definição deste perfil de profissional baseou-se essencialmente em três aspectos que o mesmo deverá acompanhar ou a que deverá dar resposta:

- A rápida evolução científica, tecnológica, sócio-cultural e ética, que se verifica nos nossos dias;
- A crescente tomada de consciência dos utentes dos seus direitos e deveres, o que implica uma maior participação/co-responsabilização nos cuidados de saúde;
- A necessidade de melhorar o relacionamento interpessoal utente/família/comunidade e equipa multidisciplinar.

Este profissional poderá, assim, contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados e, consecutivamente, dos serviços de saúde. Para esse efeito a sua formação deverá ser muito sólida em termos científicos, humanos, técnicos e culturais por forma a desenvolver competências, nas dimensões cognitiva, comunicacional, atitudinal e técnica, indispensáveis a um exercício profissional responsável, autónomo e reflexivo.

Tendo por base estes pressupostos, o plano de estudos foi organizado de forma que a aprendizagem do aluno fosse progressivamente integradora de saberes, interligando a componente teórica com a componente de ensino clínico. Este desenho curricular emergiu tendo por base pressupostos inerentes a uma escola de saúde, com linhas orientadoras gerais e adaptáveis à formação de profissionais de saúde de diferentes áreas no mesmo contexto “escolar”, interagindo entre si numa procura de desenvolvimento de competências de trabalho em grupos multidisciplinares. Para além dos pressupostos referidos, entendeu-se ainda que o currículo não é apenas um somatório de disciplinas, cujos conteúdos agregados entre si constituem um corpo de conhecimentos que sustentam uma futura profissão. Currículo é algo mais complexo, que é determinado pelas disciplinas que lhe dão suporte, pela forma como as mesmas se interligam entre si no sentido de “dar significado aos conteúdos”, pela flexibilidade e contextualização dos conteúdos e tarefas, pelo sentido da avaliação, pelas estratégias metodológicas utilizadas e ainda pelos princípios, valores e empenho que os diferentes actores (docentes, alunos e outros) colocam em todo o contexto e processo.

Das reflexões feitas neste sentido (à data do desenho curricular) emergiram mais alguns pressupostos a ter em conta no desenho e implementação do currículo:

- Promover um primeiro ano de socialização à profissão, com ênfase nos conteúdos das Disciplinas de Fundamentos de Enfermagem I e II e disciplinas complementares importantes para a compreensão da pessoa enquanto foco de atenção da enfermagem e das funções do enfermeiro.
- Proporcionar ao aluno, ao longo do curso, conhecimentos nas diferentes áreas científicas, que sustentam a disciplina de enfermagem: Ciências e Tecnologias da Saúde (CTS), Ciências Sociais (CS), Informática (I), Matemática (M), Biologia (B), Bioquímica e Biofísica (BB).

- Definir temáticas para cada ano lectivo que se relacionem com um crescendo de complexidade e abrangência, da saúde à doença, perspectivando o cuidar do indivíduo ao longo do ciclo vital e o desenvolvimento do aluno (futuro profissional).
- Articular um ensino em alternância entre períodos “teóricos” e períodos de prática clínica, nos quais o aluno possa mobilizar conhecimentos, estabelecer novas relações, desempenhar novos papéis, constituindo-se assim o ensino clínico como um período importante para o desenvolvimento de competências.
- Promover uma aproximação progressiva a novas metodologias de ensino aprendizagem.
- Formar profissionais cujo perfil de competências deve permitir acompanhar a evolução técnico-científica e sócio-cultural a ocorrer nas próximas décadas.
- Estimular a pesquisa permanente e a aprendizagem ao longo da vida.
- Desenvolver o espírito de trabalho em equipa multidisciplinar.
- Promover uma filosofia de existência de um conjunto de conhecimentos comuns aos diferentes cursos da ESSUA, nomeadamente Informática, Ética, Profissional de Saúde, Anatomia e Fisiologia e Ensino Clínico I.

Considerou-se ainda neste plano curricular a complexidade da formação em enfermagem, assim como a importância de referenciais teóricos neste contexto. Neste sentido, foi definido que se apoiava o desenvolvimento curricular no modelo teórico de Virgínia Henderson (já referenciado em ponto anterior), “como modelo” para o aluno apreender o sentido da enfermagem, complementando o mesmo com perspectivas mais actuais de Watson (1979) e de Leininger (1978), nomeadamente.

Do trabalho desenvolvido emergiu o plano de estudo do curso de Licenciatura em Enfermagem que se apresenta no quadro 3 e que, de acordo com a legislação, está organizado em oito semestres, com a duração mínima de 18 semanas cada, num total de 4600 horas.

O curso integra-se na área científica das Ciências e Tecnologias da Saúde e, de acordo com a legislação, estava organizado de acordo como o sistema de unidades de crédito, em vigor à data da criação, as quais têm a seguinte distribuição pelas diferentes áreas científicas:

a) Ciências e Tecnologias da Saúde	64.0 UC
b) Ciências Sociais	24.0 UC
c) Informática	3.0 UC
d) Matemática	2.5 UC
e) Biologia	2.5 UC
f) Bioquímica e Biofísica	2.5 UC

Quadro 3 – Plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Ano	1º SEMESTRE				2º SEMESTRE			
	Área	Disciplina	H/S T/ TP/ P	UC	Área	Disciplina	H/S T/ TP/ P	UC
1º	CS	O Profissional de Saúde	0 3 0	2	CTS	Anatomia e Fisiologia II	2 0 2	2,5
	CS	Psicossociologia	0 4 0	2,5	CTS	Fisiologia Aplicada	1 0 2	1,5
	I	Informática	2 0 3	3	CTS	Introdução à Patologia	2 0 1	2
	CTS	Anatomia e Fisiologia I	3 0 2	3,5	CS	Ética	0 2 0	1
	BQ	Bioquímica e Biofísica	2 0 2	2,5	CTS	Farmacologia	1 2 0	2
	CTS	Fundamentos de Enfermagem I	2 4 4	5,5	B	Microbiologia e Parasitologia	2 0 2	2,5
					CTS	Fundamentos de Enfermagem II Ensino Clínico I (72h)	2 2 3	3,5
2º	CTS;M	Epidemiologia e Bioestatística	3 2 0	1,5	CS	Educação e Formação em Enfermagem	0 4 0	2,5
	CS	Bioética	2 0 0	2,5	CTS	Saúde Ambiental e Internacional	0 4 0	2,5
	CS	Socioantropologia da Saúde	2 1 0	2	CS	Estilos de Vida e Necessidades Especiais	0 2 3	2
	CS	Organização de Sistemas de Saúde	0 3 0	2,5	CTS	Psicologia do Desenvolvimento	0 5 0	3
	CS	Gestão e Economia da Saúde	2 1 0	2	CTS	Tecnologias da Saúde	0 2 2	2
	CTS	Enfermagem Comunitária I Ensino Clínico II (SPC -261h)	0 7 3	2,5 5,5	CTS	Enfermagem Comunitária I Ensino Clínico III (SPC - 237h)	2 2 3	4
3º	CS	Psicologia Relacional	0 5 0	2,5	CTS	Investigação na Prática Profissional	0 3 2	2
	CTS	Patologia	3 2 0	3,5	CTS	Enfermagem Cirúrgica	2 3 4	4,5
	CTS	Terapêutica Farmacológica	0 0 3	1	CTS	Enfermagem Pediátrica	2 3 0	3
	CTS	Enfermagem Médica Ensino Clínico IV (SPC - 312h)	0 8 4	5,5	CTS	Enfermagem Psiquiátrica	2 3 0	3
					CTS	Cuidados Continuados Ensino Clínico V (SPC -312h)	0 4 0	2
4º	CTS	Sistemas de Informação na Saúde	0 6 4	2		Ensino Clínico VII (SPC - 630h)		
	CS	Ética e Deontologia Profissional	0 8 0	2				
		Ensino Clínico VI (SPC -492h)						

Este plano de estudos sustenta o Currículo que é entendido como mais amplo e complexo de definir do que um plano de estudos, tal como se refere no PCSUA (2000:36):

“Em termos simples e gerais, *currículo* é um termo com origem etimológica no latim *currere* que significa percurso, trajectória ou jornada. Alguns autores indicam que, em sentido restrito, o currículo é equivalente ao plano de estudos; mas, num sentido alargado, inclui o plano de estudos e respectivos programas das disciplinas (dimensão instituída) e a operacionalização real da dimensão instituída (dimensão instituinte), podendo ser estendido a tudo o que conduz à aprendizagem.

As definições mais actuais pretendem que o currículo seja um projecto que se desenvolve entre professores e alunos”

O currículo assenta em grandes áreas temáticas, às quais correspondem os quatro anos lectivos e que se desenvolvem conforme apresentamos a seguir.

O **1º ano** é um **Ano propedêutico**. Este é um ano de transição do aluno, como já referenciado anteriormente e, como tal, pretende-se que seja feita uma transição progressiva para um novo contexto formativo, cujos objectivos se prendem com a formação para uma profissão.

Neste primeiro ano o desenho curricular inclui disciplinas de diferentes áreas científicas: Ciências e Tecnologias da Saúde, Ciências Sociais, Bioquímica e Biofísica, Informática e Biologia que irão sustentar o desenvolvimento do aluno e permite a aquisição de conhecimentos por forma a que o aluno compreenda o Homem no seu todo biopsicossocial e o binómio saúde/doença.

A maioria das disciplinas deste primeiro ano é comum aos diversos cursos, (conteúdos propedêuticos para profissionais de saúde de diversas áreas) sendo apenas disciplinas específicas de enfermagem os *Fundamentos de Enfermagem I e II*, cujos conteúdos programáticos familiarizam o aluno na evolução histórica e epistemológica da enfermagem, com as teorias e modelos de enfermagem, com a metodologia científica da prestação de cuidados e com as técnicas e procedimentos básicos para a satisfação das necessidades humanas fundamentais.

Esta é uma aproximação à profissão, nos seus aspectos mais teóricos, promovendo uma compreensão da mesma e da forma como ela se interliga com outras profissões.

É assim suposto que, no final deste ano lectivo, resultante da interligação e assimilação de conhecimentos das diferentes disciplinas o aluno tenha atingido os resultados de aprendizagens:

- Compreende o papel do Enfermeiro, na Sociedade actual e o percurso da profissão até à actualidade, com ênfase no percurso Nacional;
- Faz uma análise do indivíduo, na sua globalidade, compreendendo as suas necessidades humanas fundamentais, de acordo com o modelo teórico de Virgínia Henderson, e as intervenções do enfermeiro no sentido de apoiar na satisfação das mesmas;
- Conhece a constituição e o funcionamento do organismo humano, assim como os aspectos psicossociais inerentes ao seu processo de desenvolvimento e de vivência em sociedade;
- Compreende a metodologia científica da prestação de cuidados de enfermagem, utilizando a mesma em situações de simulação clínica;

- Utiliza recursos informáticos para pesquisa, elaboração de documentos, registo de informação, nomeadamente no que se refere à aplicação de Linguagem utilizada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

No processo formativo é incentivada a utilização de metodologias de ensino e aprendizagem activas, promotoras de reflexão, de inovação e de pesquisa. É dada ênfase ao aspecto da prática laboratorial, nas áreas de bioquímica, biofísica e de microbiologia, no sentido de promover a compreensão dos conceitos/conhecimentos e a sua aplicabilidade prática, alargando assim os conhecimentos e estimulando o espírito de "procura", dos alunos.

Nas disciplinas de *Fundamentos de Enfermagem*, o laboratório é o lugar de excelência para o trabalho do aluno. É neste espaço que o aluno contacta pela primeira vez com o mundo virtual dos cuidados de saúde. Os recursos existentes neste espaço permitem ao aluno passar de uma fase de observação do docente, na execução de cuidados de enfermagem, à experimentação e ao treino de técnicas e procedimentos inerentes à prestação de cuidados. Tem ainda oportunidade de compreender os modelos de organização e gestão de uma unidade de cuidados, assim como de resolver problemas que advêm de situações simuladas.

Este é o espaço que os alunos identificam como o que os "transporta" para o contexto real da prática de cuidados. Tudo aqui se identifica com uma unidade de cuidados de saúde e desde a postura, o vestuário a usar, os princípios a utilizar, o relacionamento interpessoal, tudo se faz numa aproximação progressiva à prática profissional.

Procura-se assim que o aluno compreenda o processo de cuidar, consciente de que, neste contexto, este processo de cuidar é virtual, e que lhe falta um dos aspectos mais importantes: a relação interpessoal aluno-utente. Esta relação só é possível vivenciar em contextos reais, pelo que sempre que se proporciona, o aluno tem contactos com utentes e serviços de instituição hospitalar próxima, com o objectivo de observar e trazer da prática elementos para reflexão.

O tema do **2º ano** é **Vida e Saúde, Ser Diferente**. Neste contexto pretende-se que as disciplinas sejam integradoras de conhecimentos que permitam ao aluno compreender o indivíduo ao longo do seu ciclo vital, com ou sem necessidades especiais, a importância do meio ambiente em que se desenvolve, nomeadamente dos recursos existentes na comunidade em termos de saúde e de apoio social.

As disciplinas específicas, *Enfermagem Comunitária I* e *Enfermagem Comunitária II* têm como objectivos a compreensão da importância da promoção da saúde, prevenção

da doença e acidentes do indivíduo ao longo do ciclo vital, e a reflexão sobre o papel do enfermeiro nos cuidados de saúde na comunidade, integrando os programas de saúde.

Assim, neste 2º ano lectivo, os resultados de aprendizagem, a atingir pelo aluno, resultantes da apropriação e interligação de conhecimentos das diferentes disciplinas são:

- Compreende o desenvolvimento do indivíduo ao longo do ciclo vital, da pré-concepção à velhice e a importância determinante do papel do enfermeiro na promoção da saúde, prevenção de doença ou acidentes, assim como a reabilitação e reintegração social da pessoa/família ou comunidade.
- Compreende os fenómenos de saúde e doença, enquanto realidades social e culturalmente construídas, assim como a natureza socioantropológica da construção do conhecimento biomédico e da própria prestação dos cuidados de saúde.
- Conhece os programas de saúde em unidades de cuidados de saúde primários e as intervenções de enfermagem necessárias à execução desses programas de modo a dar resposta às necessidades reais do indivíduo / comunidade.
- Conhece a organização dos sistemas de saúde e modelos de gestão e economia da saúde, promotores do desenvolvimento da qualidade de cuidados de saúde.
- Desenvolve, em contexto de ensino clínico, actividades promotoras de saúde e responde às necessidades humanas fundamentais do indivíduo ao longo do ciclo vital em contexto de maternidade e de centro de saúde, actuando de forma integrada com as equipas de saúde de acordo com metodologia científica de prestação de cuidados.
- Demonstra sensibilidade para os aspectos relacionados com a problemática da deficiência, nomeadamente: consciencialização do valor acrescentado das tecnologias de apoio na melhoria da qualidade de vida e integração da pessoa com deficiência ou idosa em actividades de vida diária, na comunicação, na educação e no trabalho.
- Identifica necessidades de formação, planeia e desenvolve a formação para a saúde, em contextos formais e informais, nomeadamente com projectos de intervenção educativa e formativa junto de utentes/famílias, redes sociais pessoais e sistemas alargados.

Nesta perspectiva, o aluno, ao longo do ano, tem oportunidade de contactar com instituições prestadoras de cuidados a crianças e idosos, identificando necessidades de formação, às quais deve dar resposta. Está ainda determinado um período de estágio em

instituições prestadoras de cuidados à pessoa com deficiência, com duração e periodicidade variável de acordo com a disponibilidade das instituições.

Destas experiências emergem reflexões que são partilhadas por todos, com o objectivo do enriquecimento individual e colectivo e do crescimento da própria escola.

O **3º ano** tem como tema: **Vida e Doença**. Este é o ano integrador dos dois anos anteriores que, de acordo com o já referido, têm como foco de atenção a pessoa saudável, permitindo agora transpor os conhecimentos e competências desenvolvidas para situações de prestação de cuidados ao indivíduo doente, ao longo do ciclo vital.

São assim abordados aspectos relacionados com a pessoa adulta ou criança, portadora de doença física ou mental, crónica ou aguda ou que tenha sofrido traumatismo ou acidente (Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem Psiquiátrica, Cuidados Continuados, Enfermagem Pediátrica).

Definiram-se, para este ano lectivo, como resultados de aprendizagem globais:

- Compreende as respostas humanas ao processo de doença, ao longo do ciclo vital, e conhece as intervenções de enfermagem necessárias a apoiar a pessoa doente no seu processo de recuperação.
- Realiza, em contexto de laboratório, em situações simuladas, procedimentos adequados à satisfação das necessidades do indivíduo de forma a desenvolver a sua destreza manual e raciocínio clínico.
- Mobiliza, em contexto de prática clínica, os conhecimentos necessários para agir em situação respeitando os direitos dos utentes, o código deontológico do enfermeiro e as normas e protocolos de serviço/Instituição.
- Assume uma postura congruente com o seu papel de aluno, aprendiz de prestador de cuidados, em relação ao utente, ao supervisor, à equipa de saúde e ao ambiente.
- Demonstra abertura para o trabalho em equipa multidisciplinar.
- Compreende as metodologias de investigação, desenvolvendo espírito de pesquisa.

À semelhança dos anos anteriores, também neste ano lectivo é enfatizada a interacção constante entre as diversas disciplinas, recorrendo a metodologias que permitam ao aluno integrar os conhecimentos necessários ao seu desenvolvimento e assumindo a responsabilidade pela sua formação através da pesquisa, da reflexão e da resolução de problemas.

O tema do **4º ano** do curso é **Vida e Doença Cuidados Continuados**. Este ano lectivo é preenchido, quase na totalidade, por estágios clínicos.

Pretende-se, assim, que o aluno complemente a sua formação, desenvolvendo competências em contexto de ensino clínico, nas áreas de Psiquiatria, Pediatria, Urgência, Cuidados Continuados e uma área de Opção.

Os resultados de aprendizagem determinados relacionam-se com o culminar da sua formação, neste percurso pré-profissional e neles estão implícitos todos os referenciados para os anos lectivos anteriores, com a devida dimensão, e ainda, a prestação de cuidados com qualidade, autonomia, reflexividade sobre as práticas e sentido ético-profissional:

- Presta cuidados de enfermagem com um bom nível de qualidade, integrando a equipe de saúde, em conformidade com o modelo da instituição, o código deontológico do enfermeiro e os direitos do utente, numa aproximação ao desempenho do profissional de enfermagem.
- Demonstra iniciativa, empenho e sentido crítico nas suas intervenções, reflectindo sobre as mesmas, construindo activamente os seus saberes, num processo resultante da acção tripartida Aluno-Utente-Contexto.
- Participa activamente nas actividades dos serviços onde decorrem os ensinamentos clínicos, de acordo com seu papel de aluno (pré-profissional), contribuindo, como agente de mudança, para a assunção de boas práticas e, conseqüentemente, para a melhoria de qualidade de cuidados de saúde.

Acresce referir que, neste desenho curricular a disciplina de Ensino Clínico, constante em cada ano lectivo, decorre no final de cada semestre, após a conclusão de todas as “actividades lectivas”, num período variável de acordo com a carga horária específica do mesmo.

Com esta metodologia de articulação “Ensino Teórico”/“Ensino Clínico”, que foi designada como *formação em alternância*, pretende-se uma aproximação temporal entre conteúdos teóricos e a sua aplicação/mobilização em contextos de prática clínica, como promotora do desenvolvimento de competências do aluno⁴⁸.

⁴⁸ Não se pretendeu com esta designação, fazer qualquer referência à diferença conceptual entre *formação em alternância* e *formação alternada*, tal como refere Cabrito 1994:26-27).

“A *formação em alternância* remete-nos para um modelo de formação onde o elemento dominante do processo formativo é a empresa e as aprendizagens que nela ocorrem bem como a existência de um contrato de aprendizagem negociado entre a empresa e o aprendiz. *Aprender através do trabalho* é, fundamentalmente, o objectivo desta formação que se destina ao desenvolvimento de competências de destrezas que contribuem para melhorar o desempenho individual.” (Cabrito 1994:26)

“A *formação alternada* remete-nos para uma formação onde a lógica dominante ainda é a da escola. A escola desempenha um papel principal nesta oferta formativa dirigida para *aprender sobre e para o mundo do trabalho* através da aproximação ao contexto de trabalho. Assumindo formas diversificadas a formação em

Em consonância com esta perspectiva foram planeados os grandes temas dos ensinamentos clínicos, também eles realizados nas áreas temáticas referentes a cada ano lectivo e com especificidades que abordaremos em ponto seguinte.

2.3– ENSINOS CLÍNICOS: TEMPO, CONTEXTOS, PESSOAS E PROCESSO

Os ensinamentos clínicos estão, como já foi referido, distribuídos ao longo do curso, com uma dimensão temporal de 4 anos e, pretende-se que estejam interligados de modo a permitir ao aluno o desenvolvimento de competências num crescendo de complexidade e abrangência.

Como forma de sistematizar a apresentação dos mesmos, organizamos este ponto em “subpontos”, que correspondem à **organização temporal**, **organização espacial** e **sujeitos participantes** e que à luz da perspectiva bronfenbreniana, nos remete para os elementos: Pessoa, Processo, Contexto e Tempo⁴⁹.

Faremos uma abordagem geral do plano de estudos, que será complementada em relação a cada estágio clínico específico com cada *Guia Orientador de Estágio*⁵⁰, apresentados em anexo e nos quais são abordados todos os aspectos metodológicos e organizacionais.

O Tempo - Organização temporal

De acordo com o plano de estudos as componentes de ensino clínico estão distribuídas pelos 4 anos lectivos, ocorrendo no final da componente teórica de cada semestre, à excepção dos estágios clínicos VI e VII, que decorrem ao longo dos dois semestres do 4º ano.

A legislação em vigor⁵¹, referente à formação de enfermeiros, determina o número total de horas, que deve ter o curso (entre as 4600 e as 4800 horas) e o número mínimo de horas que deve ter cada componente, sendo que a componente teórica deve

contexto de trabalho surge como uma forma de abertura e de aproximação da escola à produção que não perde de vista o horizonte educativo.” (Cabrito 1994:27)

⁴⁹ A abordagem será feita por ordem diversa da habitualmente apresentada pelos autores (Bronfenbrenner e Morris, 1989), mas pareceu-nos, em termos organizacionais, ser a mais adequada para a compreensão do modelo adoptado pela ESSUA no que se refere aos ensinamentos clínicos.

⁵⁰ - Denominação definida como comum a todos os Guias Orientadores, de todos os cursos ministrados na ESSUA e que, na legislação, surgem com diferentes denominações: ensino clínico, prática profissional, estágio clínico. Assim a designação de ensino clínico e estágio clínico pode surgir no texto com o mesmo significado.

⁵¹ - Dec Lei nº353/99 de 3 de Setembro, Portaria 799-D/99 de 18 de Setembro

corresponder, pelo menos, a um terço do número total, e a componente de ensino clínico pelo menos a metade do número total; contudo, a legislação não define critérios quanto aos momentos de realização dos referidos ensinamentos clínicos. Deste modo cada instituição define o seu plano de estudos com autonomia relativamente a este aspecto.

Neste âmbito, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e de acordo com a filosofia que esteve subjacente à criação deste curso, os ensinamentos clínicos ocorrem em vários momentos, que se pretende sejam integradores de aprendizagem, desenvolvendo-se num *continuum* crescendo de desenvolvimento de competências do aluno, de modo a que as competências adquiridas ao longo do percurso de formação sejam cumulativas, sinérgicas e interactivas.

Assim os diferentes momentos de estágio clínico não devem ser vistos como compartimentos estanques, mas sim interligados entre si, permitindo um melhor desenvolvimento de competências com vista a uma prática profissional autónoma e reflexiva.

A distribuição desta componente de ensino clínico, ao longo do curso, teve como objectivo aproximar, na medida do possível, a componente teórica à prática profissional e deste modo permitir ao aluno integrar os conhecimentos em “tempo real”; ou seja, no final de cada semestre, cuja temática é específica, o aluno tem oportunidade de, em contextos de prática clínica, desenvolver competências que o habilitem para o exercício profissional nessa área.

Apresentamos, assim, no quadro 4 a distribuição temporal e a duração dos ensinamentos clínicos ao longo dos 4 anos do curso, salientando o crescendo de duração dos mesmos.

Quadro 4 – Distribuição dos Ensinamentos Clínicos por ano e por semestre e duração ao longo do curso.

ENSINO CLINICO	ANO	SEMESTRE	DURAÇÃO
I	1º	2º	2 Semanas
II	2º	1º	4 Semanas
III	2º	2º	4 Semanas
IV	3º	1º	6 Semanas
V	3º	2º	6 Semanas
VI	4º	1º	12 Semanas
VII	4º	2º	18 Semanas

Os Contextos - Caracterização socioclínica

Ao adoptarmos a perspectiva bronfenbreniana, como suporte do nosso trabalho, importa caracterizar os contextos de estágio clínico em que os alunos foram desenvolvendo as suas competências. Convém desde já referir que os ensinamentos clínicos, no presente estudo decorreram em contextos sócio-culturais diversos, (não só no que se refere às áreas de prática clínica como também às instituições onde os mesmos se realizaram) e, como tal, as dinâmicas de formação dos alunos foram igualmente diversas.

Estes contextos, na sua maioria hospitalares, podem ser caracterizados como organizações muito complexas, onde o desenvolvimento das actividades integra múltiplos agentes de nível e natureza diversa e onde estão instalados os saberes, os conhecimentos e as tecnologias capazes de recuperar a vida, aliviar a dor e curar a doença” (Cunha 2004:87).

De acordo com a Direcção Geral de Saúde (1998:3),

“O hospital é um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde 24 horas por dia.

A sua actividade é desenvolvida através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação quer em regime de internamento, quer em ambulatório. Compete-lhe, igualmente promover a investigação e o ensino, com vista a resolver problemas de saúde.”

É ainda missão do hospital constituir-se como espaço de formação de novos profissionais, numa aproximação à profissão e à construção de uma identidade profissional, através dos estágios clínicos.

Exceptuando o “Módulo de Urgência”, no estágio clínico VII, todos os contextos de estágio hospitalares ocorreram em serviços de internamento, pelo que nos parece pertinente realçar algumas características específicas destes serviços.

Num Serviço de Internamento, tal como o nome indica, os utentes permanecem internados, necessitando de cuidados que os ajudem a satisfazer as suas necessidades humanas fundamentais que se encontram alteradas, ou a restabelecer um estado de saúde, alterado por doença ou acidente.

O serviço é constituído por enfermarias, ou quartos, para permanência do utente, por salas de trabalho (mais utilizadas pela equipa de enfermagem), por gabinetes de apoio aos directores e chefes do serviço e por espaços de armazenamento de materiais de uso e de consumo, sala de visitas/convívio dos utentes.

A dinâmica de cada serviço pode ser diferente de acordo com as suas características, sendo mais ou menos comum que a maior diversidade das actividades ocorre no turno da manhã.

No Serviço de Internamento, a equipa de saúde é composta por enfermeiros, médicos, auxiliares de acção médica, pessoal administrativo, sendo ainda complementada por técnicos de serviço social, psicólogo que, não estando sedeados no serviço, estão integrados em equipas que prestam apoio a diversos serviços.

Estando internado no serviço o utente necessita de cuidados de saúde durante as 24h do dia, pelo que a permanência de elementos da equipa de saúde é essencial. Para um melhor funcionamento as equipas exercem as suas funções distribuídas por turnos da manhã, da tarde e da noite.

É nestes contextos que o aluno faz a sua aproximação à prática profissional, numa interacção constante e bidireccional, que sustenta o desenvolvimento das suas competências.

Outra das instituições onde ocorrem estágios clínicos é o Centro de Saúde. Com diferenças sócio-organizacionais significativas, relativamente ao hospital, esta instituição tem como missão a prestação de cuidados de saúde primários ao utente, família e comunidade.

De acordo com a legislação em vigor⁵², os Centros de Saúde têm como objectivo primordial a melhoria do nível de saúde da população da sua área geográfica. São ainda seus objectivos dar resposta às necessidades da saúde da população abrangida, a nível da promoção e da vigilância de saúde, da prevenção, do diagnóstico e do tratamento da doença através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como o desenvolvimento de actividades específicas dirigidas às situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde.

Por forma a dar cumprimento a estes objectivos do Centro de Saúde foram definidos, pelo Ministério da Saúde, Programas de Execução Corrente e Programas de Saúde Prioritários, nos quais se baseiam as principais actividades a desenvolver pelos profissionais.

Para além destes programas, cada Centro de Saúde pode ainda estar envolvido em projectos específicos, conjuntamente com outras instituições de âmbito social, Ministério da Educação, Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), Câmara Municipal, entre outras. Estes projectos são resultantes das necessidades da população da área abrangida pelo Centro de Saúde e da dinâmica das instituições e população locais.

Deste modo, as actividades no Centro de Saúde desenvolvem-se no âmbito da promoção da saúde, através das consultas de vigilância para cada Programa de Execução Corrente; prevenção da doença e acidentes, através do programa de

⁵² - Dec. Lei nº 60/2003 de 1 de Abril. (art. 6º), revogado pelo Dec. Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho.

Vacinação, da Educação para a Saúde e da equipe de Saúde Pública que é responsável pela vigilância epidemiológica; tratamento que se faz a nível dos serviços de atendimento permanente (SAP) que funciona como um serviço de urgência, cujo objectivo é resolver as situações de doença súbita ou acidente, pouco graves e fazer a triagem para o encaminhamento para os serviços de urgência hospitalar, que pode assegurar cuidados mais diferenciados e ainda dos cuidados prestados à pessoa doente em ambulatório.

Apesar de significativamente diferente do Hospital, consideramos o Centro de Saúde como contexto importante na promoção do desenvolvimento de competência do aluno, dado que este é “mais abrangente”, no sentido de se constituir como promotor de saúde da população, com ênfase na prevenção da doença e acidentes e mais recentemente na continuidade de cuidados.

A perspectiva de cuidar no Centro de Saúde é assim mais abrangente, dado que o enfermeiro tem um contacto com os utentes, muito mais próximo e prolongado no tempo, “percebendo-os” no seu contexto sócio-cultural e familiar ao longo do ciclo vital.

Acresce ainda referir as Unidades de Cuidados Continuados, que emergiram no nosso país a partir da década de noventa, para dar respostas integradas em matéria de cuidados continuados, dirigidos à população em situação de dependência, onde se cuidam pessoas que se encontrem em situação de, dependência funcional transitória; dependência funcional prolongada; com incapacidade grave, com forte impacto psicossocial; com doença severa, em fase avançada ou terminal ou Idosos com critérios de fragilidade.

Estes serviços estão integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados, criada e regulamentada pelo Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, o qual pressupõe que as unidades e equipas intervenientes obedecem a uma tipologia de serviços, cujo modelo de intervenção vem responder adequadamente à pessoa em situação de dependência, permitindo melhorar o acesso à prestação de cuidados de saúde e/ou de apoio social.

Este decreto-lei tem como objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e, como objectivos específicos, (nº 2 do artigo 4º) propõe: a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social; a garantia de cuidados terapêuticos e o apoio social às pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder; o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequado à respectiva situação; a promoção da articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; o apoio aos familiares ou aos prestadores de cuidados informais, na respectiva qualificação e na prestação dos

cuidados; a progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos, de modo a prevenir lacunas em serviços e equipamentos.

A prática de cuidados nestas unidades requer organização e abordagem específicas, prestadas por equipas técnicas preparadas para o efeito, sendo a prestação dos cuidados assegurada por: Unidades de internamento; Unidades de ambulatório; Equipas hospitalares e Equipas domiciliárias.

Considerando, assim, a complexidade dos contextos de prestação de cuidados de saúde é pertinente fazer nesta secção uma caracterização dos contextos de cada ensino clínico como forma de tornar mais fácil a compreensão dos dados que emergiram no nosso estudo.

O Ensino Clínico I⁵³ é um estágio de observação e realiza-se em instituições de prestação de cuidados ao indivíduo, ao longo do ciclo vital, abrangendo cuidados de saúde, ou apenas de apoio, compreendendo obrigatoriamente um Hospital, um Centro de Saúde, uma Creche e um Lar de Idosos.

Este ensino clínico vem dar significado aos resultados de aprendizagem definidos para o primeiro ano lectivo, pretendendo-se assim que o mesmo culmine com este estágio de observação, que permita ao aluno conhecer os recursos da comunidade em termos de cuidados de saúde e de apoio a crianças e idosos.

Outro objectivo importante neste ensino clínico é a reflexão sobre a importância da multidisciplinaridade na prestação de cuidados ao longo do ciclo vital. Acresce referir que, em consonância com a filosofia da ESSUA, neste estágio os alunos são integrados em grupos multidisciplinares, o que lhes permite observar a mesma realidade sob diferentes pontos de vista, dado que cada elemento do grupo é de um curso diferente.

Esta metodologia fomenta nos alunos, futuros profissionais, desde a sua formação, a integração em grupos multidisciplinares, olhando para uma mesma realidade e interpretando-a à luz da sua área específica mas com um objectivo final único. Deste estágio resulta um relatório de grupo com os contributos das diversas áreas.

A integração deste ensino clínico no final do primeiro ano, nestes “espaços” tão diversos, permite ao aluno iniciar uma socialização à profissão, vivenciando os diversos aspectos que a mesma pode encerrar e nomeadamente, conhecer espaços de prestação de cuidados, estabelecer relacionamento interpessoal inter e multidisciplinar, conhecer a organização do sistema de saúde e do sistema de apoio social.

O Ensino Clínico II realiza-se em contexto de “maternidade” pretendendo-se que o aluno desenvolva competências na área de prestação de cuidados à mulher grávida,

⁵³ A caracterização deste ensino clínico surge apenas para uma melhor compreensão de todo o percurso do aluno durante o curso, mas, dadas as suas características, ele não foi analisado no presente estudo.

puérpera e ao recém-nascido. Decorre numa unidade de puerpério sendo ainda possível o aluno observar durante um ou dois dias, a dinâmica de um bloco de partos e de uma consulta de vigilância de gravidez.

Integrado no 2º ano do curso, cuja temática é Vida e Saúde, Ser Diferente, este é o primeiro estágio em que o aluno se integra num contexto real de trabalho, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem. Estes cuidados são caracterizados, maioritariamente, pelo apoio na satisfação das necessidades humanas fundamentais, da pessoa sem patologia associada, permitindo ao aluno uma integração num contexto real de trabalho, mas sem exigir ainda um conhecimento muito “abrangente”, ou seja, não é ainda necessário que o aluno transponha para os seus cuidados aspectos relacionados com patologias, o que torna a prestação dos cuidados muito menos complexa e imprevisível.

No 2º semestre do 2º ano do curso decorre o **Ensino Clínico III**. Relaciona-se com a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo saudável, sem e com necessidades especiais (indivíduo diferente), ao longo do ciclo vital (da pré-concepção à velhice), é realizado em Centros de Saúde e em Instituições de Apoio ao Indivíduo com Necessidades Especiais, nomeadamente Cooperativas de Ensino Reabilitação Crianças Inadaptadas, Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental.

Estes dois espaços distintos permitem ao aluno uma visão mais global da pessoa, dos cuidados que a mesma necessita ao longo do ciclo vital, quer seja na área da promoção da saúde, prevenção de doença ou acidente, quer na estimulação precoce da criança portadora de deficiência e da reintegração social.

Este ensino clínico, em conjunto com o anterior, permitirá ao aluno compreender melhor a temática do 3º ano, Vida e Doença, interligando os conhecimentos, tanto os que confirmou em contexto de prática clínica, como os emergentes da nova temática, numa aprendizagem mais reflectida, sustentada pela aprendizagem experiencial e promovendo assim um maior desenvolvimento pessoal.

Os espaços físicos onde decorrem os dois módulos do ensino clínico constituem-se como espaços bem diferenciados da Escola, nomeadamente nas Instituições de Apoio ao Indivíduo com Necessidades Especiais, no Centro de Saúde e nos domicílios dos utentes aos quais o aluno se desloca em actividades integradas no Centro de Saúde. Este facto proporciona-lhe a compreensão as diferenças das necessidades da pessoa relacionadas com diversos factores: fase de vida /desenvolvimento, contexto sócio-económico e cultural, resposta da pessoa às transições geradas pelo processo de desenvolvimento ou por eventos significativos que exigem adaptação.

Os **Ensinos Clínicos IV e V** decorrem no 1º e 2º semestre do 3º ano do curso, cuja temática é Vida e Doença e estão relacionados com a prestação de cuidados de

enfermagem ao indivíduo com doença do foro médico e cirúrgico, respectivamente e decorrem em diferentes Hospitais, em serviços de área médica e de área cirúrgica.

Salientamos aqui que o ensino clínico IV constitui o momento de “grande impacto” para o aluno, porquanto é a primeira vez que colabora e presta cuidados à pessoa em situação de doença e no qual tem contacto mais próximo com o sofrimento e a morte, que o obrigam a desenvolver estratégias para “agir em situação”, em conformidade com o seu papel de cuidador.

O **Ensino Clínico VI**, integrado no 1º semestre do 4º ano⁵⁴ e realiza-se em duas áreas distintas – Psiquiatria e Pediatria pressupondo a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo com doença do foro mental e à criança doente.

À semelhança dos estágios anteriores pressupõe-se que o aluno se integre nas equipas de prestação de cuidados, numa aproximação à prática profissional, com algumas condicionantes dado que, em ambos os contextos, se prestam cuidados de enfermagem com uma maior diferenciação.

O **Ensino Clínico VII** decorre no 2º semestre do 4º ano do curso e é constituído por três módulos, aos quais correspondem três áreas distintas: Cuidados Continuados, Urgência e Opção, com objectivos gerais igualmente distintos e com uma duração de 6 semanas cada.

Pretende-se com esta organização sustentar a temática do 4º ano, permitindo ao aluno desenvolver competências na área dos cuidados continuados, na qual emergem cada vez mais unidades, de forma a dar resposta não só às necessidades dos utentes (doenças crónicas de evolução mais prolongada face aos novos tratamentos, envelhecimento da população, falta de apoio social às famílias), mas também decorrentes das novas políticas de gestão hospitalar (diminuição do tempo de internamento, com altas cada vez mais precoces, criação de unidades de cuidados menos diferenciadas e, conseqüentemente, menos onerosas).

O ensino clínico, realizado em Serviços de Urgência, tem como objectivo geral que o aluno desenvolva competências no atendimento de utentes em serviço de urgência acometidos de doença súbita ou acidente. Este contexto de prestação de cuidados exige que o aluno saiba mobilizar, em tempo útil, na maioria dos casos sob condições de pressão, os seus recursos, para atender às necessidades dos utentes (e suas famílias) que recorrem a este serviço.

O módulo de Opção visa proporcionar ao aluno um estágio numa área para a qual se sinta mais vocacionado ou na qual pretenda aprofundar conhecimentos/desenvolver

⁵⁴ - Apesar dos conteúdos teóricos sobre estes temas serem leccionados no 2º semestre do 3º ano é impossível, em termos de organização curricular, a sua realização nesse ano lectivo, daí que ocorram no ano lectivo seguinte.

competências, constituindo-se, na maioria dos casos, por unidades de cuidados de maior complexidade e diferenciação (Unidade de Cuidados Intensivos, Neurocirurgia, Serviço de Medicina Intensiva entre outros).

Os contextos, assim como a sequência dos módulos, depende da articulação possível entre a ESSUA e as unidades de Saúde com quem estabelece parcerias de formação, nomeadamente da disponibilidade de locais e número de alunos por local, dado que este último ensino clínico se constitui também como período de integração à vida profissional em que os alunos são integrados na equipe de enfermagem, com horários de *roulement* idênticos aos do supervisor clínico.

Acresce referir que tem existido alguma dificuldade em estabelecer protocolos com algumas instituições de saúde, o que implica por vezes a deslocação dos alunos para fora do Distrito de Aveiro, nomeadamente Coimbra, Castelo Branco, Lisboa, Porto, Viseu, Viana do Castelo.

Como forma de sintetizar esta caracterização apresentamos no apêndice 1, os elementos que caracterizam os diferentes contextos, por ensino clínico, considerados pertinentes para a compreensão dos dados nomeadamente: os objectivos, a instituição e o tipo de serviço, com as suas características específicas assim como o modelo de acompanhamento de aluno em estágio estabelecido por protocolo entre a ESSUA e a respectiva instituição de saúde. Como forma de complementar esta caracterização apresentamos em anexo os guias orientadores de cada ensino clínico⁵⁵. Salientamos ainda que, os dados se reportam a este grupo de alunos e não a um padrão que se verifica para todos os grupos de alunos da ESSUA.

As Pessoas – Os sujeitos participantes

Ao centrar a nossa reflexão sobre os sujeitos envolvidos nos ensinamentos clínicos estamos a reconhecer a importância que todos têm nestes contextos de formação, desde os alunos, aos docentes e enfermeiros da prática clínica, que podem contudo assumir diversos papéis neste processo.

Sendo a ESSUA a instituição responsável pela formação dos seus alunos, ela interage, em parceria com os diversos locais de estágio, formando, em conjunto, um centro de formação alargado. Seguindo a perspectiva ecológica preconizada, o modelo de relacionamento interinstitucional a adoptar tem que ser altamente interactivo, a fim de

⁵⁵ Anexo 1 – Guia Orientador do Ensino Clínico II
Anexo 2 – Guia Orientador do Ensino Clínico III
Anexo 3 – Guia Orientador do Ensino Clínico IV
Anexo 4 – Guia Orientador do Ensino Clínico V
Anexo 5 – Guia Orientador do Ensino Clínico VI - Pediatria
Anexo 6 – Guia Orientador do Ensino Clínico VI - Psiquiatria
Anexo 7 – Guia Orientador do Ensino Clínico VII

poder desenvolver-se uma cultura formativa, partilhada e auto reguladora do processo do estágio clínico.

Esta visão possibilita uma intervenção coordenada, em que os professores na escola e os profissionais no terreno clarificam as concepções de formação, colaboram na planificação, realização e avaliação do programa de estágios clínicos, com papéis e responsabilidades bem definidas, de forma a potencializarem os recursos bilaterais existentes e a encontrarem soluções para novas situações que eventualmente vão emergir.

Nesta interacção promove-se também, assim se espera, o desenvolvimento profissional dos vários actores envolvidos: os alunos, que se espera que desenvolvam as competências necessárias ao exercício profissional; os docentes, que neste processo redescobrem a prática profissional, vivenciando novas metodologias de trabalho, novos procedimentos, novas situações clínicas, que podem (e devem) ser enquadrados nas suas actividades docentes (aulas, trabalho com o aluno), permitindo-lhes, assim, estar actualizados e em consonância com os contextos da prática onde os alunos realizam os seus ensinamentos clínicos; os profissionais da prática cuja interacção com alunos e docentes lhes permite (lhes exige) uma reflexão sobre as suas práticas, inseridas no contexto local e num contexto mais alargado de emergência de conhecimento científico sobre essas mesmas práticas.

Tendo a ESSUA iniciado as suas actividades há apenas oito anos e num contexto específico de integração na Universidade de Aveiro, tem seguido alguns princípios de forma diferente de outras instituições similares, nomeadamente, no que se refere à contratação de docentes, optando por um corpo docente a tempo integral, reduzido, em cada área específica (enfermagem, fisioterapia, radiologia, terapia da fala, radioterapia e gerontologia), acrescido de docentes de áreas subjacentes a todos os cursos (fisiologia, sociologia, psicologia, sistemas de informação, informática entre outras).

Para além destes docentes a tempo integral, cuja actividade profissional é apenas na área da docência e investigação, há ainda um conjunto de docentes que desenvolvem a sua actividade profissional em contexto de prática clínica, mas que, em acumulação, desempenham funções docentes a tempo parcial.

Este modelo de contratação de docentes não se prende apenas com aspectos relativos à gestão dos recursos humanos, mas também com a perspectiva de que a integração destes profissionais permite uma aproximação maior aos contextos de prática clínica, na abordagem de formação que fazem em contextos de “teoria” e ainda uma maior ligação entre os profissionais da prática e a própria escola, mais especificamente durante os ensinamentos clínicos.

Este modelo é entendido por nós como uma mais valia dado que há um número significativamente maior de profissionais que se revêem como docentes da ESSUA e como tal participam de forma mais activa nos ensinamentos clínicos.

Por forma a sustentar todos estes aspectos e pela diversidade de contextos envolvidos foi necessário reflectir sobre o papel de cada sujeito/actor envolvido no processo formativo, aluno, “supervisor”, docente. Este trabalho de conceptualização foi realizado pelos docentes (a tempo integral) de todas as áreas e coordenado pela Professora Doutora Isabel Alarcão. Do mesmo resultou o documento - Projecto Estágios Clínicos (ESSUA 2002)⁵⁶ que define alguns princípios reguladores dos ensinamentos clínicos assim como as funções de cada actor envolvido.

Alunos

No contexto de ensino clínico, na perspectiva da ESSUA, o aluno detém um papel de actor principal. É sobre ele que incide o processo. É para ele que se definem estratégias. Mas é ele que se deve responsabilizar pelo seu desenvolvimento profissional. As perspectivas actuais de formação pressupõem um maior envolvimento do aluno no seu processo formativo, evidenciando o seu papel central no desenvolvimento das suas competências, o que implica, na perspectiva de Alarcão e Rua (2005:380), que deve existir uma “interacção dos formandos com a acção profissional contextualizada, sob a orientação (supervisão) de profissionais que os ajudem a desenvolver conhecimentos, técnicas e atitudes numa perspectiva de construção do seu profissionalismo e da sua identidade profissional, através a mobilização de conhecimentos adquiridos e emergentes, relevantes para a compreensão do mundo real na sua dimensão ecológica.”

O papel de aluno pressupõe, nesta abordagem clínico-reflexiva, que este faça uma leitura compreensiva da realidade, observando e interpretando acções processos e resultados, à luz dos “saberes” disciplinares e da sua possível experiência em estágios anteriores.

Assim, o aluno deve, progressivamente, integrar-se na metodologia de trabalho da equipe, desenvolvendo actividades (da observação à prestação de cuidados), formando com o supervisor e/ou enfermeiros do serviço, díades observacionais, que evoluem no sentido de díades de actividade conjunta. Este diálogo com o contexto pressupõe uma

⁵⁶ - Nota: Por razões de alteração das políticas de saúde – Criação dos Hospitais S.A. e de relacionamento interinstitucional, foi necessário efectuar ajustes nos protocolos entre as instituições e a ESSUA, pelo que foram redefinidos os papéis dos intervenientes no estágio, excepto o dos alunos, e foram criadas novas “categorias” de profissionais que iriam colaborar com a ESSUA, neste projecto, a partir do ano lectivo 2004/2005. (Ver anexo 8 - Modelos de acompanhamento dos estágios.)

Dado que este trabalho de investigação decorre em “contexto ecológico”, tivemos no final do 2º ano uma alteração relativamente aos papéis dos profissionais que acompanham os alunos em estágio clínico. Este grupo de alunos vivenciou assim uma mudança nos “contextos organizacionais”, que eventualmente pode ter influenciado o desenvolvimento das suas competências.

reflexão permanente sobre as suas práticas, extraindo daí elementos importantes para o seu processo de desenvolvimento.

Nesta perspectiva de desenvolvimento do aluno foram definidas numa primeira fase (ESSUA 2002), competências a desenvolver pelo mesmo, ao longo dos estágios clínicos, resultantes de um trabalho de reflexão e tentativa de sistematização do conhecimento sobre esta problemática e que entendemos estarem em consonância com as perspectivas de competência apresentadas por Alarcão (2001), Le Boterf (1994,1997), Perrenaud (1995, 2000).

Entendeu-se, assim, que as competências a desenvolver em contexto de estágio clínico “consustanciam a articulação das competências científicas, comunicacionais, afectivas e técnicas definidas pelo Programa das Ciências da Saúde” (ESSUA, 2002:13).

Resultaram, assim, quatro dimensões base, para avaliação das competências do aluno em contexto de ensino clínico: cognitiva, atitudinal, comunicacional e técnica⁵⁷ nas quais são enquadradas as diversas competências a desenvolver, de acordo com a especificidades de cada ensino clínico, o Código Deontológico do Enfermeiro e o perfil de profissional a formar na ESSUA.

Embora mantendo as dimensões referidas, houve contudo uma evolução na proposta inicial de competências a avaliar, articulando-se as mesmas com as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2003).

Docentes, Coordenadores de local de estágio, Orientadores cooperantes, Supervisores e Tutores

Subjacente à filosofia de estágios clínicos da ESSUA e de trabalho em parceria com instituições prestadoras de cuidados, esteve já a teoria ecológica de desenvolvimento humano, de Urie Bronfenbrenner, na sua adaptação ao desenvolvimento profissional por Alarcão e Sá-Chaves (1994) e Formosinho (2002), que pressupõe que os profissionais da prática se constituem como elementos importantes para o desenvolvimento de competências do aluno.

No contexto actual da enfermagem portuguesa, dado que coexistem duas carreiras profissionais, – prática clínica e docência – começa a existir alguma

⁵⁷ - Dimensão cognitiva – integra a “Aquisição e desenvolvimento de conhecimentos para a mobilização reflectida de saberes que antecipam e fundamentam a acção”;
Dimensão Comunicacional – engloba “ Comportamentos verbais e não verbais que para além de meio de comunicação estabelecem uma interacção que influencia o desempenho profissional”;
Dimensão Atitudinal - abrange “Manifestações de comportamentos coerentes e congruentes para com as pessoas, bem como respeito pelas regras de organização institucional”;
Dimensão Técnica – congloba “Aplicação de conhecimentos científicos no domínio da realização de actividades instrumentais, mobilizando saberes relativos à eficácia e eficiência dos cuidados de saúde.”

ambiguidade relativamente a quem deve acompanhar os alunos no seu processo de formação em contexto de ensino clínico.

Nas perspectivas actuais de formação em ensino clínico, pressupõe-se que a formação e a orientação em estágio clínico só fazem sentido tendo por base uma relação de parceria, onde a “horizontalidade de relações se institua como forma de estar, de modo a permitir a cada um a participação no âmbito das suas competências e não baseando-se na anulação das competências dos diversos actores destruindo, pela assimetria de relações, a possibilidade de uma cooperação” (Nóvoa, 1992:30).

Não podemos referir que estes modelos se operacionalizam de forma linear, ou seja tal como se representa na figura 15, mas com o decorrer das experiências tem-se verificado uma aproximação progressiva aos objectivos propostos. Salientamos aqui o esforço feito por todos os intervenientes.

A figura 15 ilustra, de uma forma esquemática, o modo como hierarquicamente se relacionam os actores responsáveis pela orientação e supervisão dos alunos em contexto de estágio clínico. Em ambos os modelos há um docente responsável pelo estágio clínico que assume a maior parte da responsabilidade nomeadamente o planeamento, a organização, a preparação de alunos e supervisores e a avaliação final do estágio.

A diferenciação entre os dois modelos⁵⁸ reside no facto de, no Modelo A, os profissionais da prática serem detentores de uma maior responsabilidade na supervisão dos alunos e a disponibilidade destes para este processo supervisivo ser concedida a tempo inteiro, pela instituição. Os custos desse processo são imputados à ESSUA.

No Modelo B, apesar do comprometimento de colaboração interinstitucional, os profissionais da prática não ficam totalmente dispensados das suas actividades no serviço, limitando-se assim a colaborar na supervisão, mas sob a responsabilidade de um docente da ESSUA.

A escolha do modelo de acompanhamento/orientação de alunos em ensino clínico depende das características do estágio, das propostas da instituição de acolhimento dos alunos e do número de alunos em cada local.

⁵⁸ - Anexo 8 – Modelo de acompanhamento de alunos em ensino clínico

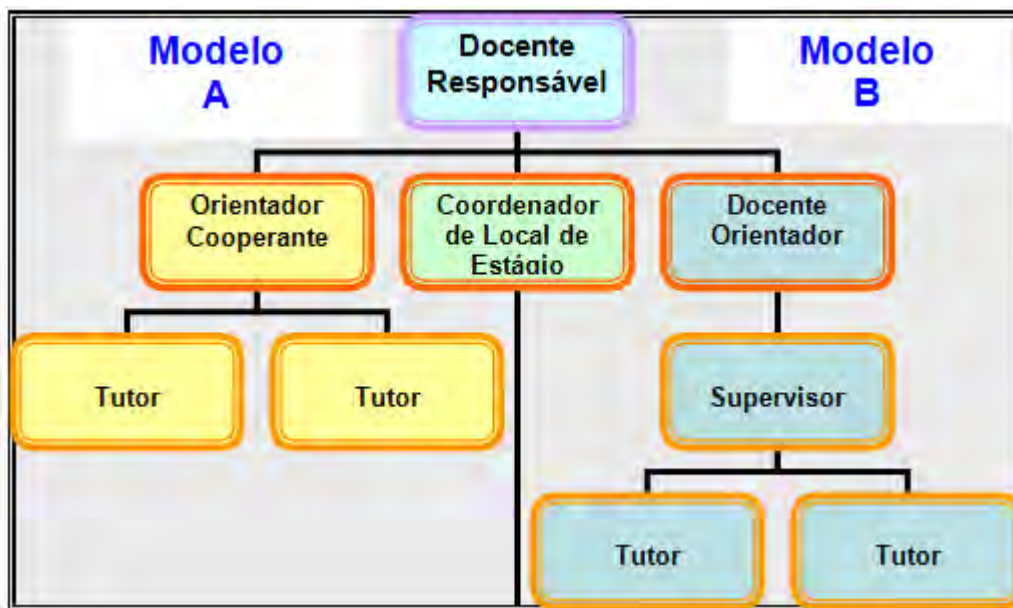


Figura 15 – Modelos de acompanhamento de alunos em estágio clínico definido pela ESSUA.

No âmbito da muita incerteza e complexidade organizativa de todo o processo, foi necessário definir, em documento da escola as funções de cada um destes actores, Docente responsável, Docente orientador, Coordenador do local de estágio, Orientador cooperante, Supervisor clínico e Tutor/Monitor das quais destacamos respectivamente:

Docente responsável (modelos A e B)

O Docente Responsável pelos ensinamentos clínicos é nomeado pelos órgãos directivos da ESSUA e coordena os diferentes actores intervenientes no estágio, planeando e avaliando o processo de supervisão em estágio clínico na sua globalidade, em interligação com o Centro de Estágios⁵⁹.

⁵⁹ - Na organização da ESSUA, está definido um órgão – Centro de Estágios, que coordena todos os aspectos logísticos relacionados com estágios clínicos de todos os cursos. Este centro é coordenado por um docente de uma das áreas. Fazem ainda parte deste centro, um docente de cada uma das restantes áreas nomeado em cada biénio e uma secretária, com funções administrativas. O Centro está na dependência directa do Director da Escola.

Na nossa investigação, realizada num contexto ecológico e incidindo sobre o grupo de alunos do 2º CLE da ESSUA, não alterámos qualquer procedimento/etapa na preparação dos estágios deste grupo de alunos. Apesar de durante dois dos anos em que decorreu este trabalho estarmos a coordenar o Centro de estágios da ESSUA, não fizemos “ajustes” no sentido de promover a nossa investigação, mas sim no sentido de conciliar os objectivos de formação da escola com os objectivos das instituições com as quais a ESSUA estabeleceu protocolos de colaboração no âmbito da formação.

De realçar que sendo este o 2º CLE a decorrer na ESSUA, houve da nossa parte, enquanto coordenadora do Centro Estágios, todo um trabalho de estabelecimento de relações inter-institucionais, para a criação de uma rede de parcerias e que passou pela definição de modelos de acompanhamento/supervisão de alunos em estágio clínico e posterior negociação de protocolos de colaboração no âmbito da formação com diferentes Conselhos de Administração, com base no Projecto de Estágios Clínicos (2002).

Este trabalho permitiu-nos conhecer melhor cada instituição e cada serviço onde os alunos realizaram os seus estágios, facilitando-nos ainda o estabelecimento de relações de maior proximidade com os profissionais do serviço, o que de alguma forma nos ajudou no decurso deste nosso trabalho de investigação.

Inerentes ao seu papel tem como funções: definir, em conjunto com o centro de estágios, os docentes orientadores e os profissionais da prática envolvidos em cada ensino clínico as concepções de formação, os objectivos, as metodologias de ensino-aprendizagem, os critérios e instrumentos de avaliação; dinamizar *workshop* de preparação de ensino clínico, com todos os actores, alunos, docentes orientadores e supervisores, colocando à discussão as concepções de formação do estágio clínico: os objectivos, as metodologias de ensino-aprendizagem, os critérios e instrumentos de avaliação, assim como todos os aspectos relacionados com o estágio que se mostrem pertinentes. Assume ainda a responsabilidade da coordenação da avaliação do ensino clínico em conjunto com os docentes orientadores e com os supervisores que nele colaboram directamente.

Docente orientador (modelo B)

Ao Docente Orientador compete garantir ao aluno uma aprendizagem adequada à gestão do saber, de modo a promover o seu desenvolvimento. Este acompanha um grupo de alunos, no sentido de motivar, incentivar, dialogar, esclarecer e encaminhar para que possam atingir os objectivos previamente determinados. São suas funções: colaborar, com o docente responsável e os profissionais da prática (supervisores) na definição das concepções de formação do estágio clínico, objectivos, metodologias de ensino-aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação; orientar, de forma sistemática, o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências dos alunos, promovendo uma prática reflexiva e reunindo periodicamente com os supervisores/tutores e os alunos; participar na avaliação dos alunos, em conjunto com o supervisor e/ou tutores, sendo o responsável pela atribuição da nota final, que integra a nota resultante da grelha pré-estabelecida e a nota do relatório final.

Orientador cooperante (Modelo A)

O Orientador Cooperante é um profissional da prática que, por protocolo estabelecido entre a ESSUA e a Instituição de estágio, se assume, na equipe em que se integra como elemento supranumerário, com funções de **docente orientador** de estágio clínico, sendo coordenado pelo docente responsável pelo estágio clínico.

Coordenador do local de estágio (Modelo A e B)

O Coordenador do Local de Estágio é o profissional responsável pela gestão do serviço, enfermeiro chefe, ou enfermeiro responsável, que participa na organização do estágio clínico conjuntamente com o docente responsável do mesmo, coordenando, ao

longo do estágio, os recursos e oportunidades do serviço de forma a permitir ao aluno o seu desenvolvimento de forma harmoniosa.

Neste papel foram definidas como suas funções: definir, em conjunto com o docente responsável, a organização dos ensinamentos clínicos no seu local de trabalho, nomeadamente número de alunos, actividades, horários a praticar pelos mesmos, distribuição de alunos por áreas de actuação, entre outras; coordenar e organizar os ensinamentos clínicos no seu local de trabalho nomeadamente no que se refere a elaboração de horários compatíveis dos profissionais que cooperam no estágio, distribuição dos utentes pelos alunos, promoção de oportunidades de formação; estabelecer a articulação entre o local onde decorre o estágio e o docente responsável pelo mesmo.

Supervisor clínico (Modelo B)

O Supervisor Clínico é o profissional do local onde decorre o ensino clínico que orienta os alunos na resolução de problemas mais ou menos específicos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, em articulação com docentes orientadores e tutores assumindo como funções: supervisionar o processo de ensino-aprendizagem do aluno em articulação com os Tutores, de forma a facilitar a aprendizagem e servir de referência profissional; demonstrar e justificar os procedimentos que realiza; ajudar a mobilizar e integrar conhecimentos; promover o desenvolvimento de competências dos alunos de forma a identificarem necessidades, estabelecerem prioridades, planearem, executarem e avaliarem as intervenções realizadas assim como o resultado das mesmas para o utente; escutar e encorajar os alunos, estabelecendo uma relação de interajuda; promover a prática reflexiva dos alunos, de modo a atribuírem significado às suas vivências; socializar os alunos para uma filosofia de unidade e de integração numa equipa multiprofissional; avaliar com os alunos o seu desenvolvimento ao longo do estágio, ajudando-os a encontrar estratégias para ultrapassar as dificuldades identificadas, atribuindo, em conjunto com o docente responsável a nota final.

Tutor (Modelo A e B)

O Tutor é o profissional da instituição que colabora no acompanhamento dos alunos e tem como funções: facilitar a aprendizagem e servir de referência profissional; demonstrar e justificar os procedimentos que realiza; ajudar a mobilizar e integrar conhecimentos; promover o desenvolvimento de competências dos alunos de forma a identificarem necessidades, estabelecerem prioridades, planearem, executarem e avaliarem as intervenções.

Em algumas situações específicas, nomeadamente no ensino clínico VII, o tutor pode assumir funções idênticas às do supervisor, nomeadamente, quando o grupo de alunos se distribui por horários diferentes, acompanhando cada aluno um tutor, em consonância com as orientações do supervisor e as situações de aprendizagem.

Os Processos

Os processos englobam todos os aspectos inerentes à realização dos ensinamentos clínicos e que vão desde a preparação dos mesmos até à avaliação do desenvolvimento dos alunos.

Na filosofia da ESSUA entendem-se os ensinamentos clínicos como períodos integradores de aprendizagem, num *continuum* de abrangência e complexidade, pelo que a sua preparação é entendida como um processo importante para o sucesso dos alunos no que se refere ao desenvolvimento das suas competências.

Preparação dos Ensinamentos Clínicos

Muito embora esta preparação seja feita como um todo integrado, identificamos na mesma, especificidades próprias de cada ensino clínico e em cada momento, pelo que nela estão envolvidos diversos actores.

A preparação global encerra em si aspectos tão diferentes como, a preparação do estágio (planeamento, organização, implementação, apoio logístico); preparação dos docentes orientadores; preparação dos supervisores; preparação dos alunos.

O Centro de Estágios é responsável por todos os aspectos logísticos referentes aos estágios clínicos, actuando em colaboração com os docentes responsáveis de cada estágio.

Ultrapassados os aspectos burocráticos, (ofícios, autorizações, estabelecimento de número de alunos por local, modelo de acompanhamento de alunos) os docentes responsáveis pelos ensinamentos clínicos, em colaboração com os restantes docentes orientadores, preparam os guias orientadores do estágio clínico, definindo de uma forma global os objectivos de cada estágio clínico, as estratégias de formação e de supervisão a adoptar (de acordo com o estágio, o local, o apoio esperado da equipa), as metodologias de avaliação, entre outros aspectos a serem debatidos pontualmente.

Esta preparação é feita ao longo do semestre, em consonância com o “período teórico”, nomeadamente os trabalhos realizados pelos alunos, os problemas virtuais trabalhados em laboratório, a avaliação de estágios anteriores na mesma área, conhecimento dos locais de estágio ou, mesmo, conhecimentos novos que pressupõem

atualização de procedimentos, ou adequação de procedimentos a determinado serviço⁶⁰.

Nesta perspectiva podemos referir que a preparação dos estágios faz parte do processo de formação do aluno, ou seja, está de algum modo subjacente a toda a formação que se pretende integradora de saberes, porquanto os alunos são remetidos para experiências dos contextos de trabalho, discutindo casos “Virtuais” e, em laboratório, simulando situações às quais necessitam dar resposta, como forma de, progressivamente, desenvolverem capacidades que lhes permitam, em contextos reais, “agir com pertinência”.

Assim, a partir do Ensino Clínico II, os alunos são levados a reflectir sobre situações já vivenciadas em estágio em confronto com novos conhecimentos teóricos, ou a utilização de novas técnicas e procedimentos em laboratório. Esta estratégia permite ao aluno uma melhor compreensão dos procedimentos, através da reflexão sobre a acção realizada e sobre o significado que a mesma teve no momento.

Para além do referido, os alunos participam ainda num *Workshop*, com os docentes orientadores, para preparação de cada estágio clínico, no qual é feita a introdução à filosofia de cada estágio (promoção da multidisciplinaridade) e a apresentação dos objectivos do estágio, da distribuição por grupos e por locais, dos docentes responsáveis assim como das linhas orientadoras de observação e participação nas actividades dos serviços, de reflexão sobre as mesmas são ainda apresentadas as metodologias de avaliação e discutido o desempenho do seu papel como aluno estagiário.

Nesta preparação dos estágios estão ainda incluídos os Orientadores Cooperantes e os Supervisores Clínicos, pois colaboram activamente no processo de formação dos alunos. Estes são assim envolvidos, ao longo do semestre, quando se acha pertinente a colaboração dos mesmos, com os docentes, para preparação do estágio, ou se identifica a necessidade de existir um contacto prévio dos alunos com os profissionais da prática, numa aproximação aos “contextos” e aos “processos”. Quando tal não se verifica existe pelo menos, imediatamente antes de cada período de estágio, um *Workshop* de preparação dos orientadores e supervisores, no qual se promove a

⁶⁰ - Da diversidade de Instituições onde decorrem os estágios clínicos emergem diferentes aspectos a ter em conta, se temos um conhecimento mais profundo de cada contexto, antes de cada estágio, nomeadamente: organização dos cuidados, filosofias de cuidar, recursos materiais disponíveis, características da equipe de enfermagem.

Cada instituição tem ainda subjacente uma filosofia quanto á sua colaboração na formação de novos profissionais, decorrente da sua missão, dentro do sistema de saúde; de processos de acreditação da qualidade, os quais têm normas muito específicas quantos á actividade de alunos, nomeadamente a exigência de formação em Suporte Avançado de Vida e em CIPE. Estas exigências institucionais implicam por vezes formação diversa dos alunos de acordo com os locais onde realizam os estágios clínicos.

reflexão sobre o estágio, nomeadamente sobre as propostas de objectivos a atingir pelo aluno, as estratégias de supervisão a adoptar, recursos dos serviços e da escola.

Este *Workshop* tem ainda como objectivo uma aproximação entre docentes da ESSUA e profissionais da prática, numa perspectiva multidisciplinar, dado que na primeira parte do mesmo participam docentes e profissionais de todas as áreas (cujos cursos estejam a decorrer na escola) e se faz uma apresentação, para discussão, de um tema pertinente no domínio da saúde dando assim aos participantes a oportunidade de se valorizarem profissionalmente.

Partindo do pressuposto de que estão a emergir novos paradigmas e que há necessidade de estabelecer um determinado nível de conhecimento e espírito crítico sobre esse aspecto, nomeadamente no que se refere à supervisão clínica, a ESSUA em colaboração com o Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa e a Secção Autónoma das Ciências da Saúde tem promovido a formação nessa área a profissionais que colaboram nos estágios clínicos através da realização de um Curso de Formação Especializada de Curta Duração em Supervisão de Estágios Clínicos.⁶¹

Estratégias de formação e supervisão

Em contexto de ensino clínico, a formação tem alguns “aspectos específicos”, decorrentes de situações únicas e irrepetíveis, ou seja, não se podem experienciar, tal como no laboratório, pela repetição, ou apenas pela imitação. Por esse motivo é necessário estabelecer estratégias formativas que permitam ao aluno apreender a realidade da prática clínica, “tirando partido” das oportunidades.

Na filosofia da ESSUA e em consonância com o pensamento dos defensores da aprendizagem experiencial e reflectida (Dewey, Kolb, Schön), que consideram a experiência e a reflexão essenciais à aprendizagem, propõem-se como princípios de formação validadores da experiência como aprendizagem, os enunciados por Alarcão (2001) e que, foram referenciados no ponto 3.2 do quadro teórico de referência.

Deste modo, promovem-se como estratégias formativas e de supervisão as que envolvam os alunos na observação, na acção e na reflexão; as que incentivem o questionamento crítico, a sistematização e conceptualização dos saberes, a interacção e comunicação com os vários actores: utentes, profissionais, docentes, colegas.

⁶¹ - Este curso (já com 4 edições) tem como objectivo desenvolver competências de orientação e acompanhamento de alunos em estágios clínicos na área da saúde. Como princípio de colaboração e partilha de saberes, são reservadas 50% do número de vagas de cada curso a profissionais da prática que colaboraram com a ESSUA, como Supervisores Clínicos.

Destacamos a ênfase colocada nas estratégias de acção e reflexão (prática reflexiva) propostas por Alarcão e Rua (2005:381) as quais se sustentam nos pressupostos de Alarcão (2000) e Alarcão e Tavares (2003):

- “demonstração, que deve ser acompanhada por explicação formativa ou questionante, promotora da compreensão;
- execução, acompanhada de auto-avaliação e racionalmente justificada e efectivamente apoiada por hetero-feedback informativo;
- análise de casos, estratégia interdisciplinar por excelência;
- narrativas de situações e reacções, se possível, por escrito porque o acto de escrita é, por natureza um acto reflexivo;
- portfolios reflexivos (a testemunhar a caminhada de formação);
- perguntas pedagógicas (que organizadas em sequências tipológicas, se iniciam com a descrição de acontecimentos, passam pela interpretação dos mesmos e o confronto com outras maneiras de agir e desembocam na reconstrução de saberes, atitudes ou modos de pensar).”

Competências a desenvolver e estratégias de avaliação

Tal como já foi explicitado, pretende-se que o aluno desenvolva competências dos domínios cognitivo, atitudinal comunicacional e técnico que lhe permitam um exercício profissional responsável autónomo e ético. Entende-se, assim, que o **domínio cognitivo** engloba um “saber” que lhe permite: domínio de conceitos; capacidade de mobilização de conhecimentos para integração da teoria na prática; capacidade de gerir informação; capacidade de resolução de problemas; criatividade e multidisciplinaridade; capacidade crítico-reflexiva; capacidade de agir com autonomia; motivação para a aprendizagem ao longo da vida; adequação dos recursos materiais face às necessidades; capacidade de reflexão sobre a acção.

O **domínio comunicacional** engloba: capacidade de utilizar técnicas verbais e não verbais de forma assertiva; capacidade de estabelecer relação de ajuda; capacidade de disponibilizar informação pertinente para o processo de cuidar; domínio da expressão gráfica e de literacia; domínio de tecnologias de informação e comunicação.

O **domínio atitudinal** é enquadrador de um “saber ser e saber estar” como manifestação de comportamentos coerentes e congruentes com o seu papel de aluno, nomeadamente: responsabilidade pessoal e social; avaliação das consequências dos actos; abertura e disposição para o trabalho em equipa; demonstração de respeito pelos direitos do utente e família; sensibilidade para a leitura das realidades do meio envolvente (micro, exo e macrosistema).

O **domínio técnico** congloba o “saber fazer”, determinado pela aplicação de conhecimentos científicos na realização correcta de técnicas e procedimentos no desenvolvimento de destreza manual e no agir com pertinência em cada situação.

Em consonância com o que foi referido anteriormente, preconiza-se o uso de estratégias de avaliação formativas que devem ocorrer ao longo do ensino clínico de modo a que, o docente orientador, o supervisor clínico e o aluno, em conjunto, encontrem estratégias de reorientação do processo de ensino/aprendizagem.

Neste sentido o docente orientador e o supervisor clínico deverão estar atentos de forma a recolher o máximo de dados ou indicadores referentes ao aluno (comportamentos, dúvidas, problemas, sucessos, dificuldades, etc.), para que, a partir deles, possam reorientar a metodologia de trabalho adoptada, promovendo, assim, um maior desenvolvimento das competências do mesmo.

Contudo, há necessidade de proceder a uma avaliação sumativa, da qual advêm as classificações finais do aluno em cada ensino clínico. Essa avaliação é feita através de uma grelha de avaliação de competências que engloba um conjunto de indicadores, definidos de acordo com os objectivos de cada ensino clínico e com cada dimensão de competência. No quadro **5** apresentamos (não especificando um ensino clínico), uma grelha de avaliação de competências do aluno.

Quadro 5 – Representação de uma grelha de avaliação de competências do aluno em Ensino Clínico.

DIMENSÃO	OBJECTIVOS	INDICADORES
Cognitiva	1	Integra a metodologia de trabalho da equipa.
	2	Colhe os dados correctamente.
		Analisa e interpreta a informação recolhida.
		Planeia as actividades a desenvolver estabelecendo prioridades.
		Executa os cuidados planeados.
		Avalia as actividades desenvolvidas.
	3	Justifica os procedimentos, com base em conhecimentos teóricos.
		Demonstra capacidade de gerir informação.
		Utiliza adequadamente os recursos às necessidades.
	4	Utiliza princípios de reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.
Comunicacional	5	Estabelece relação de ajuda com o utente/família.
		Comunica de forma adequada às características do utente.
		Regista de forma sistematizada a informação.
		Transmite as informações pertinentes à equipa sobre o utente/família.
Atitudinal	6	É pontual e assíduo.
		Participa nas actividades do serviço.
		Demonstra abertura para o trabalho em equipa.
		Demonstra responsabilidade, avaliando as consequências dos seus actos.
	7	Demonstra respeito pelo utente/família e equipa.
		Respeita as normas e critérios de actuação do serviço.
		Cumprir as normas da Comissão de Controlo de Infecção.
	8	Demonstra discrição e sigilo profissional
Realiza auto-avaliação.		
Técnica	9	Avalia o indivíduo jovem, adulto e idoso, de forma holística.
		Promove a satisfação das necessidades humanas fundamentais.
		Prepara e administra medicamentos, soros, sangue total ou respectivos componentes.
		Colabora na preparação e realização de exames auxiliares de diagnóstico.
	10	Utiliza técnica asséptica médica e cirúrgica.
		Utiliza correctamente o material.

Para além da avaliação destas competências, o aluno elabora ainda um relatório com carácter crítico-reflexivo sobre o seu desenvolvimento, que advém da reflexão que o mesmo faz das actividades realizadas, das dificuldades sentidas ao longo do ensino clínico e das novas situações de aprendizagem. Pretende-se assim que neste relatório demonstre uma capacidade crítico-reflexiva assim como o domínio da literacia.

De acordo com o modelo ecológico de desenvolvimento profissional que está subjacente, a avaliação formativa e sumativa exigem a participação activa de todos os actores da formação dado que os saberes têm um carácter interdisciplinar, contextualizado e funcional. Colocando a ênfase na avaliação contínua, estamos em

congruência com o que foi definido no Programa Ciências da Saúde (2000:35) por forma a “ajudar os alunos a aprender e a desenvolverem-se”.

-

3 – PARTICIPANTES NO ESTUDO

A selecção dos sujeitos participantes no estudo emerge naturalmente do tipo de trabalho, estudo de caso, cuja unidade de análise é o grupo de alunos, do 2º Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSUA (2002-2003 a 2005-2006). Incluem-se ainda nos participantes os docentes e supervisores clínicos que participaram activamente nos ensinamentos clínicos realizados por este grupo de alunos ao longo do curso, constituindo-se assim na sua totalidade como o Sujeito Colectivo do estudo.

Constituíram-se como elementos participantes “fixos”, o grupo de alunos do 2º CLE, da ESSUA, os restantes elementos, docentes e supervisores, foram integrados (solicitados a participar) em cada ensino clínico na medida em que os mesmos foram decorrendo.

Para a compreensão do processo de desenvolvimento de competências dos alunos, objectivo principal do nosso estudo - era indispensável, para além da nossa observação, que alunos, supervisores e tutores nos narrassem “aquilo que eles experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem” (Psathas, 1993, apud Bogdan e Biklin 1994:51).

Apesar de poderem ser considerados como sujeito colectivo, podemos encontrar subconjuntos de sujeitos, ao longo do estudo: **os alunos**, que se mantêm em número, muito embora a sua participação no estudo também seja variável, dado que a mesma é voluntária e simultaneamente anónima; **os docentes** que, pela sua área de intervenção específica, variam nos contextos de estágio ao longo do curso e os **supervisores e tutores** que estão directamente relacionados com os locais onde se realizaram os estágios clínicos.

A participação dos alunos foi “negociada”, ou seja, no início do projecto fizemos uma apresentação do mesmo ao grupo, dando a conhecer os objectivos e as questões de investigação e solicitando a sua colaboração activa, de acordo com a sua disponibilidade e motivação, para a realização do mesmo. Para além desta apresentação/solicitação inicial, na preparação de cada ensino clínico, fizemos uma nova abordagem com o objectivo de incentivar os alunos a participar.

A colaboração dos docentes, supervisores e tutores foi solicitada ao longo do curso, à medida que eram preparados os ensinamentos clínicos. O processo utilizado foi idêntico, passando por uma apresentação do estudo e motivação para a participação activa no mesmo.

Pelo tamanho do grupo e objectivos desta investigação, considerámo-lo como sujeito colectivo e, por isso não pretendemos fazer uma caracterização exaustiva das características pessoais dos participantes, mas procederemos a uma caracterização em subgrupos, salientando os aspectos que possam emergir como importantes para a compreensão do processo.

3.1 -CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES

Alunos

O grupo de alunos sobre o qual incidiu o nosso estudo é composto por 45 elementos, dos quais 7 (15,5%) são do sexo masculino e os restantes (a maioria) do sexo feminino (gráfico 1). As suas idades (à data de início do curso) estão compreendidas entre os 18 e os 29 anos com uma média de 18,47 anos de idade, sendo a moda 18 anos (gráfico 1).

A maioria dos alunos tem residência no Distrito de Aveiro (57,7 %), sendo 2 alunos provenientes dos Açores, 1 da Madeira e 1 de França. Quanto à proveniência, 88,8% vêm directamente do ensino secundário - 12º ano e 5 foram transferidos de outros cursos. A nota mínima de acesso ao curso foi de 16,3 valores⁶², o que pode indiciar que estes alunos tiveram notas elevadas no ensino secundário, ou seja podem ser caracterizados como “bons alunos”, com elevadas capacidades cognitivas. 31 alunos (68,8%), candidataram-se ao curso como primeira opção, dos quais 5 tinham enfermagem como opção única, o que pode ser indicador da motivação que os mesmos detinham para frequentar o curso.

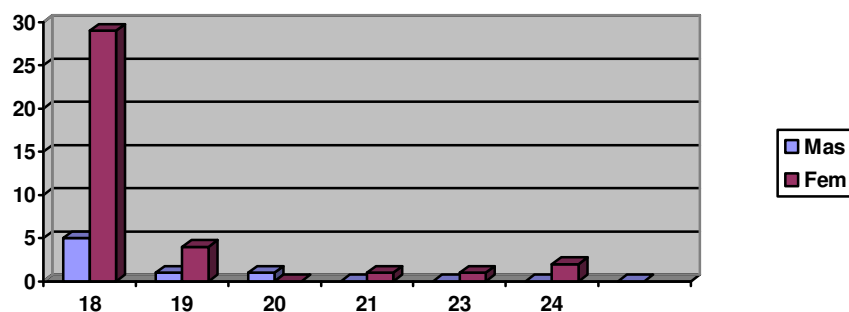


Gráfico 1 – Distribuição de alunos por idade e sexo.

⁶² Anexo 9 – Notas dos Últimos Candidatos Colocados na 1ª Fase – 2002.

Ao longo do nosso estudo pudemos contar com uma participação significativa dos alunos tal como apresentamos no gráfico 2, no que se refere às narrativas em forma de diários de aprendizagem (DAP) que lhes solicitámos e das entrevistas (ENT) a que os submetemos. Contámos ainda com a partilha dos relatórios (RELAT) de estágio que, sendo utilizados como instrumento de avaliação, pelo docente responsável, nos foram enviados pelos alunos, voluntariamente, para análise. Pelo número elevado de relatórios recolhidos nos ensinos clínicos VI e VII⁶³ optámos por manter a análise de um número igual ao dos ensinos clínicos anteriores (11), não só pela diferença mas porque, numa primeira análise pudemos constatar que os dados emergentes dos relatórios dos referidos ensinos clínicos se encontravam saturados.

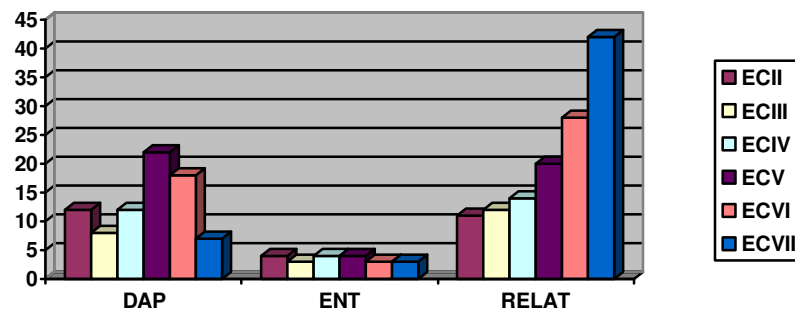


Gráfico 2 – Distribuição dos dados colhidos por estágio, relativos à participação dos alunos.

Salientamos ainda que, dado desempenharmos um duplo papel de docente e investigadora, durante os três primeiros anos do curso, sentimos no início alguma dificuldade dos alunos em “gerir esta situação”. Com efeito nos estágios clínicos II e III, estivemos directamente ligadas ao processo de supervisão dos mesmos, nos estágios clínicos IV e V, apesar de não estarmos com funções de supervisão destes, mantínhamos as funções docentes na escola e só nos estágios clínicos VI e VII, estivemos como observadora dos estágios, no papel de investigadora.

Nesta dualidade de papéis sentimos vantagens e desvantagens. Vantagens porque desde o início do curso pudemos acompanhar os alunos observando e participando no seu desenvolvimento, o que de alguma forma contribuiu para o

⁶³ - A diferença observada pode, em nosso entender, ser resultante do decurso do estudo, ou seja, à medida que o mesmo avançava ia aumentando a confiança e diremos mesmo a expectativa do grupo, relativamente ao nosso trabalho. A confiança pode ter emergido não só pela nossa postura enquanto investigadora mas também, porque no período referente a estes dois ensinos clínicos não estávamos com funções docentes o que, de alguma forma, os poderia levar a entender que o facto de nos entregarem os relatórios não lhes causaria qualquer penalização em termos de avaliação. A expectativa que se observava poderia ser consequente do conhecimento que foram tendo do estudo esperando ver os resultados das suas próprias vivências.

estabelecimento de uma relação franca e próxima que lhes permitia na fase final do curso, reflectir sobre o seu desenvolvimento sem receio de serem penalizados ou considerados “menos competentes”, pelas dificuldades manifestadas. Permitiu-nos ainda conhecer melhor o grupo e também as características pessoais de alguns, o que nos apoia na compreensão das suas narrativas.

As desvantagens sentidas prendem-se com a ligação que, nos estágios II e III fizeram ao nosso papel de docente e, desta forma, a “tensão” sentida sobretudo nas narrativas orais e ainda a nossa própria dificuldade em observar o grupo com dois olhares diferentes, o de investigadora e o de docente.

Docentes

O modelo de acompanhamento de alunos durante o estágio clínico, que se mantém na ESSUA, pressupõe que o docente durante o estágio faça um acompanhamento em colaboração com os “Supervisores Clínicos” reconhecendo nestes a competência para supervisionar as práticas do aluno e, como tal, deslocando-se aos locais de estágio apenas periodicamente, para avaliar a evolução do aluno, com o mesmo e com o supervisor/tutor.

Apesar de os docentes não intervirem directamente no nosso estudo, (não lhes foram solicitadas narrativas) eles estavam presentes nas narrativas dos alunos, para além de que, sempre que necessário, discutiram connosco algumas estratégias relacionadas com a organização dos estágios e colaboraram na recolha de informação, incentivando alunos e supervisores clínicos a terem um papel activo no estudo.

Supervisores / Tutores

No decorrer do nosso estudo colaboraram com a ESSUA, na supervisão de alunos em estágio, cerca de 100 Supervisores/Tutores. Pudemos contar, para o nosso trabalho, com uma participação activa da maioria deles, não só pelos contributos que, directa e voluntariamente, deram através das suas narrativas, escritas ou orais (diários de acompanhamento e entrevistas), mas também pelas reflexões que connosco fizeram no decurso do processo supervisoivo.

Decorrente dos objectivos do estágio e das características do serviço/instituição, tivemos como supervisores, enfermeiros graduados, enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes. A maior parte destes profissionais tinha já desempenhado o papel de “supervisor”, muito embora na maioria dos casos o tivessem feito com alunos de outras escolas e não propriamente com alunos da ESSUA. Demonstraram uma grande abertura

inicial para colaborar no trabalho. À medida que cada estágio ia decorrendo fomos confrontadas com a dificuldade que os mesmos sentiam em redigir os diários de acompanhamento, muito embora oralmente fizessem reflexões pertinentes. Esta dificuldade está evidente no número relativamente reduzido de diários de acompanhamento que elaboraram; contudo foi manifesta a disponibilidade para realizar as entrevistas por todos os elementos a quem dirigimos essa solicitação (gráfico 3).

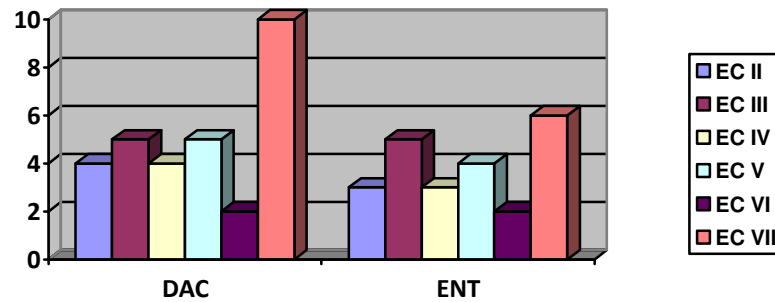


Gráfico 3 - Distribuição de dados colhidos por estágio, relativos à participação dos supervisores.

4 – FONTES, MÉTODOS E TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

Os investigadores têm à sua disposição um conjunto de técnicas que lhes permitem responder às estratégias metodológicas adoptadas, podendo as mesmas ser utilizadas em metodologias diversas. A utilização de uma ou outra técnica prende-se essencialmente com os objectivos da investigação, com a forma como se pretende dar resposta às questões ou hipóteses de investigação, com a experiência e disponibilidade do próprio investigador e com o fenómeno que se pretende estudar.

A importância da decisão está na forma como posteriormente se vai operacionalizar essa recolha de informação, de forma mais ou menos aprofundada, para que não se percam os dados que se consideram importantes. Esta decisão implica da parte do investigador uma investigação prévia a uma tomada de decisão consciente e adequada ao seu projecto de investigação.

Encontramos hoje diversos estudos em que os investigadores optaram, pela utilização de mais do que uma técnica de recolha de informação, fazendo no final a triangulação entre as mesmas como forma de dar maior consistência aos achados.

A selecção das fontes e dos métodos de recolha de informação, no nosso trabalho, foram alvo de alguma reflexão no sentido de adequar os instrumentos a utilizar com o fenómeno em estudo, com a nossa experiência e disponibilidade, com a colaboração que se poderia esperar dos diversos actores e com a complexidade de todo o processo de investigação.

Tendo enquadrado o nosso estudo numa metodologia qualitativa, no modo estudo de caso, pressupunha-se a recolha de informação que pudesse ser analisada qualitativamente e através da qual a nossa compreensão do fenómeno iria emergir. Era ainda suposto recorrermos a fontes de evidência múltipla, com a possibilidade de estabelecer uma clara cadeia de evidência.

Tomando por base as questões de investigação, construímos o quadro 6 para identificar as fontes de evidência a que recorrer. O resultado final apontava para a necessidade de uma colheita de dados provenientes dos alunos, (sujeitos em estudo), e dos supervisores (intervenientes directos no processo). Esta teve como base as grelhas de avaliação, diários de aprendizagem e de acompanhamento, entrevistas e foi enquadrada pelo nosso trabalho de campo (observação de alunos e supervisores).

A triangulação final dos dados facilitaria/reforçaria a nossa compreensão do fenómeno em estudo.

Quadro 6 – Fontes de Evidência e Questões de Investigação.

Questões de investigação Fontes de evidência	Como se evidencia, nas classificações e é vivenciado na perspectiva dos diversos actores, o desenvolvimento de competências do aluno do CLE em contextos da prática clínica?	Em que termos os elementos da teoria bioecológica de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e Morris, concretizada no modelo PPCT são vivenciados e valorizados no desenvolvimento de competências dos alunos do CLE em contexto de ensino clínico?
Grelhas de avaliação de competências	X	
Relatórios de estágio	X	X
Diários de aprendizagem	X	X
Diários de acompanhamento	X	X
Entrevistas - supervisores	X	X
Entrevistas - alunos	X	X
Notas de observação	X	X

4.1 – NARRATIVAS DOS ACTORES

4.1.1 – Diários de aprendizagem e de acompanhamento

O nosso trabalho requeria como informação, para a compreensão do fenómeno de desenvolvimento de competências, a perspectiva dos actores, muito em especial dos alunos, sobre as suas vivências em contexto de estágio clínico. Esta informação só seria possível de recolher através das narrativas dos actores, de forma mais ou menos sistematizada e que detivesse para os mesmos algum significado, sem que contudo constituísse uma sobrecarga em termos de trabalho “pós dia de estágio”. Procurámos assim encontrar um instrumento que, dando resposta às nossas necessidades, pudesse apoiar o aluno e o supervisor no estágio, o que os levaria mais facilmente a colaborar no nosso trabalho.

Embora elaborados por actores diferentes, o objectivo geral deste instrumento seria o mesmo para alunos e supervisores clínicos: narrar as suas vivências em estágio clínico, tendo em conta os aspectos mais marcantes do mesmo, como influenciadores do desenvolvimento de competências do aluno.

Encontrámos nos “Diários” uma boa forma de corresponder às nossas necessidades de investigação. Designamos assim os mesmos por **Diários de Aprendizagem e Diários de Acompanhamento** a serem construídos por alunos e por supervisores clínicos, respectivamente.

À utilização destes documentos esteve subjacente a opinião de diversos autores como Zabalza (1991, 2004) e Bauer e Gaskell (2000) que se referem aos “Diários” como bons documentos pessoais, através dos quais o autor pode dar a conhecer ao leitor os seus pensamentos, sentimentos e acontecimentos que para si tiveram significado: “El contenidos de los diarios puede ser cualquier cosa que, en opinión de quien escribe, resulte destacable.” (Zabalza 2004: 16)

Apesar da perspectiva deste autor ser dirigida a “diários de classe”, reportámo-nos ao contexto de formação em ensino clínico e entendemos que os diários de aprendizagem e de acompanhamento, enquanto documentos de expressão e elaboração do pensamento do aluno e do supervisor clínico, podiam constituir-se como instrumentos importantes para a análise e compreensão do desenvolvimento do aluno, ao longo dos ensinamentos clínicos e conseqüentemente ao longo do curso, e poderiam constituir para os supervisores uma forma de reflectir sobre o seu envolvimento neste processo (dificuldades, estratégias...).

Sobre os diferentes tipos de diários, Zabalza (2004:18) cita Holly (1989), referindo que a autora identifica diversos tipos⁶⁴ em função do tipo de narrativa: “- Journalistic writing; Analytical writing; Evaluative writing; Ethnographic writing; Therapeutic writing; Reflective writing; Introspective writing; Creative and poetic writing.”

Ao propormos a construção dos diários pretendíamos que os mesmos constituíssem também uma estratégia de formação, visando sobretudo a promoção da reflexão na e sobre a prática clínica, para além de nos proporcionar material para análise, ou seja, ao construir o seu diário o aluno e o supervisor poderiam reflectir sobre o estágio e sobre os factores influenciadores do desenvolvimento de competências, num diálogo contínuo consigo mesmo. Isto permitiria identificar dificuldades, alterar estratégias de aprendizagem e desenvolver a prática reflexiva.

Nesta perspectiva, podemos referir que estes “diários” detêm características do tipo analítico, etnográfico, introspectivo, reflexivo e avaliativo.

⁶⁴ - “- *Journalistic writing*: de natureza fundamentalmente descriptiva y siguiendo las características propias del periodismo.

- *Analytical writing*: el observador se fija en los aspectos específicos y / o en las diversas dimensiones que forma parte de la cosa que se desea observar.

- *Evaluative writing*: es una forma de abordar los fenómenos descritos dándoles un valor o enjuiciándolos.

- *Ethnographic writing*: el contenido y sentido de lo narrado toman en consideración el contexto físico, social y cultural en el que se producen los hechos narrados.

- *Therapeutic writing*: el contenido del diario y el estilo empleado sirven para descargar las tensiones de quien lo escribe, es un proceso de catarsis personal

- *Reflective writing*: cuando la narración responde a un proceso de *thinking aloud* tratando de clarificar las propias ideas sobre los temas tratados.

- *Introspective writing*: el contenido del diario se vuelve sobre un mismo (nuestros pensamientos, sentimientos, vivencias, etc.),

- *Creative and poetic writing*: la narración responde no solamente a los criterios de reflejar la realidad sino a la posibilidad de imaginar o recrear las situaciones que se narran.”

A periodicidade de “reflexão e escrita”, ficou ao critério dos actores, apenas lhe foi solicitado que, de alguma forma, reflectissem sobre os factos mais marcantes para o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências (do aluno) e sobre a evolução das mesmas ao longo do ensino clínico. Sobre a periodicidade Zabalza (2004:16) refere: “Los diarios no tiene por qué ser una actividad *diaria*. Cumplen perfectamente su función (y se hace menos costosa en tiempo y esfuerzo su realización) aunque su periodicidad sea menor.”

O autor refere ainda a importância dos diários como recurso na investigação, “Por un lado, el amplio y variado registro de elementos de información que ofrece: desde datos a análisis, de descripciones a reflexiones, de extractos de documentos a interpretaciones personales, de narraciones sobre hechos pasados a hipótesis y anticipaciones. (...) se trata siempre de informaciones que han sido elaboradas y convertidas en relato desde la particular perspectiva de quien participa en el proceso «contado»”. Zabalza (2004:29)

É ainda sua opinião que, apesar de os diários serem sempre a versão de uma das partes, esse facto não lhe retira o valor para a investigação, antes pelo contrário incrementa a mais valia de uma “visão em primeira mão” de algo que foi contado “desde dentro”.

Assim o investigador deverá ter em conta a natureza subjectiva dos dados com que está a trabalhar e introduzir os mecanismos de contraste e de triangulação que equilibrem o peso das perspectivas apresentadas. Tal como em todo o processo de investigação o autor faz alusão a dois tipos de precaução a ter em conta no trabalho com os diários: *precauções técnicas* e *precauções de contextualização pragmática*.

As *precauções técnicas* centram-se sobretudo na *validade*⁶⁵ dos diários, no que se refere à questão da **representatividade** (não amostral mas significativa) das unidades de texto transcritas e à incidência da **reactividade** em todo o processo de escrita do diário. Considera ainda o autor a importância da fiabilidade e constância dos dados e a sua análise.

No que se refere às *precauções de contextualização pragmática*, o autor define três parâmetros:

- O tipo de solicitação, ou de pedido a que o diário responde;

⁶⁵ - O autor refere a *representatividade* quanto ao nível de naturalidade *versus* artificialidade dos conteúdos dos diários assim como da forma como os mesmos são elaborados.

“La dimensión de la *reactividad* (problema común a las investigaciones cualitativas y observacionales). En ese sentido el trabajo con diarios se incluye en el mismo contexto paradójico en que se inscriben el conjunto de investigaciones “naturalísticas”: se trata de observar cómo actúa la gente cuando no es observada.” (Zabalza, 2004:52)

- A definição da situação de investigação⁶⁶ e do papel dos que nela participam que marca a elaboração do diário (dimensão perceptivo-relacional com o investigador);
- A dialéctica *privacidade-publicidade*, relativa aos conteúdos do diário.

Todos estes aspectos referidos estão estreitamente relacionados, ou seja, quanto mais natural for a relação entre o investigador e o autor dos diários (dimensão perceptivo-relacional com o investigador), mais natural e mais próxima da realidade será a narração (representatividade) e o diário reflectirá uma conduta habitual que não se inscreve como uma narrativa elaborada tendo em vista apenas o objectivo do trabalho e do investigador (reactividade).

Para salvaguardar a *representatividade* dos diários, assim como a *reactividade* na elaboração dos mesmos, na preparação de cada estágio clínico fizemos apelo à colaboração espontânea de alunos e supervisores e, para a sua construção entregámos um documento orientador⁶⁷, com objectivos do nosso trabalho e linhas orientadoras para uma eventual reflexão (dado que era um processo voluntário). Deixamos sempre claro o facto de o diário se constituir como um processo muito pessoal de reflexão e de diálogo consigo mesmo, pelo que não haveria diários melhores nem piores, todos seriam importantes. Garantimos ainda a questão dialéctica da *privacidade-publicidade*, que está relacionada com os aspectos éticos da divulgação dos dados.

O número de diários de aprendizagem foi diverso, ao longo dos diferentes estágios clínicos (gráfico 2), mas verificamos que nos grupos que acompanhámos mais de perto, ou com funções docentes ou no papel de investigadora, um maior número de alunos aderiu à sua elaboração, havendo mesmo um grupo de alunos que construiu com regularidade, ao longo do curso, os seus diários de aprendizagem.

No que se refere aos supervisores tivemos um número de diários inferior ao esperado (gráfico 3); contudo; justificamos esse número, com a dificuldade, não de reflectir sobre as práticas, mas de passar ao papel essas mesmas reflexões, um dado que já vem sendo consistentemente referido nas investigações.

⁶⁶ - “La definición de la situación y de la relación es también otro de los componentes de este contexto pragmático del diario y puede afectar mucho a su sentido. El diario bajo este punto de vista, se convierte en un espacio de intercambio. A lo largo de la narración el profesor va entablando una “conversación” consigo mismo y con los virtuales destinatarios del relato.” (Zabalza, 2004:53)

⁶⁷ - Apêndice 2 – Documento Orientador da Elaboração do Diário de Aprendizagem.
- Apêndice 3 – Documento Orientador da Elaboração do Diário de Acompanhamento.

4.1.2 – Entrevistas

A entrevista é considerada como uma técnica de colheita de dados que favorece a interação entre entrevistado e entrevistador, o que pode permitir a este compreender melhor a realidade narrada. É uma conversa intencional, que pode envolver duas ou mais pessoas de acordo com o objectivo da mesma.

Esta técnica de recolha de dados, que aparentemente é fácil, pode tornar-se mais ou menos complexa, consoante o envolvimento dos sujeitos abrangidos, do grau de confiança, do “conteúdo” que se pretende extrair da mesma, do contexto em que se realiza, entre outros factores. Para minorar estes factores, o investigador pode utilizar diferentes estratégias de planeamento e realização da própria entrevista. Consideram-se assim, entrevistas estruturadas, semi-estruturadas ou não estruturadas (abertas) (Lessard *et al* 1990).

Na opinião de Flick (2002), em investigação qualitativa, as entrevistas **semi estruturadas** são amplamente utilizadas, sendo esta aplicação vinculada à expectativa de que é mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam mais facilmente expressos numa situação de entrevista com um planeamento relativamente aberto, do que numa entrevista fechada, ou mesmo por questionário.

As entrevistas semi-estruturadas caracterizam-se por um conjunto de questões mais ou menos abertas que são apresentadas através de um guia previamente estruturado, às quais se espera que o entrevistado responda livremente. O entrevistador pode decidir, durante a entrevista, quando e em que sequência deve fazer as perguntas em função das respostas que vai obtendo.

Consideram ainda Lessard *et al*, (1990), que a mesma pode ser orientada para a resposta, ou orientada para a informação, de acordo com os objectivos do próprio investigador.

A entrevista **orientada para a resposta** caracteriza-se, na opinião de Lessard *et al* (1990: 162) “pelo facto de o entrevistador manter o controlo no decurso de todo o processo. (...), e é referenciada a um quadro preestabelecido”. A entrevista **orientada para a informação**, “visa circunscrever a percepção e ponto de vista de uma pessoa ou de um grupo de pessoas numa situação dada. (...) neste caso é o entrevistado que impõe o grau de estruturação.” (Idem).

A vantagem da entrevista semi-estruturada é, na opinião de Flick (2002:107), “que o uso consistente de um guia da entrevista aumenta a comparabilidade dos dados, e sua estruturação é intensificada como resultado das questões do guia.”

Em investigação qualitativa a entrevista pode constituir-se como estratégia dominante, de recolha de informação, ou pode ser utilizada em conjunto com outras

estratégias a serem utilizadas: observação participante, análise documental ou outras. Em qualquer das situações, a entrevista é, na perspectiva de Bogdan e Biklen (1994:134), “utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.” Pode ainda constituir-se, de acordo com a opinião de Seidman (1998), como forma de validação de outra informação recolhida.

No nosso trabalho a utilização de entrevistas constitui-se como estratégia conjunta de recolha de informação, com o objectivo de conhecer a percepção que alunos e supervisores tinham do decurso dos estágios clínicos e dos factores influenciadores do desenvolvimento de competências do aluno. São também uma forma de validação dos diários de aprendizagem e de acompanhamento.

De alguma forma pretendíamos manter o controlo da entrevista, para centrar a informação a recolher nos aspectos que respondessem às nossas questões de investigação, mas deixando alguma liberdade ao entrevistado em termos de tempo e de abordagem (mais ou menos objectiva das questões colocadas), para que pudessem reflectir e narrar as vivências de cada ensino clínico.

Recorremos assim a entrevistas semi-estruturadas para as quais elaborámos um guião⁶⁸, para alunos e para supervisores, que nos serviu de fio condutor das mesmas, mas que, ao longo dos estágios e de acordo com o decorrer de cada entrevista, foi acrescido de outras questões, ou de narrativas que eventualmente se destacavam das questões colocadas.

Por vezes, no decurso das investigações qualitativas, os investigadores estruturam as entrevistas de forma que as questões colocadas possam ser coincidentes com as categorias de análise. No nosso trabalho, aquando da elaboração dos guiões de entrevista tentámos que houvesse apenas uma aproximação às questões de investigação pois que as categorias de análise só posteriormente foram definidas.

Estas entrevistas foram realizadas no final de cada ensino clínico, a um número variável de alunos e supervisores, em consonância com a diversidade de locais de estágio, o número de supervisores envolvido, assim como, a disponibilidade dos respectivos actores para participar no estudo (dado ser um estudo em contexto ecológico, com participação voluntária, não definimos à partida o número de entrevistas a realizar).

O local de realização das mesmas variou, desde a escola até aos locais de estágio, de acordo com as preferências dos entrevistados e a sua duração foi também variável. Todas foram gravadas em formato áudio e posteriormente transcritas para serem introduzidas no programa informático e serem sujeitas a análise de conteúdo.

⁶⁸ - Apêndice 4 – Guião de Entrevista Alunos.
- Apêndice 5 – Guião de Entrevista Supervisor.

4.2 – DOCUMENTOS OFICIAIS

4.2.1 – Relatórios de Estágio

De acordo com a perspectiva de Yin (1994), uma das características do estudo de caso é, como já foi referido, o facto de se recolherem dados provenientes de diversas fontes de evidência, o que foi efectuado neste estudo. Os relatórios normalmente elaborados constituíram uma dessas fontes, pois através deles pretendíamos compreender o processo evolutivo dos alunos ao longo do curso.

Com efeito no decurso dos ensinos clínicos, e como uma das formas de avaliação, os alunos devem elaborar um relatório reflexivo, de acordo com os objectivos propostos e no qual deve emergir uma reflexão sobre as actividades realizadas, as dificuldades sentidas, as novas situações de aprendizagem evidenciando o desenvolvimento das suas competências. Como instrumento de recolha de informação entendemos que o mesmo poderia trazer contributos para o nosso trabalho na medida em que, sendo voluntária a participação no nosso trabalho, não detínhamos à partida a certeza da adesão dos alunos à escrita dos diários de aprendizagem e às entrevistas, podendo assim, em caso de dificuldade, complementar os dados com os relatórios, uma vez que estes eram obrigatoriamente elaborados pela totalidade dos alunos.

Quanto ao número de relatórios recolhidos, como já referimos anteriormente, optámos por analisar, um quarto dos mesmos, em cada ensino clínico (11). A sua selecção foi aleatória, após a recepção em formato digital⁶⁹.

4.2.2 – Grelha de Avaliação de Competências

A avaliação de desenvolvimento de competências dos alunos ao longo de cada ensino clínico é realizada através de grelhas designadas na ESSUA, como “grelhas de avaliação de competências”⁷⁰. Estes instrumentos de avaliação são compostos por diversos indicadores, organizados por dimensão – cognitiva, atitudinal, comunicacional e técnica, os quais procuram relacionar-se com as actividades a desenvolver pelo aluno em cada contexto. Estas grelhas são diferentes em cada ensino clínico, de acordo com as características do mesmo, mas mantêm indicadores comuns, não só no que se refere à

⁶⁹ - Foi solicitado aos docentes orientadores que nos enviassem os relatórios recebidos em formato digital e aos alunos que igualmente nos enviassem os mesmos nesse formato, quando tinham sido entregues em suporte de papel ao docente orientador.

⁷⁰ - Fazem parte integrante dos Guias Orientadores de cada ensino clínico

totalidade dos estágios, mas também no que se refere a pontos comuns relativos a todos os cursos de Tecnologias da Saúde ministrados na ESSUA.

Esta grelha é ainda utilizada como estratégia supervisiva, por supervisores e alunos, como orientadora no processo de reflexão sobre a evolução do aluno sendo também usada, na maioria dos casos, como instrumento de avaliação formativa, em momentos de avaliação intercalares.

No nosso trabalho a utilização destas grelhas serviu, num primeiro momento, como guia orientador da nossa observação mas foram, sobretudo, usadas para tentar dar resposta à primeira questão de investigação, na medida em que, através dos resultados obtidos pelos alunos, procurámos inferir o seu nível de desenvolvimento.

Ainda como resposta a esta questão, entendemos ser pertinente fazer a triangulação dos dados, nomeadamente a análise e reflexão que os alunos fizeram da sua evolução e os dados resultantes da utilização destas grelhas, como forma de avaliação do desenvolvimento de competências dos alunos ao longo dos ensinamentos clínicos, por supervisores e docentes orientadores.

4.2.3 – Outros Documentos Oficiais

Compreender todo o processo de desenvolvimento de competência do aluno em contexto de ensino clínico, passa muito pelo facto de estarmos “por dentro” de toda a envolvente do caso, ou seja, pelo facto, já referenciado, de estarmos a exercer funções docentes na ESSUA desde o seu início e, desta forma, termos participado activamente na implementação do processo que culminou com a abertura dos cursos e com a definição da filosofia da escola.

Apesar destas circunstâncias a sustentação de um estudo deste tipo pressupõe a análise de documentos oficiais que, de alguma forma nos auxiliam a compreender todo o processo, na medida em que, ao longo dos quatro anos da nossa investigação, muitas foram as alterações que ocorreram em termos de políticas organizacionais que obrigaram a reestruturações na dinâmica da ESSUA e, conseqüentemente, na logística de apoio aos estágios clínicos.

Assim foi necessário conhecer os documentos oficiais que sustentam todo o processo, relacionados com: a legislação em vigor e as suas alterações⁷¹, (incluem-se aqui os protocolos interinstitucionais entre ESSUA e as instituições onde decorreram os

⁷¹ - Alterações da Legislação da gestão Hospitalar – Lei 27/2002, de 8 de Novembro e Dec. Lei 188/2003, de 20 de Agosto.

ensinos clínicos)⁷², as directivas da Ordem dos Enfermeiros⁷³, as normas e protocolos estabelecidos nas diversas instituições⁷⁴, as pautas de resultados finais dos alunos relativas a cada ensino clínico, os Guias Orientadores de Estágio Clínico, entre outros.

4.3 – A INVESTIGADORA NO TERRENO

A identificação e compreensão dos factores que influenciam o desenvolvimento de competências do aluno em contexto de ensino clínico pressupõem, na perspectiva brofenbreniana, um conhecimento dos **contextos**, das **pessoas** e dos **processos**. A necessidade de conhecimento profundo do fenómeno implica “a presença prolongada do investigador nos contextos sociais em estudo e contacto directo com as pessoas e as situações.” (Costa, 1986:129)

Assim o nosso estudo de caso pressupunha, a nossa “presença no terreno”, por períodos prolongados de tempo ou seja, num campo de estágio, durante cada um dos ensinos clínicos.

Pelas características de que se revestiu cada um dos estágios (duração, enquadramento no ano lectivo, área, nº de alunos, nº de locais de estágio), foi difícil conciliar as actividades docentes com as actividades de investigação e impossível acompanhar a totalidade dos alunos.

Como estratégia para minorar as dificuldades sentidas, optámos por observar os alunos no hospital que geograficamente se situava mais próximo da escola, nos ensinos clínicos II, V, VI e VII, nomeadamente Hospital Infante D. Pedro de Aveiro EPE e Hospital S. João da Madeira, Unidade de Cuidados Continuados de Vale de Cambra, tal como apresentamos no apêndice 6.⁷⁵

No ensino clínico III, observamos alunos em dois Centros de Saúde que integravam a nossa distribuição de serviço docente. No ensino clínico IV, por sobreposição de estágios onde estávamos como responsáveis (serviço docente), não foi possível efectuar observação de alunos como investigadora. Em todo este processo foi variável o número de alunos sobre os quais incidiu a nossa observação, dependendo do contexto de cada ensino clínico.

⁷² - Protocolos elaborados e alterados decorrentes das alterações legislativas.

⁷³ - Competência do Enfermeiro de Cuidados Gerais, Código Deontológico do Enfermeiro.

⁷⁴ Decorrentes de processos de acreditação de qualidade.

⁷⁵ - Ofício enviado ao Conselho de Administração do Hospital de São João da Madeira e resposta ao ofício; Ofício enviado ao Conselho de Administração do Hospital Infante D. Pedro, Aveiro, e respectivas respostas.

Pelas condicionantes apresentadas, podemos afirmar que não observamos a totalidade dos 44 alunos do grupo, ao longo dos estágios clínicos; contudo, pela estratégia de distribuição de alunos pelos locais de estágio adoptada pela escola, apenas um pequeno número de alunos não foi alvo da nossa observação em, pelo menos, um estágio clínico.

Para além destes aspectos de planeamento, do nosso trabalho tivemos ainda em conta aspectos referenciados por diversos autores como “problemas”, “impacto” ou “factor de viés” a introduzir nos dados da investigação.

“O problema da interferência” é o que Costa (1986) discute relativamente à presença do investigador no terreno. “É bom ver que a presença de um investigador, ou de uma pequena equipa de investigadores, não pode deixar de ser notada e de se revelar altamente interferente no terreno. Falar com as pessoas, fazer perguntas, participar em algumas actividades sociais que ali habitualmente se processam, é algo que interfere. Muito mais interferente seria ficar parado a olhar sem dizer nada a ninguém.” (Costa, 1986:134)

Relativamente a este aspecto o autor é de opinião que a questão não está em tentar evitar a interferência, mas sim em ter em conta que a mesma acontece e, na medida do possível, tentar controlá-la e objectivá-la. De alguma forma apercebemo-nos desta interferência no local de estágio resultante da nossa presença, sobretudo nos primeiros dias e nos locais que nos eram completamente “desconhecidos”.

Esta interferência pode resultar num maior ou menor impacto de acordo com a relação que o investigador detém com o contexto a observar. Na opinião de Costa (1986:135) “Para que o impacto seja, de facto negligenciável, é necessário que o investigador faça parte daquele contexto social ou esteja com ele fortemente familiarizado por socialização ou aproximação prévias”.

Esta aproximação que o investigador pode ter ao contexto pode também emergir como um factor facilitador da colheita de informação. A sua participação informal, em actividades que podem ir desde situações rotineiras até situações de excepção, pode constituir-se como um modo de interagir com uma maior naturalidade com os diferentes actores, diminuindo assim, um certo grau de “rigidez de papéis”, que se podem verificar em situações de observação de fenómenos sociais.

Na nossa experiência neste trabalho encontramos eco da opinião de Costa (1986:138), ao referir que “a pesquisa de terreno é, em boa medida uma arte de obter respostas sem fazer perguntas. As respostas obtêm-se no fluxo da conversa informal e da observação directa, participante e continuada. Mais ainda. Por vezes algumas das informações mais significativas não são as que o investigador obtém através das perguntas que faz mas das perguntas que lhe fazem a ele.”

O facto de termos exercido a nossa actividade profissional durante 20 anos na instituição onde fizemos a maioria das observações, foi facilitador na medida em que, por um lado, o reconhecimento do papel de investigador foi visível em todos os serviços onde realizámos a observação e, por outro, a aproximação às práticas profissionais e aos próprios profissionais facilitou o estabelecimento de um ambiente mais natural, permitindo uma observação dos “contextos reais” e não de “contextos preparados” para receberem um observador.

Este relacionamento que vivenciámos permitiu ainda encontrar “informantes privilegiados”, que nos facilitaram a compreensão dos fenómenos em estudo.

Durante os períodos de observação nos diferentes serviços procuramos manter uma atitude discreta, tal como pressupõe Bogdan e Biklen (1994), quanto à maneira de estar, à forma como nos relacionámos com os diversos actores e ainda quanto à informação recebida ou a divulgar, referente ao trabalho em curso.

Procurámos ainda que os nossos sentimentos e preconceitos não fossem fontes de possíveis enviesamentos. Contudo não deixámos de ter em conta que os mesmos podem ter um impacto positivo na investigação, sobretudo quando favorecem o estabelecimento de uma relação. Na opinião de Bogdan e Biklen, (1994), os sentimentos, se tratados devidamente, podem constituir um importante auxiliar da investigação qualitativa.

A nossa formação e percurso profissional, na enfermagem, foi importante, no que se refere à gestão dos sentimentos que vivenciamos em algumas fases da investigação, permitindo compreender as práticas e nomeadamente os sentimentos vivenciados pelos alunos, supervisores e até mesmo pelos utentes. Permitiu-nos do mesmo modo aprofundar a reflexão que fomos realizando sobre as **pessoas**, os **processos** e os **contextos**, factores importantes na perspectiva de Bronfenbrenner e Morris (1998), para a compreensão do processo de desenvolvimento de competências do aluno.

4.3.1 – Observação Participante

A observação participante é uma das técnicas de recolha de informação considerada relevante, sobretudo quando se pretende compreender e interpretar o fenómeno em estudo, numa abordagem qualitativa. Na qualidade de observador o investigador participa nas actividades do grupo que está a observar, de acordo com o que é esperado do seu papel.

Este tipo de observação, que pode revestir-se de forma mais ou menos activa, de acordo com o nível de envolvimento do observador relativamente aos acontecimentos e aos pontos de vista dos observados, permite ao observador apreender a *perspectiva*

interna e registar os acontecimentos tal como eles são percebidos por um participante (Lessard et. al.1990).

Referindo-se à opinião de Goetz e Lecompte (1984), Abreu (2001^a), afirma que apesar de não existirem condicionantes normativas à observação participante enquanto técnica de recolha de informação, esta detém características que se devem ter em conta como fundamentais:

“ O investigador tem um contacto alargado com o grupo, vivenciando com os elementos que o integram momentos, situações e acontecimentos para eles significativos; regista as suas descrições e reflexões em notas de campo (...);

- A observação participante permite identificar a forma como os actores percebem o mundo que os rodeia e as estruturas subjacentes às representações do real; visto que estes elementos se transmitem através de sistemas simbólicos e linguísticos próprios da cultura existente, o investigador só poderá a eles ter acesso se conhecer e dominar determinados padrões de comportamento específico desse grupo;

- A observação participante, enquanto meio de conhecimento das percepções e comportamentos dos indivíduos no meio em que se inserem, permite ao investigador verificar se existe congruência entre o que estes verbalizam e aquilo em que acreditam e o que fazem, no quotidiano; daí a importância da observação participante nas estratégias de triangulação destinadas à validação da informação colhida.” (Abreu, 2001^a:161)

A inserção do investigador no contexto de observação deve ser orientada de acordo com as questões de investigação. A nossa participação nos diferentes locais de estágio teve níveis diversos de acordo com o nível do nosso envolvimento no contexto, (conhecimento prévio do contexto e dos profissionais, área de prestação de cuidados em que nos sentíamos mais a vontade para intervir). Para além disso podemos referir que, ao longo do nosso estudo, assumimos o papel de observadora, em duas fases distintas. A primeira fase corresponde à observação participante inerente ao nosso papel de docente e de investigadora, ou seja enquanto docente orientadora de estágios clínicos de acordo com o planeamento da ESSUA e que correspondeu aos estágios clínicos II e III, não deixando de anotar o que se mostrava de interesse para a nossa investigação. A segunda fase corresponde à observação realizada apenas no papel de investigadora e que corresponde aos ensinos clínicos V, VI e VII.

Podemos também referir a evolução que sentimos neste processo de observação ao longo do período em que acompanhamos os alunos nos estágios clínicos. Numa primeira fase centramos muito a nossa observação nas actividades dos alunos relacionadas com os aspectos a avaliar, de acordo com a “grelha de avaliação de

competências” elaborada para cada estágio clínico⁷⁶. Os ensinamentos clínicos II e III foram também marcados pelo aprofundamento de conhecimentos relacionados com as estratégias de supervisão, pelo que podemos afirmar que nos centramos mais no processo adoptando uma visão mais funcionalista. Não conseguimos demarcar as reflexões realizadas com os alunos, do foco de avaliação que tínhamos que realizar. Os próprios alunos e profissionais tinham mais presente o nosso papel de docente que de investigadora, inibindo-se por vezes de abordar aspectos que poderiam, directa ou indirectamente, constituir-se como elemento de avaliação do desenvolvimento de competências.

A partir do estágio clínico V, a nossa observação foi enriquecida por uma participação já mais distante do papel de docente e mais centrada no papel de investigadora dando ênfase aos elementos marcantes na perspectiva ecológica de Bronfenbrenner e Morris (1998): Pessoa, Processo Contexto e Tempo.

Elaborámos, como instrumento de apoio, uma grelha⁷⁷, que pretendemos pudesse servir de base à nossa observação e que, posteriormente, após algum trabalho e reformulação, pudesse ser utilizada como instrumento de avaliação de estágio clínico, se não de uma forma generalizada pelo menos, nos cursos leccionados na ESSUA. A construção desta grelha teve por base a grelha existente para avaliação do aluno em estágio clínico, mas foi acrescida de aspectos relacionados com atitudes deontológicas esperadas do aluno assim como de indicadores que nos possibilitassem posteriormente avaliar o aluno ao “agir em situação”, o que permite determinar, na perspectiva de Le Boterf (1994), a competência do mesmo.

Acresce referir que esta observação participante se constituiu por períodos de observação das práticas do aluno, dos contextos em que actuava e por momentos de reflexão, de alunos e supervisores, individuais ou em grupo, que se realizavam após o turno observado focando essencialmente as práticas desenvolvidas.

Os registos da nossa observação incidiram assim sobre os momentos de reflexão, sobre as actividades formais e ainda sobre actividades informais de alunos e supervisores, para além de, numa fase inicial de cada estágio, termos feito uma

⁷⁶ - Grelhas previamente elaboradas para cada estágio clínico e que não sofreram qualquer alteração relacionada com o nosso trabalho, e constantes dos guias orientadores de estágio, já referenciados

⁷⁷ - Apêndice 7 – Grelha de observação dos alunos em ensino clínico. Após a sua construção a mesma foi analisada por um conjunto de especialistas (Painel de peritos), na área das Ciências de Educação e da Enfermagem com vista à sua validação, nomeadamente: Professora Doutora Idália Sá-Chaves, da Universidade de Aveiro, Professora Doutora Nilza Costa, da Universidade de Aveiro, Professora Doutora Aida Mendes, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestre Teresa Serrano, da Escola Superior de Enfermagem de Santarém, Mestre Ilda Fernandes, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, para além dos orientadores deste trabalho, Professora Doutora Isabel Alarcão e Professor Doutor Wilson Abreu. A versão inicial foi reformulada após os parecer emitidos.

caracterização geral dos contextos, de forma a permitir a compreensão de todo o processo.

Cabe aqui referenciar que, ao fazer a preparação do material recolhido para análise, não integramos as nossas notas de observação, no programa informático (QSR N6 NUD*IST), não só pelas características das mesmas, como pelo volume de informação que representavam; contudo as mesmas estiveram subjacentes a muitas das nossas reflexões e inferências apresentadas na apresentação e na discussão dos resultados, assim como nas conclusões do trabalho.

Como complemento à informação referenciada neste ponto apresentamos no quadro 7, a distribuição pelos diferentes ensinios clínicos, do número de documentos recolhidos, de acordo com cada instrumento utilizado.

Quadro 7 – Distribuição dos dados recolhidos através dos diferentes instrumentos de colheita de dados, por ensino clínico.

EC	DAP	DAC	ENTR		REL	GRELHAS
II	12	4	Aluno – 4	Supervisor – 3	11	45/37 ^{e)}
III	8	5	Aluno – 3	Supervisor – 5	12 ^{a)}	45 ^{c)} /37 ^{e)}
IV	12	4	Aluno – 4	Supervisor – 3	14 ^{a)}	45 ^{d)} /37 ^{e)}
V	22	5	Aluno – 4	Supervisor – 4	20 ^{a)}	44/37 ^{e)}
VI	18	2	Aluno – 3	Supervisor – 2	28 ^{b)}	44/37 ^{e)}
VII	7	10	Aluno – 3	Supervisor – 6	42 ^{b)}	44/37 ^{e)}
Recolhidos	79	30	21	22	114	44/37 ^{e)}
Analizados/ Codificados	79	30	21	23	99	
Total	252 (Analizados/codificados)					N 37****

Notas: O tratamento estatístico dos dados foi feito com base num N=37 (total do grupo 44 alunos)

- a) Analizados e codificados 11 relatórios
- b) Analizados e codificados 11 relatórios de cada módulo: Pediatria, Psiquiatria, Urgência, Cuidados Continuados e Opção
- c) Foi dada Equivalência a 1 aluno; foram retirados 3 grelhas porque estavam incompletas;
- d) Foram dadas equivalências a 2 alunos; 1 aluno desistiu do curso;
- e) Número de grelhas de alunos que se mantiveram com o mesmo plano de ensinios clínicos ao longo do curso.

5 – ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

A análise e tratamento dos dados resultantes de uma investigação é uma das fases mais complexas, pois corresponde a um processo de sistematização da informação, sua organização em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta de aspectos importantes e decisão do que deve ser divulgado (Bogdan e Biklen, 1994).

No nosso trabalho a análise dos dados foi efectuada tendo em conta os objectivos da investigação, o tipo de dados recolhidos e o suporte de diferentes perspectivas teóricas sobre este processo nomeadamente de Bardin (1979), Spradley (1980), Bogdan e Biklen (1994), Yin (1994), Silverman (1997, 2004), Bauer e Gaskell (2000), as quais se mostraram importantes para a compreensão do processo de tratamento de dados.

Dado tratar-se de um estudo de caso e termos subjacente à sua realização a perspectiva de Yin (1994), seguimos a sua proposta metodológica, tal como se ilustra na figura 16. Construimos uma base de dados, geral de todo o projecto, a qual foi subdividida em duas: dados qualitativos e dados quantitativos, recolhidos em cada ensino clínico e submetidos a diferentes análises e tratamento; colocámos em evidência os resultados, através de dois processos: tratamento estatístico e análise de conteúdo.

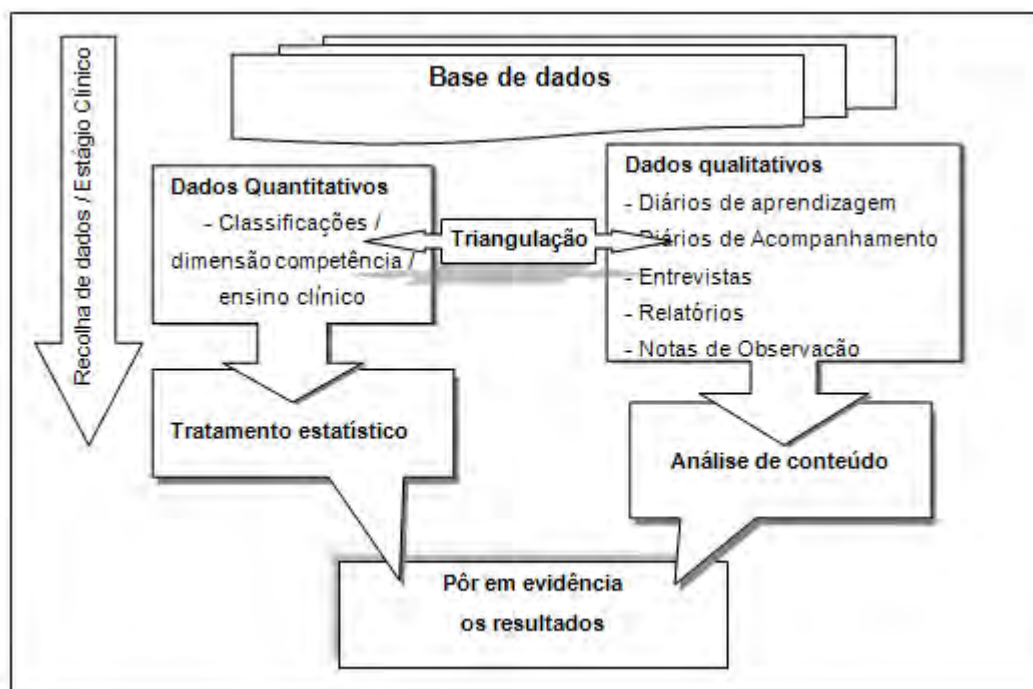


Figura 16 – Esquematização da recolha, organização e análise de dados, (com base na estratégia de estudo de caso proposta por Yin, 1994).

Apresentamos nos pontos seguintes os tratamentos específicos a que os dados foram sujeitos.

5.1 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados quantitativos resultantes das grelhas de avaliação individual dos alunos utilizadas na ESSUA, foram organizados, numa base de dados, por ensino clínico e utilizámos, para os analisar, o programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15 para Windows, através do qual pretendemos conhecer a possível diferenciação de classificações atribuídas, por dimensões de competência, pré-estabelecidas nas grelhas de avaliação

Como já foi exposto no ponto 2 da metodologia, as grelhas de avaliação de competências⁷⁸ têm algumas especificidades em cada ensino clínico, mas há um conjunto de indicadores que são transversais a todas, nomeadamente as dimensões de competência: cognitiva, comunicacional, atitudinal e técnica.

Salientamos o facto de que, nas grelhas de avaliação de competências relativas aos ensinos clínicos II a VI, a escala das classificações variar entre zero e cinco; contudo, para atribuição de nota do ensino clínico, o resultado final era convertido numa escala de zero a vinte, para fazer ponderação com a nota do relatório e porque essa é a escala para atribuição de nota final.

No ensino clínico VII (2º semestre do ano lectivo 2005/2006), houve alterações a nível do processo de avaliação dos alunos em ensino clínico na ESSUA. A escala das classificações da grelha de avaliação de competências foi alterada, passando a ter uma amplitude de zero a vinte. Dada a alteração verificada foi necessário, para o processo de análise das classificações dos alunos ao longo do curso, transformar as notas para uma mesma escala. Optámos então por transformar as notas relativas aos ensinos clínicos II a VI, para uma escala de zero a vinte, uma vez que é esta a escala em vigor para avaliação no ensino superior, no contexto português.

A análise estatística incidiu sobre as classificações obtidas pelos alunos ao longo dos ensinos clínicos, para as diferentes dimensões consideradas: cognitiva, comunicacional, atitudinal e técnica. O procedimento estatístico constou da aplicação de uma análise de variância (ANOVA) não paramétrica de medidas repetidas (Teste de

⁷⁸ - Pelas características ecológicas em que decorreu o estudo e tal como referenciado anteriormente, não foi feito qualquer ajuste aos instrumentos de avaliação utilizados. No decurso desta investigação foram identificadas algumas fragilidades na construção das referidas grelhas, mas das quais não resultam incoerências no nosso trabalho.

Friedman) destinado a testar se existem diferenças entre as classificações obtidas ao longo dos diferentes estágios para cada dimensão considerada. A utilização de uma técnica não paramétrica está relacionada com a não validação dos pressupostos deste tipo de ANOVA (como, por exemplo, a não normalidade das classificações obtidas para cada ensino clínico).

Para analisar a evolução das classificações, apresentaremos a sua evolução temporal por dimensão, em cada ensino clínico, em termos de médias e respectivos desvios-padrões.

Acresce ainda salientar que, de um total de 45 alunos, apenas 37 (N=37) grelhas de avaliação foram objecto da nossa análise, pois que, ao longo dos 4 anos do estudo existiram factos que levaram à subtracção de 8 grelhas de avaliação nomeadamente: 4 grelhas de avaliação não estavam correctamente preenchidas; uma aluna foi transferida para outra escola; uma aluna desistiu no ensino clínico V e, duas alunas, transferidas de outras escolas, não cumpriram o mesmo conjunto de ensinamentos clínicos que os restantes elementos do grupo.

5.2 – ANÁLISE DE CONTEÚDO

Quando se trata de dados de natureza qualitativa o processo de análise dos mesmos pode tornar-se complexo na medida em que estes não se traduzem em números mas em palavras cujo significado é necessário compreender e enquadrar no contexto, o que aumenta a complexidade da sua análise.

Na perspectiva de Bardin (1979), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, “um método muito empírico, dependente do tipo de «fala» a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objectivo. Não existe um pronto-vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras base (...) A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objectivo pretendidos, tem que ser reinventada a cada momento (...)” (Bardin 1979:31)

Contudo, pela multiplicidade de possibilidades de análise, independentemente da opção do investigador, o importante é que todos os procedimentos sejam bem justificados e documentados (Silverman, 1997).

Perante tal “complexidade” sustentámos todo o processo de análise nos seguintes aspectos distintos:

- a) **Perspectiva teórica que sustenta o nosso trabalho** – Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner e Morris (1998) como suporte da

taxonomia (designação e definição de categorias de análise) e da apresentação dos dados.

- b) **Opção metodológica** - estudo de caso. na perspectiva de Yin (1994), a exigir procedimentos bem justificados e documentados.
- c) **Perspectivas de diversos autores** sobre a análise de dados qualitativos que sustentaram o nosso processo de análise, tendo em conta os aspectos relacionados com a codificação, a apresentação e as estratégias de análise dos dados, nomeadamente a organização dos mesmos após colheita, e princípios que asseguram a fidedignidade e validade da pesquisa, assim como o recurso a programas informáticos de apoio a este processo.

Podemos afirmar que encontramos algum consenso nas diversas perspectivas relativamente à sequência dos passos para, a codificação dos dados, a sua apresentação de forma estruturada e a análise propriamente dita.

- a) **Codificação dos dados** – para extrair o máximo dos dados qualitativos, recomenda-se uma codificação das anotações e das observações, na qual os códigos representam categorias representativas das questões de investigação. Yin (1994) sugere a organização de uma base de dados, contendo as anotações e os documentos referentes à investigação, para facilitar a sua análise e para permitir ao observador externo compreender o encadeamento lógico das informações.
- b) **Apresentação dos dados** – deve ser feita de forma a que o leitor tenha uma percepção clara dos mesmos, preferencialmente em matrizes ou diagramas, que são simultaneamente esquemáticos e representativos. Contudo, Yin (1994) refere que não há formatos pré-estabelecidos e que a apresentação é boa quando todos os elementos significativos dos dados apresentados as diferentes perspectivas são tidas em consideração, os elementos de análise são claramente expostos e texto é de leitura fácil.
- c) **Análise dos dados** - Na perspectiva de Yin (1994), esta é a etapa mais difícil e exigente da pesquisa qualitativa. Propõe por isso, no estudo de caso:
 - a. Duas estratégias gerais de análise:
 - i. Confiança nas proposições teóricas
 - ii. Desenvolvimento da descrição do estudo;
 - b. Três modos de análise: (escolher entre ii ou iii)
 - i. Comparação de resultados com uma configuração previsível a partir de uma matriz teórica (*Patterns-matching*),

- ii. Explicação através de relações causais, se possível com teorias rivais (*Explanation-building*),
- iii. Traçado de evoluções ou explicação das sequências em relação ao expectável (*Time-serial analysis*)

Os dados qualitativos resultantes dos diários de aprendizagem, diários de acompanhamento, entrevistas⁷⁹ e relatórios foram recolhidos no decurso dos diferentes estágios clínicos e foram identificados, de forma a possibilitar a sistematização da sua análise.

Dado tratar-se de um conjunto muito amplo de informação recolhida através dos diversos instrumentos, a sua análise constituía desde logo um processo demorado e complexo. Optámos assim por utilizar uma estratégia centrada na utilização dos sistemas informáticos “CAQDAS” (*Compute-aided-qualitative data analyze software*) e dentro do conjunto de programas disponíveis utilizámos o QSR N6 NUD*IST (*Non-Numerical Unstructured Data Indexing Search & Theorizing*).

Este software permite a indexação de todos os documentos e a sua posterior utilização tendo como princípio básico o da codificação das informações, que seguem uma lógica de estrutura de árvore, com diferentes ramos, cujos nós (nodes) se vão subdividindo. Tendo subjacente a taxonomia proposta por Spradley (1979)⁸⁰, designámos estes nós por dimensões, que se subdividem em domínios, categorias e sub-categorias.

A construção da estrutura da “árvore” (construção da taxonomia) foi por si só um processo complexo, na medida em que a diversidade de material recolhido exigiu uma sistematização do mesmo, para posterior análise e discussão de resultados, à luz da perspectiva teórica de Brofenbrenner Morris e dos pressupostos teóricos que sustentam a investigação nomeadamente, no âmbito da formação em enfermagem e da supervisão clínica, de forma a dar resposta às questões de investigação e aos objectivos deste trabalho.

Neste desenho esteve subjacente o conhecimento emergente dos pressupostos apresentados por diversos autores, sobre a análise de dados qualitativos, nomeadamente, Bardin (1979), Spradley (1980), Vala (1986), Bogdan e Biklen (1994). Tivemos ainda em conta os trabalhos de Bauer e Gaskell (2000) e de Silverman (1997, 2004) cujas perspectivas pressupõem o recurso a algum tipo de software para efectuar a análise de conteúdo.

⁷⁹ - As entrevistas realizadas foram gravadas em suporte áudio e posteriormente transcritas.

⁸⁰ - Optámos por utilizar esta taxonomia dado que não verificamos a evidência de uma taxonomia específica deste software. A maioria dos autores utiliza apenas a designação de “node”, tal como apresenta o respectivo programa.

Complementamos este desenho com dados que emergiram das leituras realizadas dos diversos documentos e que nos pareceram pertinentes para a compreensão do fenómeno. Podemos assim dizer que as categorias foram definidas interactivamente numa relação dialéctica ente as categorias pré-definidas e as categorias emergentes.

A estrutura final da “árvore” está dividida em dois ramos distintos que correspondem à **Base de dados** onde foram indexados todos os documentos recolhidos e às **Categorias de Análise**, tal como ilustra a figura 17.

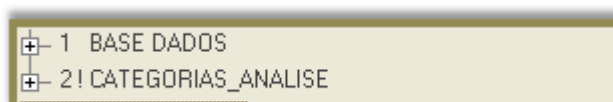


Figura 17 – Ilustração dos ramos da árvore.

Na **Base de Dados** (figura 18) foram indexados todos os documentos, de acordo com o *autor (participante)*, *género do autor*, *o tipo de documento* e o respectivo *ensino clínico*.

De salientar que, relativamente ao *Género*, na categoria “Anónimo”, foram indexados os documentos onde essa informação não constava.

Acresce ainda referir que, resultante dos protocolos interinstitucionais, em alguns contextos, o supervisor é um profissional do serviço, com contrato de docente da ESSUA a tempo parcial, pelo que, mesmo nestes casos foi considerado por nós como *Supervisor*.

O programa pressupõe ainda que, para cada “nó” criado, seja feita a respectiva definição (apêndice 8), o que facilita a análise de conteúdo dos documentos.

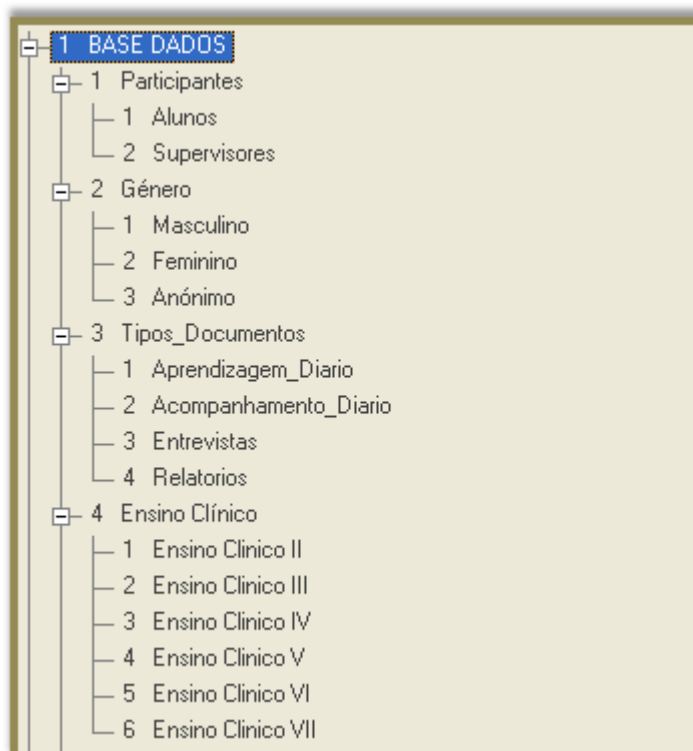


Figura 18 – Visualização das “categorias” integradas na Base de Dados.

O desenho do “segundo ramo da árvore”, que designamos por **Categorias de Análise**⁸¹ foi emergindo à medida que tentávamos organizar os dados à luz da perspectiva bioecológica e tendo em conta as questões de investigação, ou seja, tentámos sistematizar os dados para que fosse possível compreender os factores que influenciam o desenvolvimento de competências do aluno em contexto de ensino clínico à luz da perspectiva bioecológica de Bronfenbrenner e Morris (1998).

Para dar resposta às questões de investigação era importante conhecer as **vivências** experienciadas pelos alunos e supervisores, os diferentes **contextos** de ensino clínico e os **processos** decorrentes dos mesmos, que se inscrevem como factores influenciadores do desenvolvimento de competências

Criámos assim três grandes Dimensões – **Vivências, Desenvolvimento de Competências e Avaliação Geral**, a partir das quais se construiu o desenho da árvore (figura 19).

⁸¹ - Como complemento do que é referido nesta secção, apresentamos no apêndice 9 a definição de cada uma das “categorias”, tal como se apresenta no programa QSR N6 NUD*IST.

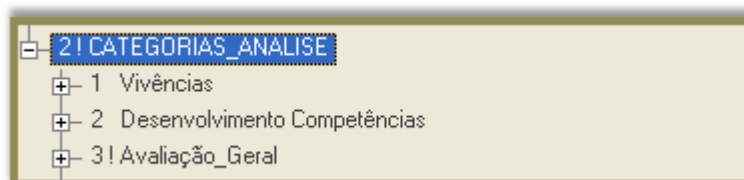


Figura 19 – Visualização das Dimensões integradas na árvore.

Vivências

Considerámos que uma forma de conhecer melhor os actores era conhecer e compreender as suas vivências ao longo dos estágios, o que, no nosso entender, poderia ser feito através do que por eles era narrado. Tal como refere Bronfenbrenner (2002:19),

“As características cientificamente relevantes de qualquer meio ambiente incluem não apenas as suas propriedades objectivas, como também a maneira pela qual essas propriedades são percebidas pelas pessoas naquele meio ambiente. (...) os aspectos do meio ambiente mais importantes na formação do curso de crescimento psicológico são, de forma esmagadora, aqueles que têm significado para a pessoa numa dada situação.” Apresentamos

Dentro destas vivências salientámos como domínios (figura 20): os **Sentimentos**, que integram as categorias *medo*, *insegurança*, *autoconfiança* e *outros*, nas quais procurámos evidências dos aspectos emocionais que acompanham o aluno durante os ensinamentos clínicos; as **Dificuldades** sentidas, à luz das “dimensões da competência”, pré-estabelecidas na ESSUA, e sobre as quais os alunos e supervisores estruturaram, por vezes, as suas narrativas, motivo pelo qual foram definidas as categorias – *Cognitivas*, *Atitudinais*, *Comunicacionais* e *Técnicas*; **Estágios anteriores**, cujas vivências de alguma forma marcaram o desenvolvimento no estágio “actual”; **Processo supervisivo**, que marca especificamente a percepção dos supervisores sobre o seu papel durante o estágio clínico, determinando as categorias *Sujeitos*, *Tarefas*, *Conhecimentos*, *Atmosfera envolvente* e *Dificuldades*; **Processo de avaliação**, enquanto promotor ou inibidor do desenvolvimento de competências dos alunos, no qual demarcamos, como categorias, *Avaliação Formativa*, *Avaliação Sumativa*, *Stress* e *(In)justiça* e as **Situações marcantes** para o aluno durante o ensino clínico.

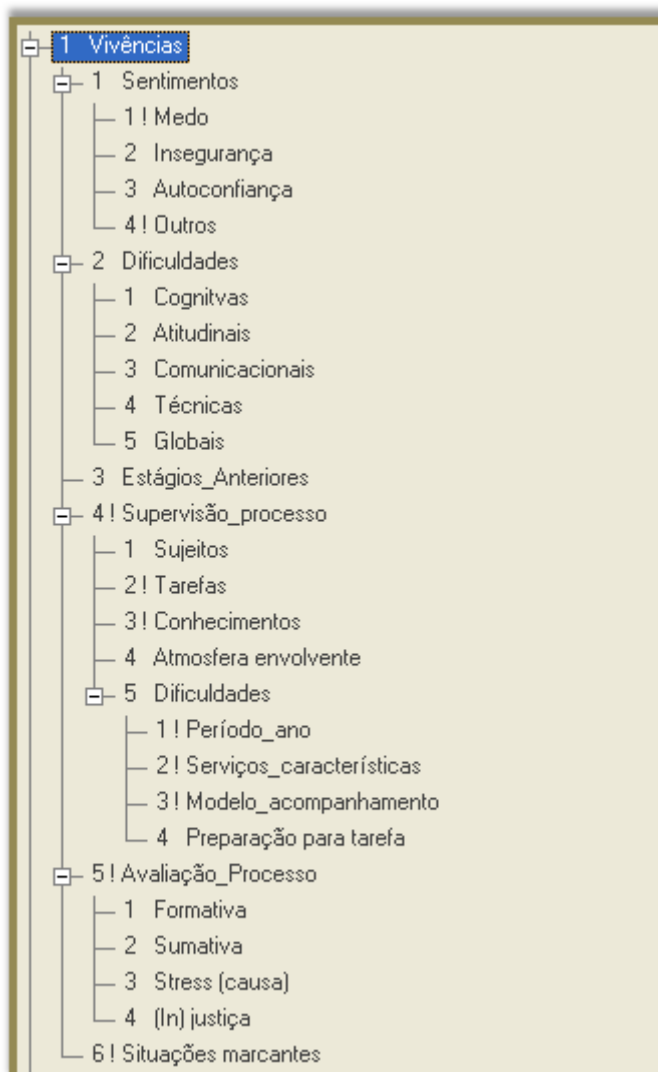


Figura 20 – Visualização dos Domínios e Categorias referentes à Dimensão – Vivências.

Desenvolvimento de Competências

Consideramos este a grande dimensão, a que engloba o *corpus* fundamental de resposta às nossas questões de investigação. Ela é sustentada maioritariamente pela teoria bioecológica de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e Morris (1998), que pressupõe que o desenvolvimento é influenciados pelos diferentes sistemas, micro, meso, exo e macro, e nos quais têm relevância as actividades, os papéis e a interacção. Realça ainda a importância das características da **pessoa**, do **contexto**, do **processo e do tempo**.

Nesta dimensão, apresentada na figura **21**, enquadrámos como Domínio o **ambiente ecológico** caracterizado como o ambiente envolvente do aluno, mais ou menos próximo, mas que exerce sobre ele influência e, no qual, se enquadram as

categorias: *factores facilitadores* e *factores inibidores* do desenvolvimento das competências do aluno a nível micro, meso, exo, macro e cronossistémico e que vamos apresentando sequencialmente.

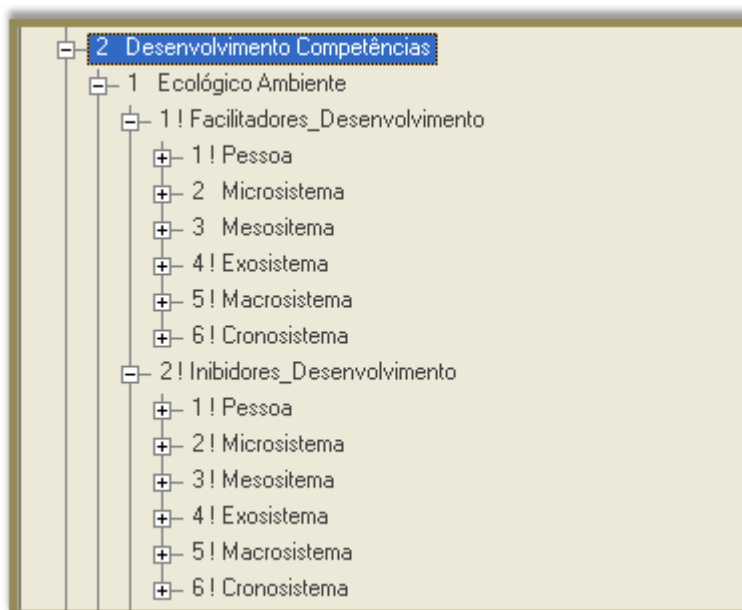


Figura 21 – Visualização das Categorias e Subcategorias do Desenvolvimento de Competências.

As “subcategorias” encontradas para os factores facilitadores e para os factores inibidores repetem-se, na árvore, porquanto das leituras dos diversos documentos encontrámos situações semelhantes, mas que tinham sido percebidas de forma diferente, em momentos diferentes ou por actores diferentes, o que é congruente com a perspectiva referida.

Emerge assim a subcategoria **Pessoa**, na qual considerámos ainda as subcategorias – *Características de demanda*, *Recursos* e *Disposições* (figura 22). As características de demanda referem-se a atributos do aluno que têm potencial para encorajar ou inibir reacções de outras pessoas para interagir com o aluno; os *recursos estão associados* à capacidade biológica do aluno se envolver em processos proximais; as *disposições* são as características que podem colocar os processos proximais em movimento e sustentar a sua operação, de facilitando (disposições geradoras) ou dificultando (disposições disruptivas) o desenvolvimento.

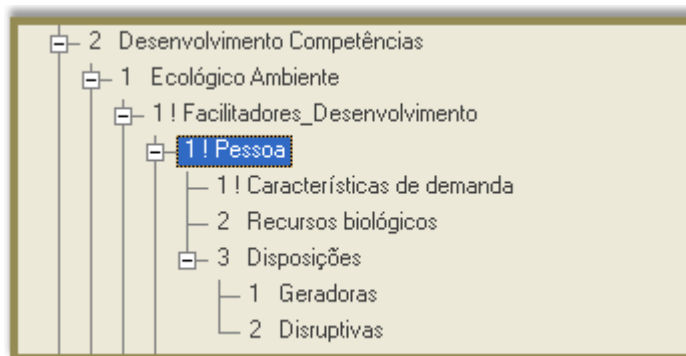


Figura 22 – Visualização das Subcategorias da Pessoa.

Na Subcategoria **microsistema** (onde decorrem as actividades, papéis e relações existentes entre o sujeito e o seu ambiente imediato incluindo as relações com outras pessoas) surgiram as “subcategorias”, *Actividades*, *Papéis*, *Interação funcional*, *Interpessoalidade* e *Características do contexto*, salientado que cada uma desta está ainda subdividida tal como se apresenta na figura 23.

Das *Actividades* desenvolvidas pelos alunos, considerámos as **actividades molares** como as que, tendo um carácter continuado, possuem uma dinâmica própria, são intencionais e das quais emerge significado (nesta categoria inclui-se também a reflexão como actividade que une o pensamento à acção). As actividades momentâneas, a que os alunos atribuem pouca importância e, como tal, não exercem muita influência no seu desenvolvimento foram designadas como **actividades moleculares**.

Na subcategoria *Papéis* definimos o papel de **aluno** enquanto aprendiz de **cuidador** perante os supervisores, os docentes, os profissionais do serviço e utentes; de cuidador porquanto presta cuidados ao utente /famílias; de **colega grupo** na relação que estabelece com os outros elementos do grupo de estágio e **colega equipe** quando os profissionais lhe reconhecem um nível de competência para exercer a sua actividade com alguma autonomia.

Relativamente à *Interação funcional* (relações diádicas em função da actividade e do seu grau de autonomia) enunciamos:

- **díade observacional**, sempre que o aluno observa a actividade de outro profissional, que simultaneamente reconhece o seu interesse;

- **díade actividade conjunta** quando o aluno e supervisor se percebem como fazendo algo em conjunto, como parte de um padrão integrado e, na qual pode existir – *Reciprocidade* (aluno e supervisor influenciam-se mutuamente no decurso de uma actividade), *Equilíbrio de poder* (no início da relação diádica o supervisor pode ser mais influente mas a tendência poderá ser de deslocação gradual deste equilíbrio de poder,

em favor do aluno) e *Relação afectiva* (que se desenvolve no decurso de uma relação diádica e que vai fomentar o estabelecimento de uma díade primária.)

- **díade primária** – quando se verifica, na actividade, a influencia do supervisor com quem o aluno constituiu uma díade, mesmo que este não esteja presente.

- **Sistema N+2** – sempre que, durante a actividade se verifique a influência (directa ou indirecta) de uma ou mais pessoas na interacção da díade.

No que se refere à *Interpessoalidade* (relação recíproca e dialéctica entre duas pessoas) emergiu a **Relação supervisiva** como a que se estabelece entre o supervisor e o aluno no decurso do ensino clínico; a **Relação de apoio** sempre que o aluno sentiu, da parte da outra pessoa apoio, incentivo, confiança, partilha e a **Atmosfera envolvente** como o clima afectivo-relacional e sócio-cultural, que se estabelece no decurso do ensino clínico: aluno - supervisor, aluno -equipe e supervisor - equipe.

Por último *referimos as Características do contexto* como sendo as específicas de cada local de estágio, nomeadamente, tipo de serviço, grau de dependência de utentes, presença de alunos de outras escolas, metodologia de trabalho a equipe.

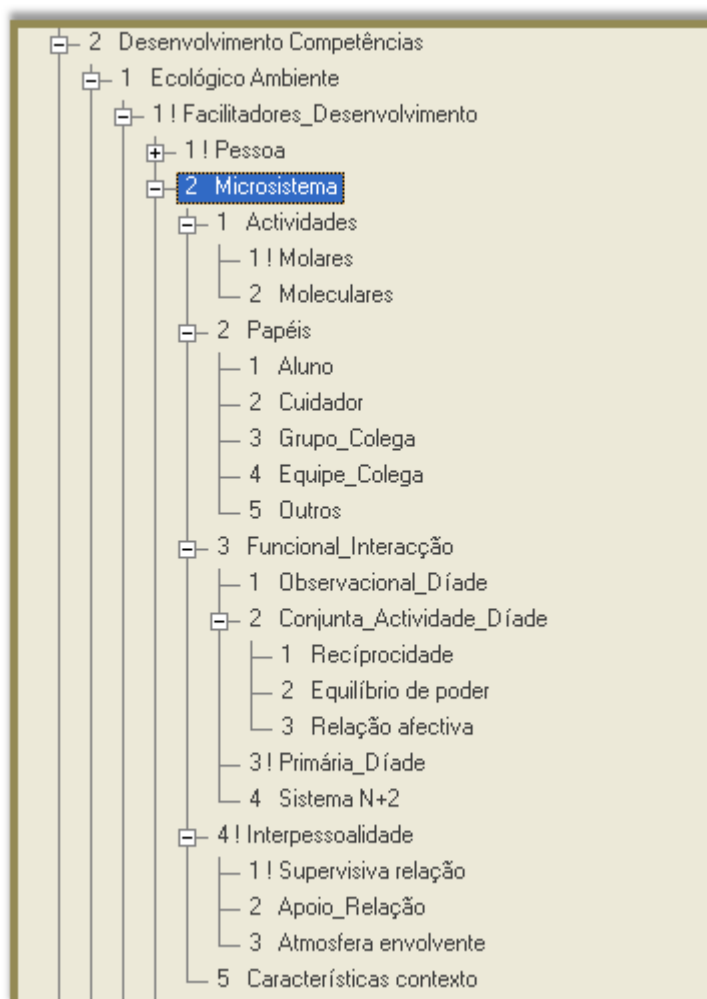


Figura 23 – Visualização das Subcategorias do Microsistema.

No **Mesosistema** (figura 24) emergiram as subcategorias, resultantes da interacção do aluno em pelo menos dois ou mais contextos, *Participação multicontextual*, relativa à participação do aluno em diferentes meios; *Ligação indirecta* quando o aluno não participa activamente em dois ambientes, mas pode ser estabelecida uma ligação entre o aluno e um dos ambientes através de uma outra pessoa; *Comunicação intercontextual* relacionada com a comunicação entre os diferentes contextos em que o aluno participa e *Conhecimento intercontextual* ou seja a rede de informação existente num determinado contexto sobre o outro, à qual o aluno tem acesso.

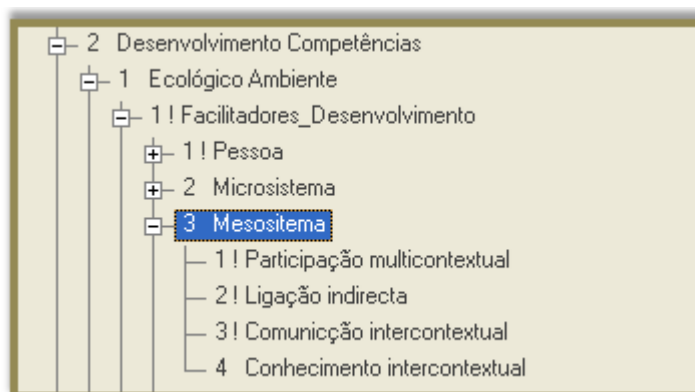


Figura 24 – Visualização das Subcategorias do Mesosistema.

Relativamente ao **Exosistema**, tal como se observa na figura 25, considerámos as subcategorias: *Relacionamento interinstitucional*, que diz respeito ao relacionamento existente entre a ESSUA e a instituição onde ocorre o ensino clínico; *Modelo de Gestão* referente ao modelo de gestão da instituição onde decorre o ensino clínico e que se relaciona com as políticas de gestão hospitalar; *Organização do Ensino Clínico*, no qual se considera: o momento do estágio inserido no curso, o número de locais onde decorre o estágio; distância do local de estágio à ESSUA, o número de alunos por local de estágio e ainda a preparação dos supervisores – equipe; *Curriculum do Curso* relativo ao desenho curricular do CLE da ESSUA, às temáticas dos diferentes anos, à interligação entre conteúdos leccionados na componente "teórica" e sua relação com os contextos da prática de cada estágio específico.

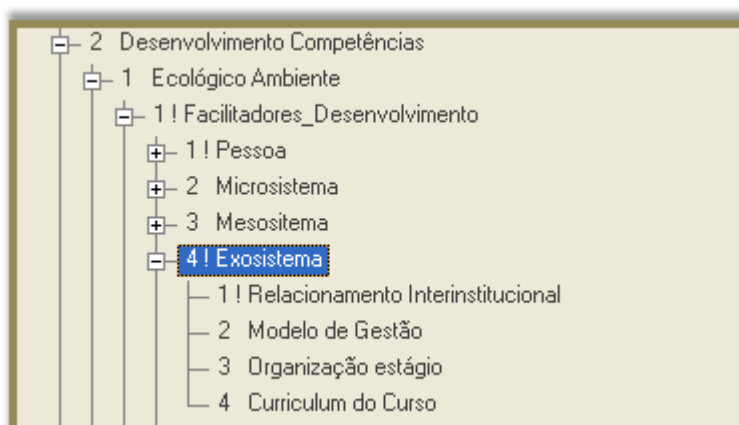


Figura 25 – Visualização das Subcategorias do Exosistema.

A nível do **Macrosistema** determinámos as subcategorias *Políticas de Saúde*, em que integramos a legislação em vigor relativa aos cuidados de saúde primários e diferenciados, a legislação relativa às diferentes carreiras profissionais, a

empregabilidade e a acessibilidade; *Políticas de Formação* - Legislação em vigor sobre: as políticas de formação mais especificamente nos cursos da área de saúde; legislação relativa às diferentes carreiras profissionais; *Cultura* relativa às características da população portuguesa; etnias e religião, tal como ilustramos na figura 26.

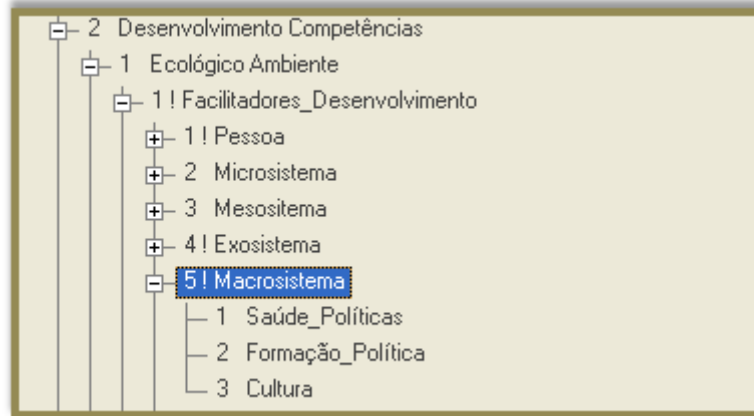


Figura 26 – Visualização das Subcategorias do Macrosistema.

No que se refere ao **Cronosistema** (figura 27) emergiram aqui as subcategorias: *microtempo* que se reporta à continuidade/descontinuidade no âmbito dos processos proximais; *mesotempo* que indica a periodicidade dos episódios, em intervalos de tempo mais alargados, como dias ou semanas e *macrotempo* referente às mudanças que ocorrem na sociedade em geral tais como acontecimentos concretos, expectativas, quer na mesma geração quer em gerações sucessivas.

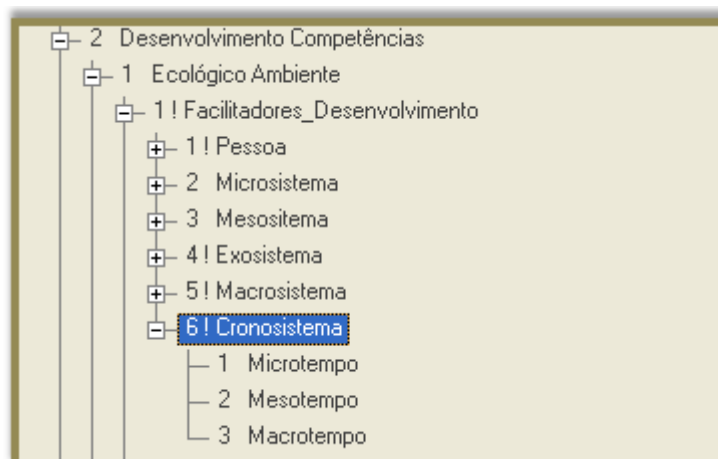


Figura 27 – Visualização das Subcategorias do Cronosistema.

Avaliação geral

Esta dimensão, que ilustramos na figura 28, está já de alguma forma relacionada com resultados da investigação, contudo apresentamos a mesma nesta árvore porque ela resulta de uma avaliação feita pelos próprios alunos, pelos supervisores ou pela própria investigadora e emergiu nas narrativas em análise. Nela integramos o domínio **Confirmação de desenvolvimento** onde emergiram as categorias *Competências* e *Maturidade*, que de uma forma global se referem à confirmação do desenvolvimento das competências dos alunos ao longo dos ensinamentos clínicos, pressupondo um *saber*, um *saber fazer*, um *saber ser e estar* (dimensões cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas das suas intervenções).

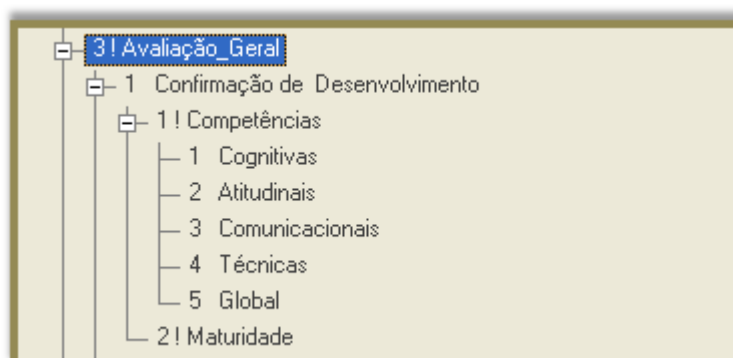


Figura 28 – Visualização das Categorias e Subcategorias da Avaliação Geral.

Após a análise cuidada de cada documento as unidades de texto⁸² foram indexadas a cada “categoria” emergindo assim as categorias “preenchidas” com excertos das narrativas dos actores.

Depois deste trabalho metodológico delineámos as estratégias a seguir para apresentação e análise dos dados e que se entrecruzam com o objectivo geral do nosso trabalho e com as questões de investigação. Resulta assim o ponto seguinte em que, com base nos dados recolhidos, tentamos dar resposta às questões de investigação, integrando os diversos elementos da perspectiva bioecológica.

A análise dos mesmos pressupôs uma grande interligação entre a componente teórica que sustenta este trabalho, as características metodológicas do mesmo e a nossa própria experiência de investigadora.

⁸² Consideramos Unidades de texto os excertos das narrativas representativos da “categoria” onde se inserem.



**CAPÍTULO II —
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS:
CONTEXTOS E PROCESSOS**

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: CONTEXTOS E PROCESSOS

Neste capítulo apresentamos e analisamos os dados recolhidos. A finalidade da análise dos dados, independentemente do tipo de dados ou do tipo de pesquisa que lhe está subjacente é, organizar, apresentar a estrutura e extrair significado aos dados resultantes da investigação.

Nem sempre esta análise é uma tarefa fácil, transformando-se na maioria dos casos num desafio para o investigador. Na opinião de Polit *et al* (2004), na análise de dados qualitativos este desafio está relacionado com três aspectos:

- A inexistência de regras sistemáticas de análise e apresentação de dados qualitativos, o que, para além de tornar difícil a sua apresentação, pode levantar a questão da sua validade;

- A quantidade de dados obtidos o que, exige do investigador muito trabalho para organizar e dar sentido à quantidade de páginas de narrativas e documentos, as quais devem ser lidas e relidas para depois serem organizadas, integradas e interpretadas;

- A redução dos dados a apresentar no relatório final da investigação pode transformar-se um verdadeiro desafio final para o investigador.

Partindo destas considerações vamos neste ponto apresentar e analisar os dados resultantes da nossa investigação. Estes dados constituem-se como um conjunto considerável de narrativas, de alunos, supervisores e nossas, as quais tivemos que ler e reler antes de “desenhar” a forma como seriam organizados para podermos extrair deles significado consonante com as questões de investigação os respectivos objectivos do trabalho.

Assim, para melhor compreender o significado dos dados obtidos apresentaremos os mesmos em dois pontos distintos que emergem como enquadramentos questões de investigação e dos objectivos do trabalho e que designamos respectivamente por:

- Desenvolvimento de competências dos alunos do CLE em contexto de ensino clínico.

- Processo de desenvolvimento de competências dos alunos do CLE em contexto de ensino clínico à luz do modelo PPCT

Acresce ainda referir que a interligação entre os quatro elementos (PPCT) da perspectiva bioecológica se revelou tão forte que, para não correremos o risco de nos repetirmos constantemente na análise, tentámos analisar os dados de acordo com a incidência em cada um dos elementos, apesar de, na própria construção da “árvore” estar

presente essa interligação. Assim por exemplo: os Processos Proximais estão integrados no **P**rocesso, mas simultaneamente no Microsistema – **C**ontexto, e relacionados com a **P**essoa e com o **T**empo.

No desenho da “árvore”, baseámo-nos essencialmente na perspectiva de Bronfenbrenner (1979), com a qual estávamos familiarizadas mas, nesta fase de apresentação e análise dos dados, tentámos analisar e relacionar os mesmos com a perspectiva bioecológica de Bronfenbrenner e Morris (1998). A este desenho estiveram ainda subjacentes os pressupostos da sequência dos passos para análise de dados de natureza qualitativa, sobretudo a perspectiva de Yin (1994).

1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ALUNOS DO CLE NO CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO

Pretendemos neste ponto analisar o processo de desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico numa perspectiva evolutiva do Ensino Clínico II ao Ensino Clínico VII, utilizando os resultados das avaliações dos alunos realizadas nos referidos ensinos clínicos pelos docentes e supervisores clínicos, por dimensão de competência e tentando compreender o significado dos aspectos que, nas narrativas, emergiram como dificuldades, confirmação de desenvolvimento, situações marcantes, para além dos factores referenciados como facilitadores ou inibidores do seu desenvolvimento. Ilustramos a apresentação destes dados na figura 29.

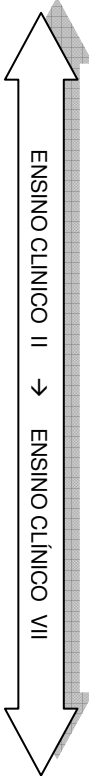
Questão	Elementos de análise
<p>Como se evidencia, nas classificações e é vivenciado na perspectiva dos diversos actores, o desenvolvimento de competências do aluno do CLE em contextos de ensino clínico?</p>	<p>Evolução de competências do aluno</p> <ul style="list-style-type: none"> → Classificações /dimensão de competência <ul style="list-style-type: none"> - Cognitiva - Atitudinal - Comunicacional - Técnica → Confirmação de desenvolvimento de competências <ul style="list-style-type: none"> - Cognitivas - Atitudinais - Comunicacionais - Técnicas → Dificuldades <ul style="list-style-type: none"> - Cognitivas - Atitudinais - Comunicacionais - Técnicas → Sentimentos <ul style="list-style-type: none"> - Medo - Insegurança - Autoconfiança - Outros <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  <p>ENSINO CLÍNICO II → ENSINO CLÍNICO VII</p> </div>

Figura 29 – Elementos de análise para responder à 1ª questão de investigação.

1.1 – EVOLUÇÃO DAS CLASSIFICAÇÕES DOS ALUNOS RELATIVAS ÀS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO

A apresentação e análise das classificações serão feitas por ensino clínico, de forma evolutiva e integradora das quatro dimensões de competência consignadas pela ESSUA. Na tabela 1 apresentamos as médias e respectivos desvios-padrões das classificações, por ensino clínico e por dimensão de competência, assim como o resultado do teste estatístico para a igualdade das classificações para cada dimensão de competência ao longo dos ensinos clínicos considerados. O gráfico 4 ilustra a evolução temporal dessas classificações.

Da análise global da tabela 1 e do gráfico 4 salientamos uma tendência de evolução positiva das classificações dos alunos em todas as dimensões de competência, no decurso dos ensinos clínicos. Os resultados obtidos, a partir da utilização da ANOVA de medidas repetidas não paramétrica (teste de Friedman), para cada dimensão de competência considerada ao longo dos ensinos clínicos, são estatisticamente significativos, tendo sido obtidos valores para p inferiores ao nível de significância considerado ($p < 0.05$). Este resultado mostra que as classificações obtidas para cada dimensão de competência ao longo dos ensinos clínicos não são todas iguais entre si, salientado assim a evolução positiva das classificações descrita anteriormente.

Tabela 1 – Apresentação das classificações por ensino clínico e por dimensão de competência.

Ensino Clínico	N	Dimensão Competência							
		Cognitiva*		Comunicacional*		Atitudinal*		Técnica*	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
II	37	14,076	1,4563	15,227	1,5545	16,948	,8898	14,297	1,4115
III	37	15,213	1,6327	16,217	1,5623	18,459	1,2983	15,513	1,7259
IV	37	14,738	1,8752	15,918	1,8162	16,228	1,5130	14,796	1,5439
V	37	15,655	1,4708	15,927	1,3126	17,655	,8245	15,945	1,1587
VI	37	16,261	,9231	16,873	,8255	18,264	,6663	16,553	,7751
VII	37	17,086	,8317	17,330	,7530	17,922	,6802	17,397	,7116

* ANOVA de medidas repetidas não paramétrica (teste de Friedman, $p < 0.05$)

Esta tendência é facilmente observável através de evolução temporal das classificações por ensino clínico e por dimensão de competência, em termos de médias e desvio-padrões (gráfico 4), que nos mostra que, à medida que decorrem os ensinos clínicos, vão aumentando os valores médios e diminuindo a dispersão das classificações, o que indica uma convergência das dimensões consideradas.

Destacamos as classificações obtidas no Ensino Clínico III, que se distinguem dos restantes ensinamentos clínicos, por apresentarem uma média de classificações superior à do ensino clínico posterior, o que pode ser justificável pela diferença dos contextos deste ensino clínico e consequentemente dos resultados esperados. Este é o único ensino clínico em contexto de Cuidados de Saúde Primários onde a filosofia dos cuidados, a organização dos serviços, as intervenções de enfermagem, o tipo de utentes (maioritariamente não doentes) assim como, os recursos são muito diferentes dos cuidados de saúde em contexto de internamento hospitalar, o que, implica da parte do aluno um *saber*, um *saber fazer* e *saber estar* diverso nos dois contextos.

Em Cuidados de Saúde Primários as intervenções centram-se mais na vertente da promoção da saúde e prevenção doença, implicando por isso um maior desenvolvimento da vertente comunicacional, através da educação para a saúde e onde se verificou uma avaliação muito positiva da dimensão atitudinal (tendo em conta os indicadores da grelha de avaliação para esta dimensão).

Relativamente à dimensão técnica os resultados espelham, de alguma forma, as intervenções que lhe estão subjacentes dado que, nestes contextos os recursos materiais e tecnológicos são muito escassos e os procedimentos técnicos são pouco complexos, sendo por isso mais fácil para o aluno demonstrar um bom nível de execução dos mesmos. Para a dimensão cognitiva poderemos depreender que, os alunos conseguem mobilizar os conhecimentos necessários às intervenções a realizar, com alguma facilidade, quer estas sejam de âmbito mais técnico, quer se prendam mais com os aspectos da educação para a saúde.

De forma global, podemos observar no gráfico 4 que as médias das classificações referentes à dimensão atitudinal se destacam das outras em todo o percurso formativo, facto que explicamos não só pelos indicadores de avaliação, como também, pelas atitudes congruentes dos alunos relativamente ao seu papel.

Salientamos, ainda as médias das dimensões cognitiva e técnica, que apresentam valores muito próximos nos diferentes ensinamentos clínicos, o que pode estar relacionado com as dificuldades de transposição de conhecimentos para a prática clínica e a sua articulação com os procedimentos técnicos e consequente destreza manual que se vai mantendo ao longo de todo o curso, tal como mostram as narrativas.

Apesar dos valores que acabámos de realçar, podemos perceber a tendência evolutiva e a mesma pode ser entendida como uma crescente homogeneidade do grupo ao longo do curso. Ou seja, uma aproximação aos pressupostos teóricos de que há uma evolução no desenvolvimento dos alunos ao longo dos ensinamentos clínicos (mesotempo) e que, no final do curso, o grupo se aproxima de um valor de classificação máximo sem

grandes discrepâncias entre os diversos elementos, conforme demonstram os valores das médias e dos respectivos desvios padrões.

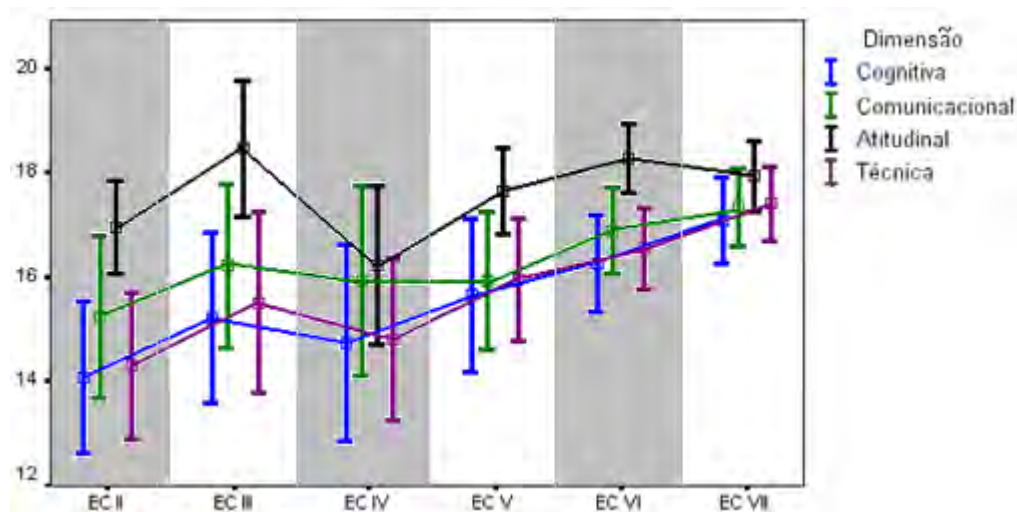


Gráfico 4 – Evolução temporal das classificações por ensino clínico e por dimensão de competência (média e desvio padrão).

Procederemos, agora, a uma análise mais pormenorizada por ensino clínico lembrando que, na mesma, não enquadrámos o ensino clínico I pois a dinâmica do mesmo é muito diversa dos restantes. Tal como já foi referido este ensino clínico não tem como objectivo a colaboração dos alunos na prestação de cuidados de enfermagem mas apenas a observação, facto pelo qual a sua avaliação também não decorre da mesma forma.

1.1.1 – Ensino Clínico II

Neste Ensino Clínico as características dos contextos (tipo de serviço, de utentes e de cuidados) propiciam muito mais uma vertente relacional dos cuidados do que uma vertente técnica. As intervenções de enfermagem estão muito centradas na educação para a saúde, no apoio aos cuidados ao recém-nascido (higiene e amamentação) o que implica que o aluno tenha necessidade de comunicar durante uma grande parte do tempo directamente com a puérpera e o recém-nascido. Deste modo o desenvolvimento de competências atitudinais e comunicacionais seja muito mais evidente, tal como se observa no gráfico 4 e na tabela 1.

Salienta-se assim a **dimensão atitudinal** com o valor mais elevado das classificações (média 16,948; desvio padrão 0,8898), o que demonstra que, na sua maioria, os alunos estiveram muito próximo do esperado, em termos de comportamentos

e atitudes congruentes com o seu papel de aluno integrando as dinâmicas e regras de cada serviço e instituição.

Estas classificações estão em consonância com as narrativas⁸³ relativamente às dificuldades sentidas, ou seja, esta é a dimensão onde se verifica um menor número de referências comparativamente com as restantes dimensões. Estas dificuldades prendem-se sobretudo com a integração nos primeiros dias e com o *saber estar*, na medida em que sendo o primeiro ensino clínico os alunos sentem algum constrangimento perante algumas situações com que se deparam.

“Nos primeiros dias foi um pouco difícil acompanhar o ritmo do serviço, visto que não estava familiarizada com os procedimentos efectuados, com o processo que era utilizado no serviço, com os registos, e entre outras coisas. Existiam uma série de coisas para as quais tive que fazer um período de adaptação, visto que a teoria nem sempre corresponde à prática.” R_II_A_21

“A nível de situações tive uma dificuldade em lidar com mães jovens, porque era uma situação que eu senti que era constrangedora, principalmente quando pensei na situação em si, eu estava a lidar com uma mãe que era mais nova do que eu, é constrangedor, foi estranho.” E_II_A_19

Contudo, a confirmação do desenvolvimento nesta dimensão também foi manifestamente reduzido, pois apenas foi focada em 4 narrativas.

“Sinto que estou com outra disposição para enfrentar esta semana, pois acho que estou a conseguir aos poucos entrar na metodologia de trabalho, organizei melhor as minhas actividades seguindo prioridades. Se fizermos as coisas com alguma sequência e a seu tempo conseguimos ter mais tempo para nos debruçarmos na realização dos registos e até mesmo colaborar com a equipa no que for preciso.” DAP_II_A_18

Observa-se, na tabela 1, que a média das classificações da **dimensão comunicacional** (15,227) é relativamente inferior à obtida na dimensão atitudinal, contudo o desvio padrão verificado (1,554) demonstra uma grande dispersão das classificações o que está em congruência com as características dos contextos, os objectivos do estágio e com as próprias narrativas, ou seja, neste ensino clínico, nos cuidados a prestar a puérperas, recém-nascido e família emerge maioritariamente a vertente comunicacional. O facto de este ser o primeiro ensino clínico em que

⁸³- Os excertos das narrativas, que passamos a integrar no nosso trabalho, são reproduzidos exactamente como nos apresentaram os respectivos actores pelo que, mesmo tendo verificado existirem “erros” os mesmos não foram corrigidos.

Salientamos que as narrativas se encontram codificadas segundo a lógica: tipo de documento_ensino clínico_ actor_ número atribuído, exemplos; E_II_A_08, Entrevista relativa ao EC II do Aluno 08; E_II_S_04, Entrevista relativa ao EC II do Supervisor 04.

desempenham o papel de cuidador gera nos alunos alguma ambivalência, e consequentes dificuldades na forma como se devem expressar, como abordar determinados assuntos ou mesmo na certeza de que estão a dar informações correctas. Estes factos tornam-se implícitos nas narrativas de alunos e supervisores, nas quais identificámos 18 referências a dificuldades nesta dimensão (número só suplantado pelas referências às dificuldades técnicas).

“A minha principal dificuldade sentida neste período residiu na comunicação com o outro, não só com as puérperas mas também com os restantes profissionais. Sentia-me embaraçada com a abordagem de assuntos de foro íntimo das senhoras e tinha dificuldade em direccionar os meus conhecimentos para a satisfação das necessidades evidenciadas pelas puérperas”. DAP_II_ANÓNIMO_05

De alguma forma nas narrativas emergem dados sobre a evolução dos alunos na dimensão comunicacional não só pelos supervisores como pelos próprios.

“Comunicacional - Apresentaram muita dificuldade inicialmente nesta competência, mas que foi mais ou menos ultrapassada ao longo do estágio. Apresentaram dificuldades no contacto físico com a utente quando era pertinente (o toque, olhar directamente questionando ou respondendo), mas foram ultrapassadas ao longo do estágio. Dificuldade na realização de registos sistematizados e pertinentes e na comunicação oral (medo de falar e dizer algo errado) no final do estágio tendo ganho segurança, eram já autónomos na passagem de turno e registos. Do mesmo modo melhoraram no estabelecimento da relação de ajuda e comunicação com a utente.” DAC_II_S_01

“Foi também durante esta semana que fiz o ensino sobre o banho a uma puérpera. O ensino correu bem e inclui não só a técnica de banho, mas também avisos de forma a prevenir acidentes infantis, como queimaduras, afogamentos, quedas. A nível relacional, a cada dia que passava eu estava muito mais à vontade. Efectuava ensinamentos, conversava com as puérperas, sem que surgisse o receio que surgiu inicialmente.” DAP_II_ANÓNIMO_01

A média e o desvio padrão das classificações da **dimensão técnica** apresentados na tabela 1 facilmente se explicam pelas características dos serviços, que propiciam poucas oportunidades de execução de procedimentos, nomeadamente, manuseamento de material e equipamento relacionado com preparação e administração de medicação, execução de pensos cirúrgicos, mobilização de utentes (entre outros).

“A nível técnico como a prática era muito pouca senti mais dificuldade principalmente na parte da patologia, porque picar uma veia ou fazer uma algaliação é mais complicado também havia mais nervosismo e por isso mais dificuldade e isso acabou por dificultar porque a experiência é muito pouca e a componente técnica não está ainda muito

desenvolvida o que dificultou mais a integração e aí foi talvez a maior dificuldade que senti.” E_II_AL_ANONIMO

“Na técnica foi talvez mais difícil, embora fosse aquilo que elas quisessem fazer mais e fosse aquilo que elas fizeram menos, perante a técnica em si foi o que foi mais difícil. A parte relacional eles até se relacionavam, se calhar foi na técnica elas tinham mais dificuldades em preparar as injeções, em pôr um soro.” E_II_S_02

Pela análise tabela 1 e correspondente gráfico observamos que foi a nível da **dimensão cognitiva** que se verificaram valores da média das classificações mais baixos, (14,076); contudo o valor do desvio padrão (1,456) indica também nesta dimensão uma grande dispersão. Estes valores reflectem o facto de este ser o primeiro ensino clínico, no âmbito da prestação de cuidados verificando-se que o aluno tem ainda alguma dificuldade de mobilização e transposição dos conhecimentos teóricos para as situações reais de prática clínica.

“Demonstraram alguma dificuldade em utilizar a metodologia científica, sabiam a teoria mas manifestaram muita dificuldade em estabelecer prioridades em planear em função das necessidades detectadas. Alguns conseguiram desenvolver esta competência com facilidade, outros demoraram mais tempo, mas todos evoluíram positivamente.” DAC_II_S_01

“Envolver-me e integrar-me em toda a dinâmica do serviço foi inicialmente confuso, sobretudo no que se refere à estruturação das intervenções, à selecção da informação relevante a registar e à relação com os profissionais de enfermagem, nomeadamente, nas reuniões de passagem de turno. A adequação dos conhecimentos teóricos à prática e a dificuldade em gerir toda a informação foi uma importante dificuldade encontrada na prestação dos cuidados. Relativamente ao plano de cuidados foi, por vezes, complicado traduzi-lo por escrito ainda que, mentalmente, o fizéssemos constantemente.” R_II_A_45

1.1.2 – Ensino clínico III

Neste ensino clínico as médias das classificações obtidas apresentam-se com a mesma tendência que as do ensino clínico anterior. A **dimensão atitudinal** emerge como a média mais elevada (18,459) mas, neste caso, o desvio padrão (1,298) também já demonstra uma maior dispersão das classificações.

Embora sem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes dimensões, os valores da média desta dimensão distanciam-se dos valores das médias

das restantes dimensões: **dimensão comunicacional** (16,217), **dimensões técnica** (15,513) **e cognitiva** (15,213).

Encontramos justificação para os mesmos nas características específicas dos contextos, pois que estes propiciam uma maior visibilidade das competências atitudinais e também um maior desenvolvimento de competências comunicacionais, dado que, as intervenções dos alunos estão mais relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção de doença ou acidente e, deste modo, centram-se mais numa vertente de educação para a saúde e não tanto em procedimentos técnicos que exijam destreza manual.

Apesar das classificações obtidas, tal como já referimos, serem em todas as dimensões superiores às obtidas no ensino clínico subsequente emergem, tanto nas narrativas de alunos como de supervisores um número de referências às dificuldades sentidas pelos alunos, numa sequência coerente com os valores das classificações observados nomeadamente: dificuldades atitudinais, 4; dificuldades comunicacionais 14; dificuldades técnicas 17 e dificuldades cognitivas 19.

“É assim, algumas dificuldades no sentido de destreza, portanto, no desenvolvimento de uma técnica é evidente que no início essa destreza não estava tão desenvolvida. No fim do estágio esteve melhor.” E_III_S_03

“Devido á especificidade desta área alguns alunos tiveram alguma dificuldade em fazer um constante exercício mental, com o objectivo de aplicarem os seus conhecimentos às situações problema apresentadas pelos utentes/famílias, nas diversas fases do seu desenvolvimento (recém nascido, jovem).” DAC_III_S_03

A confirmação do desenvolvimento também se enforma com os dados apresentados em que a vertente comunicacional e cognitiva está muito presente nas intervenções a realizar, sendo a vertente técnica sobretudo relacionada com a área da vacinação

“No serviço de vacinação tive a oportunidade de aplicar conhecimentos teóricos e adquirir novos conhecimentos, ou seja, tive a oportunidade de administrar injectáveis e vacinas a crianças, adultos e idosos, tendo de ter em atenção o tipo de linguagem utilizada, tendo de adequar ao utente em questão, visto ter de realizar ensinamentos referentes aos efeitos que as vacinas podiam causar, aqui também melhorei, a minha destreza manual. Também tive a oportunidade de melhorar a minha capacidade de interpretação do plano nacional de vacinação, tendo a possibilidade de contactar com utentes cujas vacinas se encontravam em atraso.” R_III_A_16

“Já comunico com mais naturalidade fazendo um acolhimento da pessoa questionando-a acerca dos motivos daquela medicação, de eventuais meios naturais que possam

auxiliar na resolução do problema; isto requer o atendimento do utente considerando os vários factores intervenientes na sua saúde, p.ex. trabalho esforçado, ambiente familiar pouco favorável - dito através de indícios, o que o que requer capacidade para perceber esses sinais ou conseguir ir ao encontro deles (nesta área, considero que pelo meu jeito próprio de ser tenho facilidade em interagir e pôr as pessoas à vontade...)." DAP_III_A_25

"Por exemplo, no aspecto relacional é evidente que se notou que para o fim eles tinham muito mais à vontade para falar e abordar assuntos, interferirem muitas vezes nas conversas dando opiniões relacionados com a promoção da saúde, e em todas as outras dimensões." E_III_S_04

1.1.3.– Ensino clínico IV

Na análise das médias e desvio padrão, das classificações obtidas pelos alunos, encontramos consonância com as classificações dos ensinamentos clínicos anteriores, ou seja, também neste ensino clínico a **dimensão atitudinal** se destaca em termos de média (16,228), mantendo-se mais próxima da média da **dimensão comunicacional** (15,918) e divergindo das notas das **dimensões técnica e cognitiva**, na mesma sequência (14,796 e 14,738 respectivamente). De salientar os valores do desvio padrão referentes às dimensões cognitiva (1,875) e comunicacional (1,8162), que demonstram uma grande dispersão das classificações obtidas (estes são os valores mais elevados do desvio padrão registados nos diferentes ensinamentos clínicos)

Realçamos aqui que sendo este o primeiro ensino clínico em contexto de "vida e doença" a complexidade dos cuidados de enfermagem é manifestamente diferente da complexidade dos cuidados em estágios anteriores o que, conseqüentemente, se transforma num aumento das dificuldades dos alunos para desenvolverem as suas competências em todas as dimensões.

"Uma outra dificuldade que convém aqui referir, tem a ver com a transposição/adequação de conhecimentos adquiridos em contexto de sala de aula para o campo clínico já que por vezes a realidade prática, não sendo a ideal, exige uma outra abordagem da teoria adaptada à situação em questão." DAP_IV_A_22

"Em termos do contacto com a pessoa doente era uma situação nova e portanto também tiveram no início alguma e bastante dificuldade, que depois foi pouco a pouco ultrapassada. Uma ou outra situação de postura menos correcta, mas que foi alertado, e que foi ultrapassado minimamente, mas que penso que necessita de ajuda nesse sentido." E_IV_S_05

“Em termos comunicacionais inicialmente também senti dificuldades, pois ao contrário dos estágios anteriores em que havia comunicação entre mim e o outro, neste estágio nem sempre isso aconteceu. Lidar com pessoas que não falam conosco, que não abrem os olhos, ou que estão desorientadas, isoladas no seu próprio mundo é complicado.” R_IV_A_20

“Uma outra dificuldade encontrada foi na preparação e administração da terapêutica, como não tinha destreza para fazer as coisas rápidas e bem-feitas. Logo não tinha prática na preparação dos medicamentos e senti-me bastante lenta.” DAP_IV_A_10

Do mesmo modo que se verifica um aumento da exigência relativamente à avaliação do aluno enquanto aprendiz de prestador de cuidados e já no seu terceiro ano de curso, o que se pode perceber nas narrativas relativamente à confirmação do desenvolvimento de competências.

“De facto, relativamente a este estágio aqui no serviço de Cardiologia os alunos, todos eles, desenvolveram as competências inerentes à sua grelha de avaliação de uma forma gradual, mas sempre positiva. Pontualmente uma ou outra competência terá que ser desenvolvida, como é normal, nos estágios futuros. Mas poder-se-á afirmar que relativamente à avaliação geral dessas competências o estágio foi positivo. Foram ultrapassadas as dificuldades a nível de cada uma das dimensões, e portanto, no aspecto geral, foi positivo para todos eles.” E_IV_S_06

“Em termos do desenvolvimento das diferentes competências, todos os alunos evoluíram conforme o esperado e desejado. A maioria das competências no final do estágio estava bem desenvolvida, contudo alguns itens da competência cognitiva e comunicacional necessitam de aperfeiçoamento.” DAC_IV_S_ANÓNIMO_03

“Faço uma avaliação muito positiva. Penso que as competências propostas, a nível técnico, cognitivo, atitudinal e comunicacional, todas elas foram desenvolvidas. umas mais do que outras, em especial a parte técnica e a parte de estar com os doentes, relacional, foram para mim as partes que tiveram mais desenvolvimento. A cognitiva e a atitudinal não é que não tenham tido desenvolvimento, mas se calhar foram aquelas que eu não notei tanto esse desenvolvimento. Penso que esse desenvolvimento já tinha sido feito anteriormente. Neste foi mais manter o nível de desenvolvimento.” E_IV_A_14

1.1.4 – Ensino clínico V

Este ensino clínico dá continuidade ao referido anteriormente, no âmbito da grande temática do 3º ano - “*Vida e Doença*”, agora numa perspectiva da prestação de cuidados ao doente com patologia cirúrgica, completando assim uma percepção geral, dos cuidados de enfermagem, a doentes com patologias diversas, do foro médico e cirúrgico e conseqüentemente, com diversos graus de dependência.

Tal como se observa na tabela 1, a média das classificações obtidas, neste ensino clínico mantém a tendência evolutiva das mesmas em todas as dimensões, alterando-se apenas a “ordenação”, ou seja, a média das classificações da dimensão técnica é ligeiramente superior à da dimensão comunicacional.

Observamos assim a **dimensão atitudinal** como a dimensão em que os alunos obtiveram a nota mais elevada (17,655) e verificamos uma aproximação entre a **dimensão técnica** (15,945) e a **dimensão comunicacional** (15,927) mantendo-se a **dimensão cognitiva** com a média das classificações mais baixa (15,655). Saliemos a diminuição dos valores do desvio padrão (gráfico 4), o que significa uma menor dispersão das classificações e a tendência para uma maior homogeneidade das mesmas no interior do grupo.

Apesar das particularidades deste ensino clínico comparativamente com o anterior, podemos referir que existem também muitas semelhanças entre ambos o que propicia um maior desenvolvimento de competências e consecutivamente uma evolução das classificações. Nas narrativas dos alunos emergem referências a este aspecto, entendendo este ensino clínico como uma continuação do anterior, permitindo uma actuação com maior confiança, decorrente de uma prática anterior não só em termos de destreza manual, como de comunicação e de raciocínio crítico.

“Devo de reconhecer que o estágio anterior (estágio de medicina) foi bastante benéfico para a minha formação e para a realização deste estágio, pois a maior parte dos procedimentos invasivos realizados nesta semana como a punção venosa, cateterização venosa, algáliação, etc... foram todos praticados no estágio anterior o que me permitiu realizar estes procedimentos com alguma confiança.”
DAP_V_ANÓNIMO_01

“Bastante autónomos na prestação de cuidados globais aos seus doentes, pedindo colaboração em situações pontuais/ novas. Muito organizados prestando atempadamente os cuidados necessários tendo em conta o conforto e bem-estar, a melhoria e independência do doente e a preparação para alta. Registos focando os aspectos de interesse na continuação de cuidados assim como na informação transmitida na passagem do turno. Melhoria significativa na execução de pensos

(destreza manual e avaliação das feridas) e a cateterização de veias periféricas e perfusão de soros e outras técnicas menos frequentes (nebulizações, algaliações, entubações nasogástricas, drenos torácicos).” DAC_V_S_07

“De uma forma sumária, considero que a realização deste estágio foi fundamental para que os alunos tivessem a real percepção do que é a prática profissional e pudessem desenvolver, o raciocínio clínico, a perícia comunicacional e a destreza técnica e cognitiva adequadas para cada caso real. O contacto com os utentes possibilitou-me um emergir de competências ao nível das relações humanas que constituem a base para o sucesso das intervenções necessárias a efectuar nos utentes, uma vez que, o estabelecimento de relação de empatia, ajuda e conforto contribuíram definitivamente para a melhoria e/ou restabelecimento da saúde. Embora todo o background de conhecimentos anteriormente adquiridos tenha sido sem dúvida imprescindível nas acções desenvolvidas, ao longo do estágio houve sempre um crescendo de aquisição de novos conhecimentos.” DAP_V_A_13

Queremos aqui salientar este ensino clínico V como marco importante no desenvolvimento de competências dos alunos. Estes já realizaram ensinamentos clínicos em contextos de vida e saúde e de vida e doença, ou seja, de uma forma global já apreenderam o sentido de “ser enfermeiro”, faltam apenas os ensinamentos clínicos que lhes vão permitir aprofundar conhecimentos e desenvolver competências mais específicas de determinadas áreas. Podemos afirmar, tal como ilustra a narrativa seguinte que, a essência dos cuidados foi já apreendida pelos alunos.

“Para mim este estágio tem sido bastante diferente dos anteriores no sentido de que me sinto mais autónoma na realização de tarefas, parece que me sinto mais próxima de ser enfermeira profissional uma vez que realiza tarefas por “conta própria”, segundo orientação dos enfermeiros mas sem a supervisão directa.

Esta atitude faz-me sentir mais responsável e segura dos meus actos e mais confiante nas relações com os utentes pois sinto que tenho um conjunto de conhecimentos mais alargado e consigo responder às dúvidas que os utentes me colocam, e se não sei pergunto ou vou procurar saber!

A realização deste Estágio foi importante para o meu desenvolvimento pessoal, profissional e intelectual uma vez, como se trata de um Estágio que exige um desempenho superior aos Estágios anteriores, pois o nível de conhecimentos também aumentou, ocorreu a oportunidade de colocar em prática grande parte dos procedimentos técnicos aprendidos, permitiu o contacto com doentes que apresentavam variados quadros clínicos, permitiu a aquisição de novos conhecimentos e a consolidação dos já adquiridos. Um outro aspecto a realçar é o facto de poder afirmar que neste Estágio consegui adquirir uma maior segurança tanto ao nível cognitivo, relacionado com a fundamentação teórica dos cuidados prestados, como na realização

de procedimentos técnicos, o que me fez sentir mais autónoma realizada a nível pessoal.” DAP_V_A_15

1.1.5– Ensino clínico VI

Este ensino clínico veio trazer alguma diferença em termos da sua organização temporal, pois realizou-se durante todo o 1º semestre do 4º ano apesar de, numa primeira fase, decorrer em simultaneamente com aulas na escola⁸⁴.

Da análise das médias das classificações apresentadas na tabela 1 observamos a tendência de evolução positiva das mesmas, em que a **dimensão atitudinal** se mantém com a média mais elevada (18,264), a **dimensão comunicacional** (16,873) a **dimensão técnica** (16,553) e a **dimensão cognitiva** (16,261) apresentam valores muito próximos entre si (e com esta mesma ordenação). Salientamos aqui que os valores respectivos, do desvio padrão, são inferiores aos verificados nos ensinos clínicos anteriores, demonstrando assim uma menor dispersão das classificações o que pode ser entendido como uma maior harmonização do nível de desenvolvimento de competências dos alunos. Estes valores são congruentes com os dados emergentes das narrativas relativamente às dificuldades sentidas pelos alunos por dimensão de competência.

Apesar da média da classificação da dimensão comunicacional, salientamos as referências às dificuldades sentidas pelos alunos, dado que ambos os módulos deste ensino clínico comportam aspectos da vertente relacional dos cuidados que não tinham estado presentes em nenhum dos estágios anteriores, como sejam: a dificuldade de comunicação com a criança, porque muitas vezes nem sequer verbaliza as suas necessidades e também porque em contexto de internamento está sempre acompanhada por um dos pais ou pessoa de referência, implicando assim a comunicação em tríade – aluno, criança, pai e a dificuldade de comunicar com a pessoa com doença mental, quase sempre com um discurso incoerente.

“Outra das dificuldades sentidas foi ao nível da comunicação. O facto de crianças tão pequenas não comunicarem verbalmente acarreta uma dificuldade acrescida e constitui um desafio à imaginação na procura constante de estratégias comunicacionais que

⁸⁴ O primeiro módulo, do ensino clínico VI, com a duração de 8 semanas decorreu, de Segunda a Quinta-feira e os alunos tinham aulas à sexta-feira (das disciplinas de Ética e Deontologia Profissional e de Sistemas de Informação em Saúde). Este facto implicava que mesmo os alunos que se encontravam deslocados de Aveiro tivessem que regressar para as aulas de sexta-feira.

O segundo módulo decorreu de modo habitual de Segunda a Sexta-feira, tendo por isso um total de 6 semanas.

De salientar ainda que é da média de notas dos dois módulos que resulta a nota final do ensino clínico. Apesar dos contextos serem diferentes – Cuidar de Crianças e Cuidar de Adultos com doença de foro psiquiátrico esse facto não foi considerado com factor significativo aquando do desenho curricular do CLE.

tomem possível a percepção e o entendimento das suas necessidades.”
DAP_VI_PED_A_29

“Como a família está constantemente e sempre que possível envolvida e/ou presente nos cuidados prestados criança, foi necessário desenvolver competências para uma comunicação com os pais e a criança. Isto porque “embora os pais e a criança sejam indivíduos separados e distintos, as relações com a criança são frequentemente mediadas através dos pais, em particular no caso de crianças mais jovens.” Por isso a comunicação muito utilizada em pediatria é a comunicação em triângulo, isto é, entre a enfermeira, o pai ou a mãe e a criança.” R_VI_PED_A_10

“A comunicação com estas pessoas portadoras de patologias psiquiátricas também não foi uma tarefa fácil de superar. Cada pessoa destas atribui um significado diferente aos nossos comportamentos e eu, devido a todo o estigma inerente à Psiquiatria, talvez esperasse outras reacções por parte destes, pelo que, inicialmente, sentia uma enorme dificuldade neste campo.” DAP_VI_PSI_A_38

No que se refere às dificuldades cognitivas as mesmas emergem nas narrativas relacionadas com as especificidades dos contextos e a complexidade das situações, tanto de âmbito pediátrico como psiquiátrico.

-“Quando se trata de aplicar na prática os conteúdos leccionados em ambiente escolar torna-se mais complexo e rigoroso, exigindo bastante capacidade de adaptação e reflexão para ultrapassar as dificuldades que, provavelmente vão surgindo no decorrer do Estágio uma vez que este não só pretende consolidar os conhecimentos adquiridos, como também proporcionar oportunidades para executar novas aprendizagens”.
R_VI_PED_A_15

“A principal dificuldade que me surgiu neste período, creio relacionar-se com a realização da história clínica (as entradas) essencialmente pela inexperiência da realização de um diagnóstico diferencial, dificultando o perceber da patologia/alteração apresentada, na maior parte das vezes situação de grande complexidade.”
DAP_VI_PSI_A_02

Apesar das especificidades deste ensino clínico, supervisores e alunos confirmam o desenvolvimento de competências destes, nas diferentes dimensões, aproximando-se assim do desempenho do profissional.

“O maior nível de conhecimentos, de segurança, de iniciativa e de capacidade adaptativa adquiridos/alicerçados em estágios anteriores contribuíram para que adoptasse uma postura mais aproximada ao enfermeiro profissional.”
DAP_VI_PED_A_22

“Não refiro dificuldades significativas, para não dizer mesmo nenhuma, devido a maior coordenação entre o desempenho técnico e relacional em virtude das várias oportunidades conseguidas, o que permite que sinta o desempenho mais assumido. A elaboração do plano de cuidados para uma criança tornou-se muito mais fácil, já que conhecemos os principais diagnósticos e as intervenções associadas, assim como a linguagem a utilizar para proceder ao seu registo.

A relação com as crianças e suas famílias é agora muito mais espontânea, mas igualmente mais estruturada e enriquecida. De um modo geral, sinto que foi bastante proveitoso o esforço para dominar os vários aspectos dos cuidados. Considero que o desenvolvimento do meu raciocínio clínico foi uma das minhas grandes conquistas neste ensino clínico.” DAP_VI_PED_A_25

“Nesta segunda semana de estágio a supervisão por parte dos profissionais de serviço pôde ter um carácter mais pontual, na medida em que de uma forma geral, já estava integrada na metodologia e dinâmica de trabalho da equipa de enfermagem. O ter mais facilidade de movimentação e actuação, maior autonomia, derivado do conhecimento da metodologia de trabalho, actua como um factor motivador e de aumento de confiança, que me impulsiona igualmente a procurar aperfeiçoar cada vez mais as minhas competências, sempre com a consciência da responsabilidade inerente à prática de enfermagem. Estes aspectos, grau de autonomia, maior confiança e capacidade de adaptação – parâmetros que tenho vindo a trabalhar ao longo do curso de enfermagem – possibilitam-nos uma segurança indispensável a uma adequada intervenção, nomeadamente ao nível da psiquiatria, em que se verifica necessário um estabelecimento de limites pelo profissional de saúde e levar o utente (por vezes agressivo e manipulador) a respeitá-los assim como às pessoas que o rodeiam.

Encontro, assim, justificação para a integração de um estágio em psiquiatria numa fase avançada do curso de enfermagem (como é exemplo o 4ºano) de forma a conseguir trabalhar as competências necessárias e retirar deste estágio os seus melhores frutos. Desta forma, a comunicação acredito ser uma competência a trabalhar fortemente neste processo de estágio, parâmetro que exige tanto de nós, trazendo grandes benefícios para a minha formação como futura profissional de enfermagem, facilitando a interacção com o outro e a sua compreensão.” DAP_VI_PSI_A_02

1.1.6.– Ensino clínico VII

Enquadrado no último semestre do curso este ensino clínico pretende ser uma integração à prática profissional e, assim, é de salientar que, neste ensino, clínico os

alunos, sempre que possível, acompanham um tutor em horário de roulement (aproximando-se assim da experiência profissional, em termos laborais).

Da análise das médias das classificações obtidas podemos verificar uma convergência, ou seja, em todas as dimensões avaliadas as médias das notas são muito aproximadas: **dimensão atitudinal** (17,922), **dimensão técnica** (17,397); **dimensão comunicacional** (17,330) e **dimensão cognitiva**, (17,086) mantendo-se a tendência da ordenação das dimensões de competência. Salientamos os valores do desvio padrão que reforçam os pressupostos da evolução positiva no desenvolvimento de competências dos alunos, no seu conjunto, constituindo-se assim como um grupo mais homogêneo.

Estas classificações resultam, em muitos casos, da atribuição do valor máximo aos indicadores em avaliação, o que está em congruência com o esperado do aluno, dado que este é o seu último ensino clínico e, como tal, é esperado que tenha desenvolvido a um nível máximo todas as suas competências, integrando-se assim num nível esperado de enfermeiro de cuidados gerais relativamente às competências a demonstrar, de acordo com a legislação em vigor.

“Os cuidados em medicina intensiva assenta em procedimentos específicos e complexos que se realizam de uma foi constante e em várias fases. O João⁸⁵ apresenta destreza manual com segurança e qualidade nos cuidados, mais aberto para o serviço e equipa. Apresenta um caminhar para a autonomia, sem necessidade de intervenções constante da minha parte, com perfeita integração na metodologia e dinâmica do serviço, embora em situações novas seja necessário alguma ajuda.

Após ultrapassar as dificuldades iniciais, melhorando a visão holística, a interpretação das necessidades do doente e com algum facilidade no desempenho das actividades. Mostra motivação para a realização dos cuidados e para que este sejam de qualidade, com pesquisa bibliográfica. Sabendo gerir o tempo de uma forma mais eficaz e autónoma, com o estabelecer de prioridades.” DAC_VII OPC_17

Apesar do domínio de competências evidenciado pelas classificações, nas narrativas encontramos ainda referência a dificuldades sentidas pelos alunos; contudo estas são mais centradas em aspectos mais abrangentes das situações experienciadas, o que demonstra simultaneamente uma confirmação de desenvolvimento e uma maturidade enquanto aluno e pessoa.

“A grande variedade de utentes e situações distintas representou, inicialmente, uma dificuldade, uma vez que exigiu uma ampla variedade de conhecimentos a nível teórico e prático, representando, uma integração de todas as aprendizagens adquiridas ao longo do curso. O conhecimento de todos os utentes e a adequação das intervenções de Enfermagem ao seu diagnóstico e às suas características e limitações, tornou-se,

⁸⁵ Nome fictício de aluno

também, nesta fase, uma dificuldade. Ainda numa fase inicial, não posso deixar de referenciar uma certa dificuldade na integração à dinâmica do serviço, bem como no estabelecimento de prioridades, tomada de decisões e gestão do tempo para as diversas intervenções.” R_VII_CC_A_27

“Penso que esta Prática Clínica não foi das que teve mais diversidade no que concerne a procedimentos técnicos, no entanto, apesar das dificuldades e receios iniciais ultrapassados, os procedimentos efectuados permitiram o desenvolvimento da minha destreza manual, ficando um pouco mais preparada para práticas clínicas futuras, e tenho plena consciência que ao longo das que estão por realizar, assim como ao longo da minha vida profissional, eu terei muito ainda para desenvolver.” R_VII_CC_A_14

“Nesta fase inicial, um dos aspectos que me influenciou bastante foi a percepção da falta de prática clínica, essencialmente no que concerne ao campo da destreza técnica. Na verdade, fui-me apercebendo dos tempos de resposta para a realização de alguns procedimentos, das vezes que não conseguia realizar os mesmos na primeira tentativa, ou da necessidade de alguma ajuda para a realização de outros. Neste campo, que consegui por vezes, desmotivar-me, vejo agora o reverso da medalha. Todo o trabalho que me exigiu permitiu-me alcançar uma maior desenvoltura nos mesmos, sendo satisfatórios os ganhos que tenho vindo a atingir neste domínio. Contudo, para tal, não posso deixar de reconhecer que, para além da necessidade de adopção de uma atitude mais segura e predisposta a agir, fui muitas vezes reforçada positivamente pelo apoio de pessoas significativas que, nos momentos mais desanimadores, procuraram sempre relembrar e enfatizar os pontos mais positivos e a minha capacidade para ultrapassar as adversidades. “ DAP_VII_URG_A_02

Síntese

De uma forma global podemos salientar, da análise efectuada, dois aspectos que nos parecem ilustrar o processo de desenvolvimento dos alunos: a evolução das competências (reflectidas na evolução das classificações) aproximando-se, no final do curso, dos valores máximos previstos e a diminuição progressiva dos valores do desvio-padrão, reveladora de uma homogeneidade do grupo e domínio das competências esperadas.

Podemos referir uma congruência entre a evolução das classificações atribuídas aos alunos ao longo do curso e as narrativas de alunos e supervisores sobre as dificuldades sentidas pelos alunos e sobre a percepção que os mesmos tiveram do seu desenvolvimento.

Podemos destacar que, desde o ensino clínico II se evidenciam as classificações atribuídas à **dimensão atitudinal**. Esta dimensão é avaliada através de diversos indicadores: a responsabilidade pessoal e social; avaliação das consequências dos seus actos; cultura da qualidade; decisão para influenciar mudanças; abertura para trabalho em equipa, e relacionamento multidisciplinar; capacidade de gestão e negociação. Contudo esta dimensão atitudinal vai mais além dos indicadores presentes na grelha de avaliação tendo sempre em conta a expectativa dos profissionais da prática, dos docentes e dos utentes relativamente ao papel do aluno, enquanto aluno da área de saúde, frequentando um curso de nível de licenciatura. Estes aspectos estão sempre presentes e são frequentemente comparados com alunos de outras instituições que estão, ou estiveram, no mesmo contexto de estágio. Não raro obtemos da parte das equipas de saúde a informação de que os alunos do CLE da ESSUA são diferentes na forma de estar e de ser.

“A nível atitudinal nota-se também. São alunos que têm um saber ser e um saber estar diferente. É um “saber saber” também já com um nível diferente. Penso que a Escola em si tem alguma responsabilidade sobre isso. Comparativamente aos outros, às outras escolas nota-se alguma diferença nos alunos.” E_IV_S_08 e E_IV_S_22

Os indicadores da **dimensão comunicacional** pretendem avaliar a comunicação aluno utente e profissionais de saúde, oral e escrita, que engloba a relação de ajuda, a educação para a saúde, a passagem de turno e os registos de informação.

As classificações obtidas pelos alunos nesta dimensão mantiveram-se ao longo do curso inferiores às da dimensão atitudinal, mas superiores (excepto, EC V e EC VII) às dimensões técnica e à cognitiva. Apesar das dificuldades referenciadas nas narrativas, relativas a esta dimensão, as estratégias utilizadas para as superar surtiram, na maioria dos casos, efeitos positivos, confirmando-se a evolução dos alunos nesta dimensão.

No que se refere à **dimensão técnica**, a evolução das classificações obtidas está em congruência com o percurso formativo dos alunos, ou seja, nesta vertente dos cuidados é necessário tempo para que ocorra o desenvolvimento da destreza manual e oportunidades de experienciar um maior número possível de procedimentos, muito deles específicos de determinadas áreas, o que faz com que, mesmo no último ensino clínico, haja referência a procedimentos que executaram pela primeira vez. Do mesmo modo o tempo que medeia cada ensino clínico concorre para a perda da destreza obtida em ensinos clínicos anteriores recuando assim o aluno para um nível inicial, em cada ensino clínico ligeiramente inferior ao nível que detinha no ensino clínico anterior.

Na dimensão **cognitiva** verificaram-se as classificações mais baixas em todos os ensinos clínicos o que, de alguma forma, vem confirmar a dificuldade que os alunos

demonstram em transpor para a prática os conhecimentos que devem estar subjacentes às suas intervenções.

A complexidade e a especificidade dos contextos, assim como os objectivos propostos para cada ensino clínico, ao longo do curso, vão determinando as necessidades de mobilização de conhecimentos, adquiridos não só em contexto de escola (teóricos) mas também resultantes de vivências de ensinamentos clínicos anteriores, donde resulta, da parte de supervisores e docentes, um “maior grau” de exigência na mobilização, integração e inter-relação de diferentes “saberes”, para lhes permitir agir em situação. A própria dificuldade em observar e avaliar esta dimensão da competência pode ser justificação para as classificações observadas

No ponto seguinte, para além de pretendemos interligar o desenvolvimento de competências evidenciado nestas classificações com a teoria de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e Morris (1998) e os seus quatro elementos: **Pessoa, Processo, Contexto e Tempo**, queremos ainda evidenciar a **componente emocional** (Sentimentos) observada nas narrativas e as dificuldades sentidas pelos alunos.

1.2 – AS VIVÊNCIAS DOS ACTORES EM CONTEXTO DE ENSINO CLINICO

As narrativas dos diferentes actores revelam, de um modo geral que existiu, aquando da sua escrita, um confronto consigo e com a “realidade vivida”. Os alunos evidenciam que a prática clínica lhes mostra agora a “realidade” que, apesar de ter sido muitas vezes descrita em sala de aula, era uma realidade imaginada, algo diferente da realidade vivida.

Observamos que em algumas situações, essas narrativas tinham ainda mais força, quando eram feitas *in loco*, como resultado da reflexão sobre a acção, de entre quais salientamos uma das primeiras por nós observada.

Uma aluna, na sua primeira semana de estágio (Estágio Clínico II) acompanhava ao bloco operatório uma parturiente, que ia ser submetida a uma cesariana. Demonstrou ter presente os aspectos importantes a reter dessa observação, assim como o apoio que podia prestar à parturiente. No regresso ao serviço era nítida a expressão de alegria enquanto reflectia sobre a sua experiência, sobretudo sobre a “subjectividade do tempo” perante nós e dois colegas que se encontravam na sala:

“Fui acompanhar a utente ao bloco operatório, para observar a cesariana. Mas foi diferente do que eu tinha imaginado, ou talvez não. Sim foi diferente, não foi a cirurgia em si, mas a forma como foi feita e o ambiente que se criou na sala. Havia um

envolvimento de todos os profissionais e uma ansiedade que se percebia em todos até o bebê nascer. Mas o que me impressionou mais foi o tempo. Quase não dei pelo tempo passar. Nem me tinha apercebido que o tempo entre iniciar a incisão da pele e o retirar o bebê tivesse que ser tão rápido. Tudo acontece tão sincronizado que pareceu que o tempo tinha parado. Foi mesmo diferente do que tinha imaginado”. OBS_II.

O que nos fez reflectir nesta situação foi o facto de a aluna ter colocado tanta ênfase no modo como verbalizou a sua reflexão, sem ter feito uma paragem no discurso e em que o próprio olhar ressaltava esse entusiasmo. Esta situação ilustra de algum modo como o encontro com a realidade pode ter um impacto no aluno, neste caso num sentido positivo de descoberta, por si, da realidade “imaginada”.

No contexto de prática clínica os alunos encontram sentido nas “pequenas coisas”, tal como pegar na mão do utente ou estar simplesmente ao seu lado e aprendem (compreendem) que nem sempre os procedimentos técnicos e aparentemente complexos são os mais importantes no processo de cuidar.

“O Sr. M faleceu!...Tudo está consumado! Aceitei com a serenidade que já me tocava durante o fim-de-semana quando muitas vezes me lembrava do Sr. M. Tinha a serenidade de que o último banho, o limpar da transpiração... as visitas e conversas junto do leito... tinham sido com dedicação e que se tinham tornado muito importantes, quando se percebia que seriam poucos os dias de vida...” DAP_IV_A_25

“Durante a minha tarde tive a oportunidade de interagir com a família do Sr. B., nomeadamente com a esposa. A senhora encontrava-se muito chorosa, porque o marido estava muito triste e também porque não sabia como ajudar o marido quando ele tivesse alta. Tentei explorar com a senhora alguns recursos, em especial a nível familiar, tentei acalmá-la, dando-lhe um “ombro” para chorar e expliquei-lhe que todas as pessoas têm dias maus, e aquele dia era o dia mau do Sr. B.

Penso que dei um apoio fulcral, talvez não pelo que eu disse, mas sim pela minha presença naquele momento, que fez com que aquela senhora não se sentisse só, mas sim apoiada.” DAP_V_A_14

Tendo em conta a questão de investigação colocada “Como se evidencia nas classificações e é vivenciado o desenvolvimento de competências do aluno de enfermagem em contextos da prática clínica na perspectiva dos diversos actores?” faremos aqui a análise das narrativas dos alunos e supervisores, para compreender as **vivências** dos alunos ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, de entre as quais destacamos, os **sentimentos** e as **dificuldades** e confrontamos as mesmas com a **confirmação do desenvolvimento** de competências (ilustração através da figura 30).



Figura 30 – Ilustração dos elementos em análise nas narrativas.

1.2.1 – Os Sentimentos

Encontramos nas narrativas dos alunos muitas referências aos seus sentimentos e emoções, que estão presentes ao longo de todo o ensino clínico e ao longo de todo o percurso pré-profissional. Estes sentimentos são vivenciados de forma mais ou menos intensa pelos diferentes alunos em função das suas vivências anteriores e da sua própria história de vida, das suas características pessoais e também das suas expectativas relativamente ao ensino clínico e à própria profissão.

Quase todos referem, no início de cada ensino clínico, sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e incapacidade emergentes do contexto que, por ser desconhecido, se pode tornar marcante para o seu desenvolvimento mas que, quase sempre, assume um aspecto positivo quando “a atmosfera envolvente” gerada pela equipe se transforma em apoio efectivo face às dificuldades identificadas.

“Ao iniciar este estágio clínico era grande a minha ansiedade e eram muitas as minhas expectativas. Inicialmente era invadida por sentimentos contraditórios. A uma grande vontade de aprender mais e de me desenvolver enquanto pessoa e futuro profissional de saúde opunha-se uma inquietude derivada do facto de ser uma experiência nova a prestação cuidados a seres humanos em termos de promoção e prevenção da saúde. No entanto, e graças ao apoio dos profissionais de saúde que me acompanharam ao longo do estágio, a ambientação à instituição de saúde foi fácil e fui superando o nervosismo inicial.” R_III_A_15

“Nos primeiros dias de estágio a ansiedade era muito grande, o medo de errar e de fazer “asneira” também era um sentimento que estava presente...mas foram

sentimentos que foram desaparecendo até ao final da primeira semana, talvez porque os profissionais de saúde que nos receberam mostraram disponibilidade e abertura para que isso ocorresse.” DAP_IV_ANÓNIMO_01

Passado o impacto inicial da integração no serviço, do conhecimento dos elementos da equipe, da apropriação da dinâmica dos cuidados e do conhecimento dos utentes, emergem os sentimentos relacionados com a preocupação de não saber fazer e consequentemente causar dano ao utente, não só pela inexperiência, como também por insegurança relacionada com a falta de destreza manual para realizar algumas das actividades no âmbito da prestação directa de cuidados. Estes sentimentos demonstram um emergir do sentido de responsabilidade que podem estar relacionados com as vivências em cada momento...

“Nos cuidados imediatos ao recém-nascido, a minha mão tremia, via à minha frente um bebé tão frágil e pequenino, acabado de nascer, que eu tinha medo de fazer alguma coisa errada que pode-se influenciar a vida futura daquele recém-nascido.” DAP_II_ANÓNIMO_01

“O Ensino Clínico VII – Cuidados Continuados foi um estágio muito aguardado por mim dada a sua grande especificidade, quer em termos de conhecimentos teóricos exigidos quer em termos da sua aplicação prática. Para além disto, existiam algumas dúvidas, na medida em que se tratava de um mundo que, em parte, me era desconhecido e que me levantava algumas questões quanto à minha capacidade para promover a qualidade de vida, a adaptação quer do utente quer da família à situação e sobre a forma como iria cuidar de utentes paliativos.” R_VII_CC_A_24

Dos sentimentos vivenciados e expressos nas narrativas destacamos, tal como definido na codificação dos dados, os medos a insegurança, a autoconfiança e outros, que de seguida apresentamos.

Os Medos

Os medos emergem nas narrativas ao longo de todo o curso, de forma mais ou menos acentuada e relacionados com aspectos diversos que se prendem também com o desenvolvimento do próprio aluno. Os medos sentidos no início do curso estão mais relacionados com o seu desconhecimento dos contextos e das pessoas e com o medo de errar. Estas referências aos medos são feitas de uma forma mais generalizada como nos refere num relatório um dos alunos, “*Nos primeiros dias nos serviços sentia-me um pouco perdida (...) e tinha bastantes medos.*” R_II_A_10, e estão muito interligados com outros sentimentos vivenciados nomeadamente a ansiedade a insegurança e quando

ultrapassados surgem associados à autoconfiança e ao desenvolvimento de competências.

Relativamente aos medos sentidos pelos alunos identificamos: o medo do desconhecido, dos contextos, das pessoas; o medo de errar e causar dano ao utente, pela sua inexperiência e conseqüente falta de destreza manual; medo de não corresponder às expectativas de utentes e profissionais; medo de não vir a ser um bom profissional.

Os medos presentes em todos os ensinamentos clínicos vão reflectir a evolução dos mesmos (em termos de complexidade) e a maturidade dos alunos para enfrentar os desafios que se lhe colocam ao longo do seu percurso pré-profissional.

Encontramos no Ensino Clínico II medos relacionados com o desconhecimento dos contextos da prática clínica, pois este é, na realidade, o seu primeiro contacto com o utente e com o desempenho do seu papel de cuidador. Este “ingresso” no contexto de prática clínica implica o desempenho de diferentes papéis e o estabelecimento de diversas relações e a realização de diversas actividades que, por serem as primeiras, são difíceis de gerir. A transposição dos conhecimentos, para a prática assim como a assunção do papel de aluno, necessitam de “tempo” e de estabilidade emocional de forma a sentirem-se mais seguros.

“Tudo me parecia complicado! Sentia-me pouco à vontade com os profissionais e, principalmente, com as puérperas. Tinha acabado de aterrar noutro mundo, um mundo prático que era muito diferente do teórico ao qual eu estava habituada.

- Tentava "apanhar"- toda a informação dada pelos profissionais, porque apesar de eu saber quase tudo o que eles diziam, as palavras custavam a sair da minha boca. Foi neste mesmo dia que administrei a minha primeira intramuscular. A minha mão tremia tanto que até a ampola do medicamento me caiu das mãos.” DAP_II_ANÓNIMO_01

“No segundo dia de estágio fiquei responsável por uma utente e seu filho recém - nascido, o que me assustou um pouco pois não sabia bem como agir dado que esta era a primeira vez que iria prestar cuidados.

Um outro aspecto que também me assustava era a passagem de turno, pois parecia tudo muito complicado, não sabia bem o que se devia dizer. (...) Das próximas vezes penso que as coisas irão correr melhor pois o nervosismo possivelmente não será tão grande a segurança irá ser bem maior. (...)

Por mais preparados que estejamos, ao executarmos os procedimentos numa pessoa o nervosismo é tanto que mesmo os aspectos mais básicos nos levantam dúvidas, parece que tudo aquilo que aprendemos é esquecido.” DAP_II_ANÓNIMO_03

Mas este medo vai sendo referenciado em ensinamentos clínicos posteriores, pois que cada ensinamento clínico se constitui como uma experiência única, com objetivos específicos e, como tal, com características diversas dos anteriores, nomeadamente o contacto com a pessoa doente e mesmo com a morte.

Apesar de estar presente ao longo de todo o curso, este medo vai sendo entendido como um desafio e, conseqüentemente, como um contributo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

“O período que antecedeu este estágio foi um período de grande expectativa e de receio, pois este estágio seria o primeiro que iríamos prestar cuidados a pessoas doentes, sobretudo a pessoas idosas, em que algumas destas poderiam estar em fase agónica e o encarar a morte de uma pessoa a quem prestei cuidados iria ser, para mim, algo inédito.” DAP_IV_A_10

“Para qualquer aluno de enfermagem, o início de um estágio constitui, sempre, um momento, em que a ansiedade e o medo do desconhecido estão presentes. Pela especificidade da Cirurgia, era, óbvio, a presença, no meu íntimo, do medo de errar, de falhar, de não corresponder às expectativas dos docentes e às minhas próprias expectativas. Esta panóplia de sentimentos não constituía nada de novo para mim, portanto decidi dar um passo em frente e aceitar esta etapa como um novo desafio do meu desenvolvimento pessoal e profissional.” R_VII_OPC_A_26

“O início do estágio foi marcado por um elevado estado de ansiedade, devido ao medo do desconhecido e à vontade e necessidade de mobilizar uma grande quantidade de conhecimentos adquiridos anteriormente. O passar dos dias e o apoio e a informação que os profissionais do serviço me foram disponibilizando, ajudaram-me a ultrapassar esta ansiedade inicial, sentindo-me progressivamente mais segura das minhas capacidades e competências.” R_VII_URG_A_12

Este medo inicial pode ser tão forte que pode chegar a ter conseqüências psicossomáticas manifestando-se ainda antes do ensinamento clínico começar.

“Eis que chega o tão esperado e ao mesmo tempo temido dia... Após uma noite mal passada, a imaginar como seria o dia de amanhã, eis que o dia amanhece e chega o meu primeiro verdadeiro dia de estágio. Será que ia gostar? Será que ia corresponder às minhas expectativas? Com o coração - aos pulos, as mãos a suar e todos estes pensamentos a sobrevoarem a minha mente, seguia em direcção ao hospital. Fazia o turno da tarde e por isso estava ansiosa por saber o que diziam as minhas colegas do turno da manhã. Ao entrar no gabinete de Enfermagem fiquei "aterrorizada", elas já tinham a sua própria utente e estavam a escrever os registos. Seria eu capaz de fazer registos? Na passagem de turno, tudo em mim estremecia, o meu coração parecia que

ia saltar, sentia-me a transpirar...cheguei mesmo a pensar que ia desfalecer, era mais uma crise de ansiedade e medo que estava a sentir". DAP_II_ANÓNIMO_06

Mas o medo referido pelos alunos está muitas vezes relacionado com o seu papel de cuidador e, conseqüentemente, o medo de não estar à altura das expectativas dos utentes e dos profissionais⁸⁶ que os acompanham, medo de não conseguir desempenhar o seu papel, no presente e no futuro profissional; mas à medida que o ensino clínico vai decorrendo sentem-se mais seguros, aumenta a sua capacidade de apropriação de novas metodologias de trabalho e o medo vai-se desvanecendo.

“Principalmente no início o receio era bastante porque o medo de falhar e não ser capaz de realmente fazer aquilo que esperavam de mim era muito grande depois à medida que fui realizando o estágio a minha autonomia foi aumentando, sentindo-me muito mais capaz segura no desenvolvimento das várias actividades que iam surgindo.” E_II_AL_ANONIMO

“Parti para o estágio no serviço de Urgência com alguma apreensão/receio de não estar à altura, de atrapalhar, de cometer algum erro irremediável face ao carácter urgente das situações mas por outro lado esperava ansiosa porque achava que as muitas oportunidades de aprendizagem me fariam crescer muito tanto a nível profissional como pessoal.” R_VII_URG_A_05

“Deste modo, não conseguir colmatar as minhas dificuldades, não me sentir capacitada para responder ao que me era exigido, não corresponder às expectativas criadas, cometer algum erro ou desiludir todos aqueles que me rodeiam, foram, muitos dos receios que assolavam o meu consciente nas semanas que antecederam a este período de EC. Porém, a partir do momento que iniciei esta PC e atendendo à forma como fui integrada na equipa de enfermagem, considero que grande parte dos meus receios, iniciais, se desvaneceram.” R_VII_OPC_A_11

Alguns dos alunos conseguiram ultrapassar rapidamente esse sentimento e, simultaneamente, transformá-lo em factor facilitador do seu desenvolvimento.

“Tinha muito medo de trabalhar com os pais, de não corresponder às expectativas da minha orientadora e dos enfermeiros do próprio serviço. (...). Digamos que esse medo inicial que tinha de alguma forma me ajudou até a crescer, porque o medo foi-se esbatendo á medida que eu fui fazendo tudo de uma vez, fui-me aproximando das

⁸⁶ - Este medo de não corresponder às expectativas, não só às suas como também às dos utentes e dos profissionais do serviço, é o que mais vezes é referido nas narrativas e está presente do primeiro ao último ensino clínico. Pode ser de algum modo explicado pela associação das expectativas à avaliação, ou seja o que é esperado do aluno, o que é percebido sobre o seu desempenho e a conseqüente classificação final.

coisas devagar, não foi na primeira oportunidade que tive, mas por exemplo fazer uma colheita de secreções que fiz mas foi depois de observar qual era o contacto com a criança e como se devia fazer. Foi nesse sentido, eu acho que o meu medo até foi positivo.” E_VI_PED_A_44

A insegurança

A insegurança emerge nas narrativas de todos os ensinos clínicos muito interligada com o medo e com a capacidade de realizar as actividades inerentes ao seu papel de aluno, sobretudo quando estas se realizavam pela primeira vez ou quando as mesmas diferiam do modo como tinham sido realizadas noutros contextos, pois que cada contexto tem “modos próprios”, obrigando assim os alunos a adoptarem uma atitude reflexiva antes da tomada de decisão.

“A nível técnico é o tremer, a mão treme, não há hipótese, porque por mais que saiba as coisas a primeira vez que vamos executar trememos. Na primeira injeção intramuscular a única coisa que me fez acalmar, foi pensar que se os outros conseguem porque é que eu não consigo? Antes disso mesmo na preparação a gente treme todo mas em termos técnicos não tive mais dificuldades a não ser este tremer resultante da inexperiência.” E_II_A_19

“Principalmente no início porque a confiança era muito pouca, foi aí que tive muito mais dificuldade porque eu sabia como fazer as coisa teoricamente, mas lá pensava e agora o que é que eu faço? Como é que vou falar com a Senhora? E o bebé como é que eu lhe pego? Havia um série de coisas q aqui na escola nós falamos parece muito obvio mas depois lá complica, especialmente no início. Foram essas as principais dificuldades, o primeiro contacto, fazer as coisas a primeira vez. Mas com o decurso do estágio as coisas foram alterando.” E_II_AL_ANONIMO

“Perante uma nova situação, o que impera é a insegurança. Pensar: eu serei capaz? E agora como é que vou aplicar a teoria? Quais os passos a dar? Falta-me alguma coisa? Estas são as perguntas que se lhe atravessam na mente antes de praticarem a acção.” DAC_III_S_09

Referem ainda a insegurança sentida pelas primeiras execuções técnicas pelo facto de as mesmas se realizarem em contexto real, “com pessoas”, e não com o manequim do laboratório, e que afinal há diferenças entre estes dois tipos de procedimentos. Diferenças essas sentidas não só porque o “corpo” é diferente, mas porque diante de si têm uma pessoa que, tal como eles, também tem sentimentos, pode reagir aos seus cuidados e merece por isso uma atenção especial.

“Embora esteja consciente das minhas responsabilidades e dos objectivos a atingir, sinto algumas incertezas e algum receio no que diz respeito ao meu desempenho nas funções, pois a nossa prática nas aulas é efectuada em modelos, pelo que não pode ser comparada a uma pessoa.” DAP_II_A_18

“O início deste estágio foi marcado por uma grande ansiedade e receio, pois esta seria a primeira vez que prestaria cuidados a pessoas doentes. (...) Ao realizar estes procedimentos senti uma grande insegurança, justificável, dada a minha falta de prática, eu sabia a teoria relativa aos procedimentos, contudo quando me aproximava das pessoas o meu nervosismo era grande, o que influenciava a minha prestação. Sentia receio de estar a magoar a outra pessoa. Contudo, no fim dos procedimentos, o meu primeiro pensamento era sempre o mesmo - "afinal isto não é tão complicado quanto parece". DAP_IV_ANÓNIMO_02

Esta insegurança está também relacionada com as expectativas que possam ter os utentes relativamente aos cuidados que lhes são prestados e com a aceitação ou não do aluno enquanto “aprendente de prestador de cuidados”.

“Receava que as puérperas não nos olhassem com "bons olhos" por sermos simples estagiárias mas não, pelo contrário, depositavam em nós bastante confiança, perguntando dúvidas e desabafando alguns medos que sentiam. (...) Em relação às próprias utentes a minha maior barreira era o não confiar em mim própria e não confiar nos meus conhecimentos. Quando chego ao serviço e uma puérpera me coloca alguma dúvida, eu até posso ter lido no dia anterior a explicação, mas parece que não me sinto segura e começo a pensar se interpretei bem ou não, enfim acabo sempre por ter que ir confirmar com outra pessoa. DAP_II_ANÓNIMO_06

Contudo desde o EC II que, nas suas reflexões os alunos admitem que à medida que vão desenvolvendo as suas competências, a insegurança se vai desvanecendo dando lugar à auto-confiança.

“Eu acho que no início eu estava muito insegura, mesmo para esclarecer dúvidas na parte dos ensinamentos sentia sempre dificuldades, tinha medo de dizer alguma coisa que não estivesse correcta, ou que estivesse menos correcta e essa insegurança nos primeiros tempos talvez me tenha inibido um bocado depois a partir de uma certa altura já me sentia confiante para dizer às puérperas o que estava correcto mesmo indo depois confirmar com a enfª supervisora sempre se era o mais correcto. A nível técnico as competências desenvolveram-se basicamente na última semana e senti muito medo ao início em fazer uma punção ou tudo o que tínhamos aprendido a fazer mas que só tínhamos treinado no manequim as primeiras vezes, mas depois de ver a facilidade com que se faz que o que é preciso é ter calma e dada o caso de estar a falar com a pessoa

para a levar a pensar em outra coisa, comecei a encarar a parte técnica de uma outra forma e a ter uma segurança diferente para responder às perguntas.” E_II_A_18

Encontramos nas narrativas referência à insegurança sentida pelo facto de identificarem alguma dicotomia teoria prática, não conseguindo transpor para a prática os conhecimentos e as habilidades adquiridas em contextos de “escola”, reflectindo também sobre essa dicotomia observada em algumas práticas clínicas.

“Relativamente aos cuidados de higiene e conforto no leito, pude verificar como se tornam tão diferentes do que experienciámos na teoria, naturalmente porque estamos perante uma pessoa com as suas reacções, bem como devido ao sistema de soros que dificultam as mobilizações ou a articulação da pessoa para vestir e despir roupa.” DAP_IV_A_25

“Com o decorrer deste estágio notei algumas discrepâncias, como é natural, em relação a técnicas que aprendi na teoria com a prática, no entanto convém dizer que uma técnica pode ter várias maneiras de ser efectuada correctamente, isto porque cada profissional adquire a sua maneira de fazer a técnica correcta com a experiência que vai adquirindo ao longo da sua vida profissional.” R_II_A_10

A insegurança do seu papel de aluno manifesta-se por vezes na relação interpessoal, em que o aluno não sabe como agir perante o utente ou perante o profissional da equipe, seja ele o seu supervisor ou não. Acresce referir que este sentimento surge mais vincado quando o aluno reflecte sobre o seu papel e, conseqüentemente, sobre os aspectos da avaliação a que está sujeito. Mas à medida que esta insegurança se vai desvanecendo os alunos ficam mais desinibidos sentindo-se mais autónomos nas suas intervenções.

“Uma outra dificuldade sentida mas aceitável, dada a falta de prática, foi o medo de errar em algumas intervenções, a falta de destreza no manuseamento do material e a insegurança inerente à falta de experiência profissional, agravada pelo facto de saber que estava a ser constantemente observada e avaliada.” R_II_A_45

“Contudo, constatei que, de facto tanto as notas de enfermagem, como a passagem de turno não é algo tão complicado como de início pensava. Penso que nesta área fui evoluindo bastante tomando-me cada vez mais autónoma. Nos restantes dias desta primeira semana fui-me tomando cada vez mais autónoma sentia-me cada vez segura, conseguia comunicar com maior facilidade com a minha utente sentia-me cada vez mais capaz de esclarecer as suas dúvidas sem apoio de outros profissionais. (...) Neste segundo momento de estágio senti-me de facto muito mais segura a todos os níveis, consegui estabelecer uma relação de empatia com a utente com maior facilidade,

procurei efectuar todos os ensinamentos necessários, tentei sempre esclarecer todas as dúvidas que me eram colocadas.” DAP_II_ANÓNIMO_03

A complexidade dos contextos e, nomeadamente, a especificação dos objectivos de cada ensino clínico é sentida pelos alunos como factor desencadeador de alguma insegurança mas de uma forma geral vai dando lugar à segurança e ao desenvolvimento das suas competências.

“Tudo neste estágio tem sido uma novidade, e tenho-me sentido bastante insegura na realização de diversas intervenções de enfermagem, por um lado penso que é normal visto estar apenas há 4 dias a estagiar e este ser um serviço muito complexo, com doentes de diversas patologias que requerem inúmeros cuidados, todavia confesso que por outro lado sinto-me um pouco assustada com esta minha nova visão da profissão de enfermagem. Começo a compreender as observações dos meus colegas relativas ao serviço de medicina, confesso que pensava que estava mais preparada, no final de cada turno sinto-me exausta, e quando faço a reflexão sobre o meu dia, questiono-me se tenho vocação ou não para esta profissão? Sinto-me bastante insegura, no entanto espero e acredito que isto seja apenas receio inicial de estágio.” DAP_IV_A_39

“Apesar de ser uma aluna já do 4º ano, caminhando na recta final e levando na bagagem 6 estágios clínicos... continuo sempre no início de cada etapa (estágio) com um nervosismo e ansiedade intensa... é que quanto mais os conhecimentos e maior a experiência... maior também é a responsabilidade. Este estágio em Pediatria é um estágio que desde sempre me causou alguns receios e ansiedade visto ser uma área de grande especificidade e fragilidade. Todavia confesso que aquilo que mais me assustava e assusta é a presença constante dos pais e observação rigorosa de tudo aquilo que faço. Acho que aprender a lidar com esta situação vai ser uma das minhas principais dificuldades mas também uma das minhas maiores aprendizagens.” DAP_VI_PED_A_39

“A chegada de um novo estágio constitui um momento de grande ansiedade e expectativa, pelas situações de novas aprendizagens e pelas exigências que nos são incutidas, tendo como finalidade o desenvolvimento de competências a nível cognitivo, comunicacional, atitudinal e técnico, na procura do nosso desenvolvimento pessoal e profissional, rumo ao profissionalismo.” R_VII_URG_A_32

Nas narrativas referentes ao ensino clínico VII encontramos uma forma diferente de encarar a insegurança inicial, agora percebendo-a como um desafio para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, demonstrando assim também a crescente

maturidade dos alunos, tendo em conta não só o ensino clínico referente à narrativa mas o seu futuro enquanto profissional.

“No início do estágio a minha ansiedade e nervosismo eram elevados por prever muitas dificuldades, não só por cuidar pela primeira vez de pessoas em situação de urgência/emergência inseridas num contexto muito específico, mas também por este ser um estágio em que sentia maior responsabilidade por ser um aproximar à vida profissional. (...) Antes do início deste estágio havia em mim um misto de nervosismo e ansiedade. Sabia que esta seria mais uma importante etapa na minha aprendizagem, e iniciei-a com grandes expectativas, associando-lhe um elevado número de experiências que me enriqueceriam no processo de desenvolvimento. Por outro lado, enfrentava também ansiedade e insegurança pelo facto de ser uma área diferente que implicava a mobilização de todos os meus conhecimentos para a prática e por ser um estágio muito próximo já da integração à vida profissional.” R_VII_URG_A_29

A autoconfiança

À medida que decorre cada ensino clínico e apesar das referências aos sentimentos de medo e insegurança e às dificuldades, os alunos vão encontrando sentido para esses mesmos sentimentos e vão desenvolvendo as suas actividades de forma mais ou menos congruente com o esperado o que se transforma em autoconfiança que, por sua vez, alimenta “disposições geradoras” de desenvolvimento ou seja, quanto mais confiança os alunos sentem, maior é a segurança e maior a autonomia demonstrada.

“Neste estágio a minha autonomia foi aumentando, sentindo-me muito mais capaz e mais segura no desenvolvimento das várias actividades que iam surgindo. Penso que as minhas competências se foram desenvolvendo à medida que os meus receios foram sendo ultrapassados porque basicamente as minhas competências foram-se devolvendo ao logo do estágio. Também porque à medida que ia desenvolvendo intervenções de enfermagem ficava mais segura. É óbvio que a primeira vez que prestei cuidados foi mais complicado do que depois nos últimos dias, a destreza já era outra já me sentia muito mais capaz, o medo de falhar já não era tanto já me sentia muito mais segura já tinha mais confiança, já tinha quase a certeza de que estava a fazer correctamente aquilo.” E_II_AL_ANONIMO

“No início do estágio, sentia-me um pouco insegura para cuidar daqueles pequenos seres. Em muitas situações, senti uma notória falta de destreza, levando algum tempo a executar determinados cuidados. Contudo, com o decorrer da Prática Clínica e com a consequente interiorização dos cuidados, a destreza foi-se aprimorando, o que fez com que a insegurança se atenuasse. Para além disso, o facto de ter sempre disponível a ajuda dos profissionais, fazia-me sentir mais segura na prestação dos cuidados ao RN.” R_VI_PED_A_14

Um dos aspectos que se relaciona com o emergir da autoconfiança é a integração no serviço e na equipe demonstrada pelo apoio dos profissionais. Sobretudo nos ensinamentos clínicos iniciais o desconhecimento dos contextos e conseqüentemente da forma como seriam integrados na equipe eram factores geradores de insegurança e ansiedade, pelo que, a constatação da abertura e disponibilidade dos profissionais da prática para os ajudar a desenvolver as suas competências emergia como factor facilitador de todo o processo.

“Após cinco dias de observação e experimentação, onde nos foi permitido/tolerado explorar e errar, o balanço é positivo uma vez que medos e angústias foram deste modo contornados.” DAP_IV_A_22

“No final da segunda semana posso afirmar que consegui ultrapassar muitas das dificuldades sentidas inicialmente. Ao longo desta semana fui sentindo uma crescente autoconfiança e consegui solucionar diversas situações, uma vez que me senti mais integrada na equipa de enfermagem e dinâmica do serviço, desenvolvendo uma relação de ajuda e de maior proximidade com o doente/família. (...) Ao longo desta semana senti uma maior confiança e segurança na prestação de cuidados e realização de ensinamentos, sentindo-me completamente à vontade para questionar os profissionais se tivesse alguma dúvida que não conseguisse esclarecer autonomamente.” DAP_V_A_01

“Embora no início me encontrasse um pouco ansiosa, por este ser um estágio que se encontra num nível avançado da minha formação que exige já um certo nível de conhecimento, também me senti confiante nas minhas capacidades, devido ao facto das pessoas que integram o serviço, incluindo doentes e enfermeiros, sempre se mostrarem disponíveis para ajudar não só no aperfeiçoamento das minhas competências mas também no estabelecimento de uma boa relação com elas, facto que, provavelmente, irá marcar o restante período de estágio.” DAP_V_ANÓNIMO_02

O aumento da destreza manual, na medida em que vão tendo oportunidade de efectuar alguns procedimentos técnicos, contribui também para o aumento da sua confiança, promovendo assim a sua autonomia e diminuindo a sua necessidade de “supervisão”.

“Nesta semana, efectuei a minha segunda algaliação que correu melhor que a primeira, talvez por ter mais confiança em mim própria e sentir mais segurança no procedimento que estava a efectuar. Nesta semana tive várias possibilidades de melhorar a minha destreza e técnica em procedimentos como punções e cateterizações venosas, colheitas de sangue, nebulizações, entre outros.” DAP_IV_A_26

“Também o meu à vontade era cada vez maior, o que me possibilitava ter mais confiança em mim, já não perguntava tantas coisas à minha supervisora e não “andava sempre atrás dela” sempre que queria efectuar alguma coisa. (...) No final desta semana, a minha integração e a das minhas colegas de estágio já era completa, sentia que fazia parte de uma equipa, tendo mais segurança em mim própria, não duvidando tanto das minhas capacidades e não necessitando de perguntar se podia fazer algumas coisas. (...) Nesta última semana de estágio, a minha autonomia estava cada vez mais patente, na realização de diversos procedimentos.” DAP_V_A_26

A desmistificação das dificuldades de algumas actividades, que à partida eram geradoras de medos e insegurança, foi importante para o desenvolvimento de competências na medida em que, tentar ultrapassar as dificuldades sentidas passava a ser entendido como um “momento de aprendizagem e promotor de autoconfiança.

“Durante esta semana tive a oportunidade de realizar muitas tarefas pela 1ª vez em pessoas... Quando fiz a minha 1ª venopunção, as minhas pernas tremiam, tinha medo de magoar a pessoa, de não saber utilizar a minha força ou de fazer algo errado. Assim que terminei vi que não era assim tão difícil e fiquei com vontade de, tornar a repetir a experiência (sei que no futuro venopunções não irão faltar). Na minha opinião, é mais fácil “picar” uma pessoa do que o manequim das aulas práticas.” DAP_II_A_16

“A realização de alguns procedimentos invasivos era para mim uma fonte de receio pois nunca tinha feito em “pessoas verdadeiras” e também porque tinha muito medo de falhar e de ter que repetir e de causar dor ao doente, no entanto com a realização destes procedimentos que pareciam ser muito difíceis, com a sua realização vi que não eram tão complicados.” R_IV_A_10

“A existência de alta tecnologia em volta do doente, aliada à minha falta de conhecimentos nesta área, constituiu, para mim, a principal dificuldade inicial.

Ao longo dos dias, com o desenrolar da PC e com o apoio dos enfermeiros e de suportes teóricos, a prestação de cuidados ao doente tornou-se bastante mais fácil e o medo de cometer algum erro foi diminuindo. Assim, posso afirmar que a minha autoconfiança foi crescendo gradualmente sendo um ponto a favor para o desenvolvimento da minha autonomia.” R_VII OPC_A_46

A presença constante dos pais a acompanhar as crianças no serviço de Pediatria foi, na maioria dos casos, numa fase inicial, geradora de insegurança ansiedade e até de receio de não serem aceites enquanto prestadores de cuidados, mas sobretudo pelo facto de se sentirem constantemente observados. A partir do momento em que

conseguiram integrar os pais como “parceiros” nos cuidados a prestar à criança essa insegurança desvaneceu-se dando lugar a uma maior confiança.

“Eu senti-me um pouco insegura dado que não tinha quase nenhuma prática nesta área e os meus conhecimentos não eram muito aprofundados. Mas com o desenrolar do EC fui adquirindo mais conhecimentos e mais segurança. Comecei a considerar os pais não como pessoas que me pudessem censurar por determinadas situações mas como prestadores de cuidados que juntamente comigo desejam proporcionar bem-estar e conforto ao bebé.” R_VI_PED_A_30

“Numa fase inicial, a presença constante da família da criança foi geradora de alguma ansiedade, na medida em que nos sentíamos avaliados pela mesma, o que não acontece noutros contextos do cuidar. No entanto, ao sermos capazes de responder às dúvidas que nos eram colocadas de forma fundamentada, baseando as nossas intervenções em conhecimentos teóricos pertinentes e estabelecendo uma relação empática e assertiva com a família, esta dificuldade foi, progressivamente, ultrapassada.” DAP_VI_PED_A_45

A relação que foram estabelecendo, especialmente com o supervisor clínico e mesmo com o docente orientador, mostra-se também como factor importante, se não mesmo determinante para o aumento da autoconfiança.

“Foi muito agradável receber feedback positivo, por parte dos doentes, relativamente à minha prestação como enfermeira, desenvolveu em mim motivação e auto-confiança pois se os utentes estão confortáveis e satisfeitos eu também estou.” DAP_V_A_30

“Nesta primeira semana de estágio, a ansiedade inicial foi facilmente superada pela existência de equipa receptiva e disponível; a facilidade que existe na comunicação com o supervisor e a restante equipa é, sem dúvida, um factor facilitador da nossa integração e da possibilidade de um desenvolvimento positivo.” DAP_V_A_32

“Um outro passo que considero indispensável no começo de um estágio é a confiança que se desenvolve no orientador, no sentido de adquirir confiança em mim mesma, para me sentir mais capaz para a prestação de cuidados. O apoio prestado pelas orientadoras foi excepcional, dado que estavam sempre prontas para apoiar no que fosse necessário, assim como, para transmitir novos conhecimentos, o que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Desta forma, posso concluir que o acompanhamento desenvolvido foi fundamental para que pudesse adquirir mais segurança e confiança nas minhas capacidades e competências, assim como, para assimilar novos conhecimentos.” DAP_V_A_01

“Aquando da integração no serviço de Pediatria, considerei que parte da minha ansiedade se desvaneceu, talvez pelo facto de a Orientadora Cooperante (Enf^a A) ter adoptado uma postura que me transmitiu força, confiança e empatia.”

DAP_VI_PED_A_11

Outros sentimentos vivenciados

Para além dos sentimentos já referidos e que emergem com mais frequência nas narrativas, encontram-se referências a outros sentimentos, nomeadamente a preocupação com o seu futuro profissional, a impotência perante algumas situações tais como o sofrimento de utentes e/ou de familiares face ao doente em fase agónica, a frustração resultante do insucesso na realização de determinados procedimentos pela primeira vez, a motivação resultante do apoio de profissionais e até dos próprios utentes, a desmotivação emergente do cansaço e do sentimento de injustiça, referente às diferentes experiências do grupo de alunos num mesmo ensino clínico ou à avaliação.

Síntese

São muitas as referências aos sentimentos vivenciados ao longo dos ensinamentos clínicos que podem ser entendidos com influenciadores do desenvolvimento de competências dos alunos e que estão relacionados com a complexidade e imprevisibilidade dos contextos, com a sua dificuldade de transpor os conhecimentos teóricos para as situações de prática, o que gera alguma impotência face à resolução de problemas, a inibição própria da sua situação de aluno sobretudo quando necessita de prestar cuidados que se relacionam com aspectos mais do “foro íntimo” do utente ou família ou na presença dos pais (figura 31).

Estes sentimentos são por vezes referidos em grande interligação, ou seja há uma percepção de vários sentimentos em simultâneo que vão “obrigar” o aluno a um grande esforço para gerir os mesmos de forma mais ou menos salutar (sem sentir níveis de ansiedade, de medo, de angústia ou frustração que possam tornar-se inibidores do seu desenvolvimento).

Ao longo do curso os alunos atribuem muito significado aos sentimentos vivenciados durante os ensinamentos clínicos e é essa referência que torna visível o desenvolvimento da sua maturidade aproximando-se muito do esperado de um profissional. A reflexão que fazem do emergir desses sentimentos demonstra o seu crescimento e maturidade assim como a capacidade para gerir esses mesmos sentimentos e emoções. Esta gestão de sentimentos e emoções está muito interligada

com as características de cada aluno, com o seu percurso de vida, com as suas vivências pessoais em ensinos clínicos anteriores podendo ser observadas diversas atitudes e emoções que emergem numa situação tão “complexa” como a de acompanhamento de um doente numa fase de agonia e morte, em que o aluno pode perceber “dor ou a angústia a partida”, tanto do doente como da própria família, sentindo-se impotente para agir, não só por ser uma primeira vivência, mas também porque pode ter desenvolvido alguma relação mais “estreita” com o doente e/ou família que torne marcante toda a situação, ou ainda porque pessoalmente pode já ter vivenciado uma situação de “perda” que tenha marcado a sua forma de estar perante a morte.

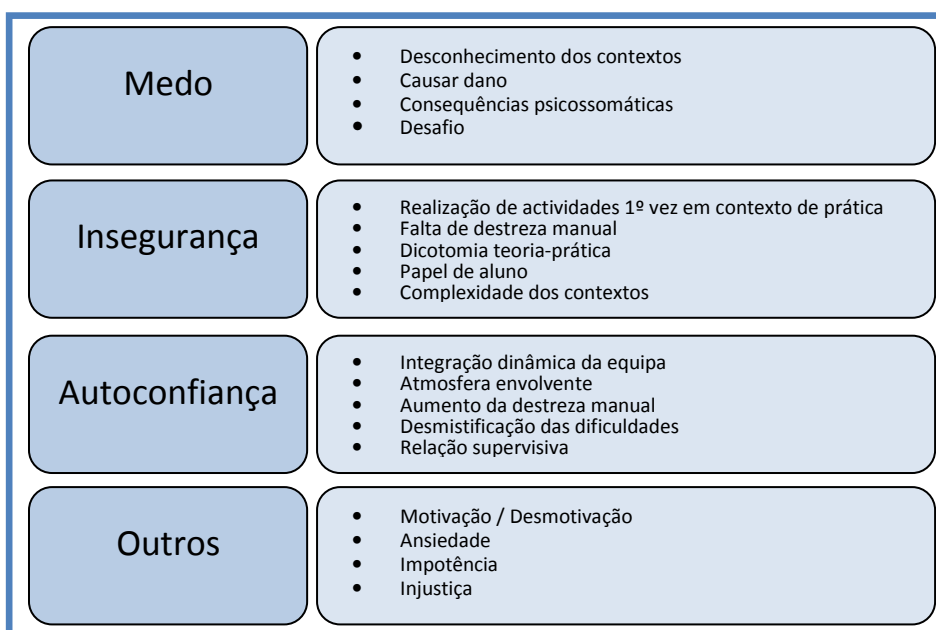


Figura 31 – Ilustração da análise dos sentimentos vivenciados pelos alunos ao longo dos Ensinos Clínicos.

1.2.1 – As Dificuldades

As dificuldades sentidas pelos alunos e referenciadas nas narrativas foram uma constante ao longo do curso ao nível de todas as dimensões - cognitiva, atitudinal, comunicacional e técnica. Esta referenciação por dimensões, a partir da qual faremos a análise das dificuldades, está relacionada com a “matriz de pensamento” relativamente à avaliação, ou seja, como a sua avaliação é feita através de uma grelha, cujos indicadores estão organizados pelas dimensões referidas, nas suas reflexões os alunos “pensam” as suas dificuldades à luz dessa “organização”. Contudo, ao analisar o conceito de competência não podemos deixar de ter presente que esta engloba todas estas dimensões e que será difícil deixar de pensar na interligação das mesmas para que se

observe um desenvolvimento dessas mesmas competências, ou seja, por exemplo, será difícil um aluno com dificuldades cognitivas de transposição para a prática de conhecimentos relacionados com farmacologia poder, em termos técnicos preparar e administrar correctamente um medicamento; do mesmo modo na mesma medida essa administração não será correcta se durante a mesma não se estabelecer entre o aluno e o utente uma comunicação adequada. É assim difícil analisar as dificuldades sentidas sem ter subjacente este aspecto de interligação que os próprios alunos não conseguem deixar de referir.

Dimensão cognitiva

A nível da dimensão **cognitiva** os alunos referenciam dificuldades sobretudo no início de cada ensino clínico relacionadas com a integração na metodologia de trabalho da equipe resultante da apropriação, mais ou menos rápida, da metodologia de trabalho e a conseqüente necessidade de apoio do supervisor. Esta constante nas narrativas relaciona-se com o facto de, em cada ensino clínico, os alunos encontrarem contextos diferentes dos do ensino clínico anterior, na maioria dos casos não só no que se refere aos contextos mais próximos (serviço), mas num contexto mais alargado (a instituição). Estas diferenças de contextos contêm em si diferentes formas de “estar na enfermagem”, com dinâmicas de trabalho em equipe muito diversas.

“O meu estágio em Medicina decorreu na ala A, do Hospital de Santa Maria da Feira, as primeiras duas semanas foram complicadas, tudo era novo, a medicação, os doentes, os procedimentos, a organização do serviço, os profissionais... Tudo era muito confuso, não me sentia capaz de estabelecer prioridades, sentia-me insegura nos procedimentos, até nos mais simples. Não me sentia autónoma, tinha necessidade de perguntar tudo aquilo que fazia. DAP_IV_ANÓNIMO_FEMI_02

“Assim as dificuldades mais vigentes ... no início do estágio talvez a ... como é que eu hei-de dizer ... o entrar, o perceber a dinâmica de trabalho da equipa. Porque embora não seja rotina, não é uma rotina propriamente dita, mas há horas ... e nós de início andávamos assim um bocado às aranhas. Não sabia muito bem para onde é que me havia de virar. Depois numa segunda semana isso já não se notou tanto. Houve uma evolução, porque ... porque tive a preocupação de registar as horas em que se fazia isto, e isto e isto e depois já eu própria consegui estabelecer as minhas prioridades e fazer aquilo consoante, de acordo com os outros profissionais.” E_IV_A_22

Tudo isto associado à ansiedade emergente do seu papel de aluno, aprendente de prestador de cuidados e, simultaneamente, alvo de avaliação, faz com que muitas vezes, apesar de ter os conhecimentos, o aluno não consiga “em tempo útil” transpô-los

para a prática, necessitando de tempo para conhecer as pessoas, o espaço físico, a dinâmica do serviço, ajustar-se a novas metodologias de trabalho e a novas formas de estar na profissão. Sendo ainda evidente a necessidade de tempo para a própria equipa se ajustar a novas dinâmicas de trabalho que integrem os alunos.

“É de salientar que durante este Estágio Clínico foram sentidas algumas dificuldades, onde se salientam a dificuldade que tive em adaptar-me ao novo modelo organizacional do serviço e a adaptação à equipa de enfermagem, como a adaptação deles à nossa presença.” R_IV_A_16

“E para eles nota-se que é muito difícil a adaptação. Portanto, eles têm que ter tempo para se adaptar. Tem que se lhes dar tempo. Porque não é uma falta de ... o não quer aprender e adaptar-se, mas é uma dificuldade sentida. Não sei se ... eu penso que os alunos também referiram isso. E só a partir de meados da 2ª semana é que eles conseguem sentir-se um bocadinho mais à vontade para poder começar a aprender. É mesmo assim, começar a aprender.” E_V_S_07 e E_V_S_10

“Uma das principais dificuldades sentidas durante esta integração, foi a compreensão da dinâmica do serviço, o que tem sido ultrapassado graças a um esforço da minha parte, no sentido de observar e perceber as intervenções dos enfermeiros, mas, fundamentalmente, devido à ajuda dos profissionais, com vista ao esclarecimento de todas as minhas dúvidas.” DAP_VII_OPC_A_45

A dicotomia teoria prática emerge também como um factor que potencializa as dificuldades sentidas, muito embora essa dicotomia seja frequentemente percebida e referenciada pelo facto da não existência de uma visão de conjunto da situação, ou seja os alunos, sobretudo nas primeiras vivências, não “demonstram” capacidade de gerir e transformar a informação relativa a uma situação específica tendo por base conceitos gerais. Este facto faz emergir um sentimento de incapacidade de resolver os problemas que se lhes apresentam como dificuldades. Contudo, na maioria das situações o apoio dos elementos da equipe é factor essencial para ultrapassar as dificuldades referidas.

“E havia uma diferença entre a noção que tinha do que se aprendia na escola e depois a realidade. De facto nós tínhamos os conhecimentos teóricos, que poderíamos dizer que estou apta para que na prática eu sei o que fazer. E não. É como se bloqueássemos e não nos soubéssemos localizar e não sabíamos, eu não soube prestar aquilo que considero cuidados de qualidade. O que depois se foi ultrapassando.” E_III_A_25

“Algumas coisas poderão ser diferentes entre a teoria e a prática. Conseguirem perceber o porquê de se fazer diferente mas igual, isto é, mantendo, os mesmos princípios poderemos ter que adaptar e fazer de maneira diferente. E não irem com a

ideia de que “estamos a fazer errado” ou de que, eventualmente, alguma coisa pode estar menos correcta. Aceitam-se sempre sugestões do próprio aluno desde que sejam fundamentadas.” E_IV_S_05

Percebem ainda que essa dicotomia não se refere a “formas de fazer incorrectas”, mas simplesmente a “diferentes formas de fazer “, que podem ser resultado de uma vivência anterior da qual emerge uma melhor adequação dos cuidados a cada utente especificamente.

“Nos ensinamentos efectuados, nomeadamente a nível de saúde infantil a lactentes, percebi que existem diferenças entre o que aprendemos e o que ensinamos não havendo incorrecções em qualquer das partes, são diferenças relacionadas com os anos de experiência dos profissionais que têm a vantagem de conhecer a população e portanto melhor adequar os ensinamentos. R_VII_OPC_A_05

“Uma outra dificuldade que convém aqui referir, tem a ver com a transposição/adequação de conhecimentos adquiridos em contexto de sala de aula para o campo clínico já que por vezes a realidade prática, não sendo a ideal, exige uma outra abordagem da teoria adaptada à situação em questão. (...) Deste modo, foi notório o défice de mecanismo de adaptação/competências adaptativas da minha parte na abordagem da morte o que dificultou a minha actuação nesse âmbito – cuidados post mortem.” DAP_IV_A_22

Na transposição para a prática clínica dos conhecimentos, nomeadamente no que se refere à utilização da metodologia de Processo de Enfermagem, os alunos demonstram e referem dificuldades em colher os dados do utente relevantes para a concepção dos cuidados, em analisar e interpretar os dados, em estabelecer prioridades, em planear as suas intervenções em função das necessidades detectadas e em elaborar os planos de cuidados escritos. Apesar de, ao serem questionados sobre alguns destes aspectos, os alunos responderem correctamente, na aplicação prática as dificuldades estão presentes, sobretudo porque estão também muito relacionadas com a ansiedade e com o medo de errar, como vimos na secção anterior.

“Quando questionados sobre o planeamento das actividades a desenvolver perante determinada situação respondem com alguma facilidade (em termos teóricos), mas observa-se dificuldade em transcrever essas mesmas intervenções para um plano de cuidados utilizando a linguagem adequada.” OBS_II

“A planificação de cuidados consistiu noutra dificuldade, na medida em que para mim tornava-se difícil identificar diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem

e, conseqüentemente, estabelecer um plano de acção que me permitisse melhorar a qualidade dos cuidados. (...)

No início tinha alguma dificuldade em diferenciar intervenções autónomas e intervenções interdependentes e, como tal, dificuldade em elaborar correctos planos de cuidados, mas com pesquisa sobre assunto e ajuda dos enfermeiros, consegui elaborar os planos de cuidados, de forma correcta e no intuito de poder ajudar o utente na satisfação das suas necessidades alteradas.” R_VII_OPC_A_26

Ao longo de todos os ensinios clínicos há uma constante referência às dificuldades na área da farmacologia. O conhecimento dos diferentes grupos farmacológicos, da farmacocinética, efeitos desejados e efeitos secundários emerge como uma dificuldade constante ao longo de todo o curso. À especificidade de cada área de ensino clínico está associado um conjunto de medicamentos específicos, pelo que a experiência cumulativa dos ensinios clínicos anteriores fica aquém das necessidades, ou seja, em cada ensino clínico há novos grupos de medicamentos a serem utilizados e com os quais os alunos não tiveram qualquer contacto, pelo que as dificuldades se mantêm e são referenciadas em todos os ensinios clínicos.

De realçar também as características dos utentes, mais especificamente na Pediatria, que obrigam a um raciocínio clínico e a uma tomada de decisão diferente na preparação e administração de medicamentos, o que num primeiro momento, constitui uma grande dificuldade para a maioria dos alunos.

“Esta experiência foi igualmente enriquecedora no que concerne à terapêutica farmacológica. Inicialmente, senti, que havia sido pouco o conhecimento que adquiri durante as aulas relativamente a determinados medicamentos, o que a meu ver era algo de essencial na medida em que, ao administrar um determinado fármaco, deveria ter em mente os principais aspectos relativamente ao mesmo.” DAP_IV_A_11

“A terapêutica em Pediatria, pelas particularidades que lhe estão inerentes, consistiu numa dificuldade, sendo ultrapassada com a prática clínica e com a minha aquisição de conhecimentos sobre os fármacos, e suas características.” R_VI_PED_A_26

“A falta de conhecimentos acerca da farmacologia (indicações terapêuticas, modo de preparação e administração, acção esperada, efeitos secundários e observados) usada no SCM e acerca de alguns procedimentos de enfermagem revelaram-se dificuldades iniciais. Tudo isso conduziu-me à necessidade de as ultrapassar, através da consulta de bibliografia e de investigação que, é, também, fundamental para o cuidar em enfermagem.” R_VII_OPC_A_26

“A medicação foi outra das dificuldades. As diluições, os efeitos secundários mais prováveis eram aspectos que me escapavam e exigiram um esforço adicional de consulta. Fui recolhendo bulas e questionando os profissionais sempre que tinha dúvidas. Agora sinto-me mais confiante contudo, face ao vasto conjunto de medicação disponível há fármacos que nunca administrei e portanto poderei voltar a não saber numa situação futura.” R_VII_URG_A_05

Há ainda a considerar as dificuldades emergentes da complexidade das situações, pois na maioria dos casos o utente não recorre aos serviços de saúde apresentando um “quadro clínico tipo”. O que, na maioria das vezes acontece é que o utente que recorre ou está internado no serviço é portador de vários sintomas que sendo comuns a várias patologias, pode desde logo dificultar o diagnóstico diferencial mas, além disso, pode também ser portador de várias patologias, por vezes crónicas, como por exemplo no caso de um idoso que, por ter dificuldade em se movimentar, sofreu uma queda e fez uma fractura do colo do fémur e simultaneamente sofre de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, problemas de audição.

Uma situação destas, que é muito frequente nos serviços de saúde constitui-se, para os alunos, num primeiro momento, muito complexa e eles apresentam uma grande dificuldade em compreender o seu todo e em ter uma visão holística do utente.

“O aluno X ficou hoje responsável pelo Sr. X, que foi internado no serviço com uma fractura do colo do fémur e que vai ser submetido a intervenção cirúrgica. O Sr. X, tem 78 anos, é obeso, apresenta Hipertensão crónica e dificuldade de visão. Estive a observar a sua colheita de dados para organização do processo de enfermagem e posteriormente questionei-o sobre a identificação de problemas e formulação de diagnósticos e respectiva planificação de cuidados.

As respostas embora correctas eram completamente “compartimentadas” e a planificação foi feita em função de cada problema no que resultou uma repetição de intervenções em diferentes problemas. Foi necessário algum tempo para que fizesse a junção das mesmas actividades para os diferentes problemas resultando assim um plano de cuidados mais coerente para implementar. Compreendeu a interligação dos problemas identificados e a necessidade de intervenções consentâneas.” OBS_V_Ort

“Uma outra dificuldade, inicialmente geradora de grande confusão, que constituiu também, como já referi, uma nova situação de aprendizagem, foi o facto de acontecer frequentemente que pessoas com a mesma patologia pudessem apresentar sintomatologia distinta ou, por outro lado, a um mesmo utente poder estar associado um misto de quadros clínicos. Esta realidade dificultou, obviamente, a adequação à prática dos conhecimentos teóricos aprendidos. Para esta desorientação em termos cognitivos também terá contribuído a diversidade de terapêutica utilizada no serviço, tendo sido

difícil a familiarização com a mesma. Estes obstáculos foram minimizados graças ao esforço que desenvolvi no sentido da constante actualização de conhecimentos e com a ajuda de toda a equipa de enfermagem.” R_VI_PSI_A_45

Na maioria dos casos os alunos ultrapassam as dificuldades a partir do momento em que conseguem compreender a complexidade das situações e relacionar as mesmas com diversos conhecimentos como um todo integrado e não como um somatório das partes que tinham presentes mas às quais não tinham ainda atribuído o verdadeiro significado, ou como refere uma aluna na entrevista, talvez devido à forma como no contexto “teórico” os conhecimentos são trabalhados, ou seja, ela reconhece que só no contexto de ensino clínico percebeu a importância dos conhecimentos que foram “abordados” nas aulas e que nesse contexto (mais abstracto) não tinha conseguido apreender.

“A nível cognitivo os conteúdos teóricos que foram leccionados estavam ajustados ao estágio, só que se calhar eu não tinha dado tanto valor a determinados aspectos, se calhar estudei algumas coisa para os testes que não pensei que fossem ser tão importantes na prática, talvez não tenha dado tanta relevância na teórica como por exemplo a formação do globo de segurança de Pinard, que numa aula ninguém sabia o que era e depois cheguei ao estágio e era uma coisa fundamental, básica que todos tínhamos que saber. Não tinha consciência de que algumas coisas eram tão importantes.” E_II_A_18

“Quando se trata de aplicar na prática os conteúdos leccionados em ambiente escolar torna-se mais complexo e rigoroso, exigindo bastante capacidade de adaptação e reflexão para ultrapassar as dificuldades que, provavelmente vão surgindo no decorrer do Estágio uma vez que este não só pretende consolidar os conhecimentos adquiridos, como também proporcionar oportunidades para executar novas aprendizagens.” R_VI_PED_A_15

De destacar as dificuldades referenciadas relativamente ao seu desenvolvimento na área da redacção de relatórios escritos, nomeadamente o relatório de avaliação dos ensinamentos clínicos, que se mantém ao longo do curso e decorre em parte da dificuldade de associar a escrita à reflexão ou seja, de transcrever para o papel, de forma sucinta e de acordo com alguns critérios, a reflexão feita sobre o processo de desenvolvimento das suas competências nomeadamente sobre as dificuldades sentidas durante o processo e sobre os resultados desse mesmo desenvolvimento.

“Por um lado, possuo grande dificuldade em traduzir para papel algumas sensações experimentadas. Por outro lado, o sintetizar de tantas vivências e aquisições a um

número tão reduzido de páginas, associado à minha dificuldade de me exprimir, revela-se de certa forma como uma frustração pessoal, considerando mesmo que seja a maior lacuna ao nível da minha formação individual.” R_V_A_19

“Uma das maiores dificuldades neste estágio clínico teve a ver principalmente com a execução deste relatório reflexivo, o que tem constituído uma fonte de ansiedade/nervosismo constante ao longo da prática clínica.” R_VI_PED_A_22

“A elaboração do presente relatório foi uma dificuldade acrescida, na medida em que muita informação havia a transmitir, dadas as características próprias deste estágio, isto é, a abrangência de realidades/experiências e os vastos conhecimentos que fui adquirindo.” R_VII_URG_A_12

Nas narrativas analisadas encontramos por parte de alunos e supervisores referência às **estratégias** utilizadas para ultrapassar estas dificuldades cognitivas e que se prendem essencialmente com uma procura de resposta face ao conhecimento insuficiente que lhe permita dar resposta aos problemas encontrados, uma procura de apoio do supervisor e equipe, uma discussão com os colegas do grupo sobre a sua vivência de situações semelhantes, o recurso à reflexão sobre os motivos dessas mesmas dificuldades e, sobretudo, a pesquisa e o estudo na área científica, como foi ficando evidente nas unidades de texto transcritas.

“Para ultrapassar essas dificuldades foram agindo por etapas em que progressivamente melhoravam os aspectos que sentiam como pontos fracos ou lhes eram salientados como tal. Realizavam pesquisas bibliográficas sobre patologias, planos de cuidados ou situações em que não possuíam os conhecimentos teóricos e partilhavam muito as experiências vividas usufruindo das “críticas” feitas para melhorar. Construíram/estabeleceram laços, com as equipes dos serviços, de entreajuda, procuravam reforço positivo para os seus actos, o que é muito bom para a auto-estima.” E_II_S_01

“Paralelamente, face à dificuldade sentida em justificar alguns procedimentos de enfermagem com base em conhecimentos científicos, uma das actividades desenvolvidas foi a constante consulta bibliográfica de conhecimentos actualizados e o reestudo de conteúdos previamente leccionados, tendo em conta uma diversidade de patologias do foro neurológico (como AVC), cardiovascular (como IC, EAM), pulmonar (como IR, DPOC, bronquite crónica) ortopédico (como fracturas colo do fémur, da coluna vertebral) ou gastrointestinal (como HDA), o que, ao longo das semanas de PC, se revelou uma estratégia essencial para cimentar conhecimentos já adquiridos e fundamentar grande parte dos procedimentos de enfermagem que fui realizando.” R_VII_OPC_A_11

Dimensão comunicacional

A comunicação em enfermagem é um dos aspectos mais importantes na prestação de cuidados. O enfermeiro está constantemente a comunicar com o utente mesmo em situações em que este, pouco feedback pode dar dessa comunicação, contudo ela está presente em todas as nossas intervenções.

Emergem assim nas narrativas de todos os ensinamentos clínicos referências às dificuldades em comunicar, tanto com utentes como com os elementos da equipa de saúde como com os próprios colegas de grupo. Estas dificuldades relacionam-se com a adequação da comunicação ao utente, quer seja pelo seu estado de saúde /doença, quer seja pela sua idade, quer pela inexperiência dos alunos, tornando-se por vezes num factor gerador de insegurança e de stress, pois não sabem como fazer a abordagem de um tema, ou de que forma se devem dirigir ao utente para estabelecer o primeiro contacto.

Estas dificuldades vão-se dissipando à medida que decorrem os ensinamentos clínicos e que os alunos se sentem mais confiantes do seu desenvolvimento e do reconhecimento desse mesmo desenvolvimento pelos supervisores, docentes, colegas e até utentes.

“Neste primeiro dia de intervenção senti algumas dificuldades nomeadamente em estabelecer uma relação adequada com a utente pois em termos comunicacionais ainda não havia uma grande autonomia, não sabia muito bem o que dizer e como dizer as coisas de acordo com as características da utente.” DAP_II_ANÓNIMO_03

“Nesta semana a comunicação com os mais jovens começou a tornar-se uma dificuldade, porque não sei em que posição me colocar e em jovens da minha idade é difícil colocar-me num nível superior, enquanto aluna de enfermagem. Quando pela primeira vez contactei com um jovem (tive que lhe efectuar a avaliação inicial de enfermagem) senti-me um pouco desconfortável e nervosa na minha posição, enquanto estava a comunicar com ele, e considero que, também, lhe transmiti um pouco desses sentimentos.” DAP_V_A_26

“Como eu referi anteriormente, elas referiram dificuldade na parte comunicacional. Porque tivemos lá um grupo de doentes, que estiveram internados, que são da idade das alunas. Portanto, naquela idade dos 20 anos, pronto. E elas manifestaram a dificuldade porque não sabiam até que ponto “eu vou tratar este doente por ‘Senhor’, se é da minha idade! Mas se vou trata-lo por ‘tu’ também é um bocado falta de respeito. E elas manifestaram essa dificuldade perante o Enf. B, e Enf. Chefe e comigo, e realmente nós esclarecemos que não é o facto de elas tratarem uma pessoa por ‘tu’, ou pelo nome, sem ser com o prefixo ‘senhor’, não é, o tratar o por ‘senhor’ que se falta ao

respeito. Mas elas tiveram um bocado de conflito nesse aspecto. (...) Mas, essa dificuldade que elas sentiram, demonstraram e conseguiram ultrapassar, não quebrando aquela barreira de, eu sou enfermeira e tu és doente, mas num clima de confiança e de respeito. Portanto, elas conseguiram nesse aspecto. “ E_V_S_11

Outro aspecto presente nas narrativas é a dificuldade de comunicar oralmente com um utente, quando o próprio, não quer comunicar. Esta situação, que resulta muitas vezes da revolta sentida pelo utente, face ao seu estado de saúde e reflecte-se na relação que estabelecem com os alunos e com profissionais, recusando-se a comunicar. Para o aluno ultrapassar esta dificuldade passa, quase sempre, pelo apoio e incentivo do supervisor e dos colegas e por tentar encontrar estratégias para ajudar o utente a ultrapassar os seus problemas.

A recusa dos doentes em comunicar, para além de poder ocorrer “pontualmente” em todos os ensinos clínicos é, no contexto de cuidados ao doente do foro psiquiátrico, que se verifica com muita frequência, o que transforma este ensino clínico mais complexo em “termos de comunicação”, porquanto, na maioria das patologias dos doentes internados, são manifestamente evidentes os problemas de comunicação.

“Um dos doentes por quem fiquei responsável esta semana foi um rapaz de 21 anos internado devido a uma refractura, o qual se encontrava pouco comunicativo e aparentava estar um pouco revoltado com a sua situação (por ter que voltar a ser internado). Esta situação tornou-se um desafio para mim, dado que a comunicação não foi fácil, pois o doente não estava muito receptivo aos cuidados por mim propostos, o que exigiu mais de mim, no sentido de conseguir satisfazer as necessidades humanas fundamentais alteradas.” DAP_IV_A_12

“Em termos comunicacionais inicialmente também senti dificuldades, pois ao contrário dos estágios anteriores em que havia comunicação entre mim e o outro, neste estágio nem sempre isso aconteceu. Lidar com pessoas que não falam connosco, que não abrem os olhos, ou que estão desorientadas, isoladas no seu próprio mundo é complicado. Procurei sempre comunicar com os doentes, quer estivessem conscientes quer não. Contudo, nestas circunstâncias a comunicação assume outra particularidade. Quando comunicamos, estamos inevitavelmente à espera de uma resposta do outro, é estranho para nós quando tal não acontece. Todas estas dificuldades foram sendo ultrapassadas ao longo do estágio, para tal muito contribuiu a relação com os profissionais de saúde, assim como a relação com as minhas colegas, considero que houve entre nós uma grande relação de ajuda.” DAP_IV_ANÓNIMO_02

“A comunicação foi outra das dificuldades que tive. Tendo estas pessoas particularidades tão singulares, a forma de “chegar até elas” nem sempre foi fácil. O que

é fundamental é que os enfermeiros proporcionem ao utente meios para expressar os seus sentimentos, demonstrando disponibilidade e atenção através da escuta activa. (...) Fui verificando que ao longo do tempo fui progredindo a este nível, mas penso também que nem sempre é fácil estabelecer uma relação de ajuda significativa com os doentes, já que, tendo em conta as suas patologias, como a depressão, eles nem sempre estavam dispostos a comunicar. Nestas situações tentei adoptar uma postura de respeito pelo desejo do doente em estar em silêncio, já que em alguns casos, esta também é uma forma de comunicação.” DAP_VI_PSI_28

A comunicação com a criança, nos diferentes estádios de desenvolvimento constitui-se por vezes como uma dificuldade porque, para além da relação a estabelecer, está inerente um processo terapêutico que implica o conhecimento do utente e a identificação das suas necessidades, na maior partes das vezes expressas pelo próprio utente. No caso das crianças que ainda não adquiriram esse nível de comunicação todo o processo se torna mais complexo para os alunos; mas por outro lado constitui-se como um desafio à sua imaginação e à sua capacidade de implementar estratégias que facilitem essa comunicação. Muitas vezes essas estratégias passam pela comunicação com os pais, pois os mesmos estão presentes durante o internamento da criança.

“Outra das dificuldades sentidas foi ao nível da comunicação. O facto de crianças tão pequenas não comunicarem verbalmente acarreta uma dificuldade acrescida e constitui um desafio à imaginação na procura constante de estratégias comunicacionais que tomem possível a percepção e o entendimento das suas necessidades.” DAP_VI_PED_A_29

“Isto no âmbito da Pediatria, eles estão muito apreensivos, devido á presença de familiares e terem de dar informações aos familiares e os familiares presenciarem o seu tipo de actuação. Vejo que isso é um dos pontos de grande apreensão deles. Outro é o contacto com a criança e saberem direccionar a comunicação e saber estabelecer uma comunicação nas várias fases etárias, isso também lhes dá uma certa apreensão, mas depois com o tempo verifico que são receios não muito fundamentados.” E_VI_PED_S_12

“A comunicação apresentou-se como outra dificuldade, quer a compreensão da comunicação analógica do RN, quer a comunicação com os pais. Por exemplo, no início do estágio não tinha perspicácia suficiente para diferenciar um choro derivado pela fome, de um choro causado por cólicas. Contudo, com o decorrer da prática clínica, desenvolvi a minha perspicácia para compreender a linguagem dos RN, podendo, desta forma, intervir mais rapidamente de maneira a diminuir o stress vivido por estes.” R_VI_PED_A_14

A comunicação oral da informação relativa aos utentes e às actividades desenvolvidas durante o turno, que é designada por passagem de turno é referenciada como um momento importante de aprendizagem, de troca de experiências contudo, numa grande maioria dos casos os alunos referem este momento como gerador de stress, pois é neste contexto que dão a conhecer aos outros elementos da equipe não só o trabalho desenvolvido, mas também as suas dificuldades e as suas características pessoais de comunicador. Demonstram assim a sua apropriação ou não da dinâmica do trabalho da equipe, o seu interesse e motivação, ou seja, os alunos sentem-se observados na globalidade.

“Particpei também nas passagens de turno, que são de extrema importância para a enfermagem, pois ajudam-nos a ter a percepção sobre evolução dos doentes, contribuindo também para que uniformização dos cuidados de saúde. Muitas das vezes era na passagem de turno que me apercebia do que acontecia no serviço. Neste serviço utiliza-se o método individual, ou seja, cada enfermeiro fica com determinados doentes, por isso, tinha uma ideia muito vaga dos doentes que não eram os meus, na passagem turno ficava a conhecer melhor os outros doentes. O diálogo estabelecido nas passagens de turno contribuiu muito para a minha aprendizagem.”

DAP_IV_ANÓNIMO_02

“Quanto à passagem de turno que, apesar de constituir, sempre, um momento de aprendizagem muito rico, nos primeiros tempos sentia que não conseguia sistematizar a informação mais relevante de forma a proporcionar a continuidade de cuidados.

R_VI_PSI_A_21

Na comunicação através dos “Registos” os alunos referem as dificuldades sentidas, sobretudo no que se refere à utilização da linguagem científica, à sistematização dos dados a registar, à gestão do tempo para esses mesmos registos, à percepção da pertinência dos mesmos para a continuidade dos cuidados. Contudo esta é uma dificuldade que, por estar por vezes associada às características de cada contexto, nomeadamente à metodologia de trabalho e dinâmica da equipe, se vai dissipando ao longo de cada ensino clínico atingindo bons níveis de execução.

“Um outro aspecto que é ainda importante ressaltar, tem a ver com a problemática dos registos. Estes foram de facto uma das primeiras dificuldades a surgir mas também das primeiras a serem banidas, uma vez que tive a oportunidade na prática de me aperceber/consciencializar da importância fulcral dos mesmos em termos legais na confirmação de determinado estado de saúde e consequentes cuidados prestados.”

DAP_IV_A_22

“Senti uma certa dificuldade na realização dos primeiros registos, visto que procurei executá-los dentro do padrão de linguagem utilizada em pediatria mas com o decorrer dos dias fui aperfeiçoando, mas solicito sempre a apreciação da enfermeira antes de transpor para o processo.” DAP_VI_PED_ANONIMO_01

“No início deste estágio senti também dificuldade em registar tudo o que fazia uma vez que os processos dos utentes estão ocupados a maior parte do tempo. Com o apoio da minha tutora fui-me habituando a registar logo que terminava as intervenções não havendo espaço para o esquecimento por não ter o processo em mão.” R_VII_URG_A_05

A inibição e o constrangimento emergem das narrativas como resultado das dificuldades em estabelecer alguns níveis de comunicação, quer sejam o facto de ter que abordar aspectos do foro íntimo do utente, nomeadamente durante a colheita de dados, quer seja pelo facto de ter que prestar cuidados e tocar o corpo do utente. Este constrangimento observa-se mais nos ensinamentos clínicos iniciais e sobretudo quando há necessidade de manter a comunicação por um período mais alargado, ou seja, quando o próprio utente tem necessidade que “escutem” o que tem para dizer e os alunos sentem dificuldade em fazer essa escuta activa.

“A minha principal dificuldade sentida neste período residiu na comunicação com o outro, não só com as puérperas mas também com os restantes profissionais. Sentia-me embaraçada com a abordagem de assuntos de foro íntimo das senhoras e tinha dificuldade em direccionar os meus conhecimentos para a satisfação das necessidades evidenciadas pelas puérperas.” DAP_II_A_ANÓNIMO_05

“Outra dificuldade por exemplo, vergonha na prestação de cuidados vulvo-perineais, uma vez que a genitália se expõe se toca; dificuldade na manipulação da mama para colocar o recém-nascido a mamar.” E_II_S_01

O estado emocional do utente funciona muitas vezes como barreira de comunicação, o que nas narrativas dos alunos emerge como uma dificuldade, sobretudo enquanto não vivenciaram experiências suficientes que lhes permitam encontrar estratégias para comunicar com o utente ajudando-o a restabelecer o seu equilíbrio emocional.

Outras barreiras são referenciadas, sobretudo as resultantes do estado de consciência do utente, sobretudo o caso de utentes inconscientes que gera nos alunos uma dificuldade acrescida, não só pelo impacto do estado do utente, mas também pelo facto de ficarem emocionalmente envolvidos e não conseguirem estabelecer uma

comunicação com um utente que aparentemente não lhes dá feedback, o que se torna perturbador.

“Em termos comunicacionais inicialmente também senti dificuldades, pois ao contrário dos estágios anteriores em que havia comunicação entre mim e o outro, neste estágio nem sempre isso aconteceu. Lidar com pessoas que não falam connosco, que não abrem os olhos, ou que estão desorientadas, isoladas no seu próprio mundo é complicado.” DAP_IV_ANÓNIMO_02

No ensino clínico VI em Psiquiatria, a comunicação é um dos elementos mais importantes do processo de cuidar mas emerge desde logo como uma dificuldade não só pelas características dos utentes, mas também pelo estigma a que estão associados estes mesmos serviços e que os alunos referem nas suas narrativas. Num primeiro momento há o medo dos próprios utentes (medo que sejam agressivos), a insegurança de não conseguir estabelecer uma comunicação eficaz e uma relação de ajuda. Mas á medida que decorre o ensino clínico esta dificuldade vai sendo ultrapassada e este ensino clínico constitui-se como um período de desenvolvimento de competências comunicacionais muito importante.

“Por se tratar de um estágio no serviço de Psiquiatria é natural que ao princípio houvesse algum receio do que pudesse encontrar. As ideias criadas, em torno dos doentes psiquiátricos, pela sociedade em geral fazem-nos recear o contacto com eles. Logo nos primeiros dias pude constatar que tal ideia era absurda e mesmo infundada e eu próprio me senti “mal” por ter tais pensamentos.” DAP_VI_PSI_A_23

“Este estágio correspondeu ao meu primeiro contacto com a realidade da Saúde Mental e da Psiquiatria e, tal como referi anteriormente, antes de iniciar esta prática clínica, sentimentos tais como o medo e a insegurança relativamente à realidade psiquiátrica desenvolveram alguma ansiedade. Talvez esta inquietação se devesse ao medo do desconhecido, a um conjunto de falsas crenças, e conceitos tais como o doente psiquiátrico é “louco”, “agressivo”, “violento”, ou ainda “muito fechado e difícil acesso”, que vigoram ainda na nossa sociedade e que se designa como “O Estigma de Psiquiatria”. R_VI_PSI_A_21

Após a identificação das dificuldades sentidas pelos alunos emerge a necessidade de implementar estratégias para as ultrapassar e, conseqüentemente, promover o desenvolvimento das suas competências, nomeadamente: manter uma certa distância do utente como forma de salvaguardar questões às quais não se sente capaz de responder; estar atento, sobretudo nos primeiros dias de ensino clínico, à comunicação que os enfermeiros da equipe estabelecem com os utentes, para tentar “imitar”; anotar durante a passagem de turno todos os elementos que o possam ajudar a ultrapassar as

dificuldades; partilhar com colegas de grupo das experiências vividas usufruindo das “críticas” feitas para melhorar a sua intervenção; questionar o supervisor e/ou os enfermeiros da equipe sobre as estratégias a utilizar e sobretudo, usar a reflexão como apoio a todo este processo.

Na maioria dos casos ultrapassar estas dificuldades é um elemento importante transformando-se assim as dificuldades sentidas em factores promotores de desenvolvimento.

“Uma dificuldade encontrada foi comunicar com um doente que recusa o seu internamento e que não aceitava os cuidados que eu lhe prestava, este acontecimento exigiu da minha parte uma maior intervenção a nível psicológico, uma vez que tinha de estar a pensar constantemente em novas formas e estratégias de lidar com ele de maneira a envolver o doente na prestação de cuidados e conseguir o seu consentimento, no entanto a maioria das estratégias que encontrei não obtive sucesso. Por vezes não conseguimos prestar todos os cuidados que são necessários a um doente por este recusar, onde a maioria deles são prestados contra a vontade do doente. E quando não conseguia envolver ia para casa pensar o que poderia fazer de novo para o cativar e o envolver. Por este motivo coloquei como título do desenvolvimento deste relatório **“o insucesso como oportunidade de começar de novo...”** No entanto, esta situação ensinou-me a ter muita paciência e a tentar colocar-me no lugar do doente e a “ver” os seus sentimentos e a sua dor e a não repreendê-lo e aceitá-lo como é. E aprendi que: a vida não é cheia só de sucessos, por vezes no nosso caminho somos obrigados a lidar com o insucesso. Esta foi de certeza, para mim, uma das mais importantes situações de aprendizagem.” R_IV_A_10

Dimensão atitudinal

Nesta dimensão de competência procuramos identificar dificuldades emergentes das narrativas dos alunos e dos supervisores. Porém as mesmas são difíceis de encontrar, dado que nesta dimensão se avalia sobretudo a participação nas actividades dos serviços, a demonstração de abertura para o trabalho em equipa, a demonstração de responsabilidade avaliando as consequências dos seus actos, o cumprimento de normas do código deontológico, a organização do trabalho realizado e a gestão de recursos.

As dificuldades sentidas nesta dimensão emergem em número reduzido nas narrativas dos alunos, porque são mais perceptíveis para quem os observa do que para os próprios, porém também nas narrativas dos supervisores as referências a dificuldades nesta dimensão atitudinal são pouco significativas, o que está em consonância com as classificações atribuídas aos alunos nos diferentes ensinamentos clínicos, ou seja, com uma média de classificações que se destaca das restantes dimensões desde o ensino clínico II.

Salientamos assim a dificuldade, sobretudo inicial em cada ensino clínico, de ter iniciativa própria para a participação nas actividades do serviço estando muito dependentes da orientação dos supervisores e/ou dos profissionais do serviço. Essa participação está também relacionada com a capacidade de gerir o tempo de forma a permitir-lhes apreender a dinâmica do serviço e participar mais activamente nas actividades.

Observamos, contudo, que após alguns dias no serviço os alunos se empenham e se disponibilizam para essa participação. Encontramos justificação para a falta de iniciativa inicial no encontro de diversos factores que, de alguma, forma já foram referenciados anteriormente, tais como o medo, a insegurança, a dificuldade de transposição de conhecimentos para os contextos reais e alguma falta de destreza manual.

“6º Dia de estágio – observo de uma forma geral, que os alunos têm alguma dificuldade em gerir o tempo total do turno no que resulta uma necessidade de ficar após a passagem de turno para terminarem os registos.

Esta dificuldade está ainda relacionada com o tempo que demoram a realizar determinadas intervenções e a capacidade de dar resposta a vários aspectos em simultâneo, ou seja não conseguem ainda perceber as necessidades de um utente na globalidade, indo por isso várias vezes junto do utente para as diferentes intervenções (e não de uma vez só satisfazer diferentes necessidades do utente). Esta dificuldade observada, retira-lhes tempo para poderem perceber outras actividades a decorrer no serviço e poderem participar delas.” OBS_V_ORT

Relativamente a estas dificuldades os alunos referem que as mesmas emergem das suas próprias características, ou seja, o terem mais ou menos facilidades de se integrarem nas equipas, na forma como se devem “posicionar” face aos profissionais ou até face aos utentes, a inibição que podem sentir porque partilham o “campo de estágio” com colegas de outras escolas, ou porque os utentes estão acompanhados por familiares que observam todas as suas actividades. Para ultrapassar estas dificuldades os alunos puderam “contar” com o apoio das equipas (atmosfera envolvente) recorrendo ainda a outras estratégias tais como a reflexão individual ou em grupo por forma a sentirem-se mais seguros.

“Talvez porque sou mais caladinha em relação a elas, mas faz parte da minha maneira de ser, eu preciso de um pouco de tempo para me abrir, preciso de conhecer bem as pessoas do outro lado, isto mais relativamente aos profissionais do que às próprias utentes.” DAP_II_ANÓNIMO_06

“Para ultrapassar estas dificuldades nesta fase inicial foi fundamental a disponibilidade demonstrada pelos profissionais, o que facilitou a interação e colocação de dúvidas sempre que necessário. (...) Ao longo desta semana fui sentindo uma crescente autoconfiança e consegui solucionar diversas situações, uma vez que me senti mais integrada na equipa de enfermagem e dinâmica do serviço, desenvolvendo uma relação de ajuda e de maior proximidade com o doente/família.” DAP_V_A_01

“Reconheço que a recepção, o acompanhamento, a compreensão e a confiança da equipa de enfermagem foram factores decisivos que contribuíram para a evolução do sentido de responsabilidade, auto-confiança e autonomia.” R_VII_CC_A_29

Nesta dimensão são ainda observadas algumas dificuldades na demonstração de responsabilidade avaliando as consequências dos seus actos, por se perceber uma certa imaturidade relacionada com a falta de vivências de determinadas situações. Mas no que se refere à solicitação de apoio de outros enfermeiros, demonstração de respeito pelo utente e família e demonstração de respeito pelas normas do serviço não se observaram dificuldades significativas, ou seja, os alunos salientavam-se até por uma postura muito consonante com a postura profissional.

“Observei que os alunos já conseguem perceber a globalidade da situação do seu doente, mas em termos de planeamento ainda “pensam” por tarefa, sem ver a complexidade das situações e as consequências das suas intervenções. (exemplo: intervenção – algaliação de Sr^a idosa, com limitações na mobilização e na compreensão – aluno explica-me a situação, depois centra a sua atenção no material a preparar, sem ter em conta a necessidade efectiva de apoio, porque sozinho não consegue mobilizar a utente. Só depois de estar junto da utente e de começar a preparar o material (abrir Kit de algaliação – preparar solutos...) é que se apercebe da necessidade de apoio que, acabei por ser eu a prestar, para não inibir mais o aluno, dado que ficou muito preocupado com a situação e não era correcto deixar a utente semi preparada para ir pedir apoio a um colega ou a outro enfermeiro, que eventualmente poderia não estar disponível. Na execução da técnica houve bastante dificuldade – só 3^a tentativa teve sucesso. Nesta situação não houve previsão de insucesso pelo que só preparou e transportou para a unidade do doente um conjunto de material. No final da intervenção fizemos uma breve reflexão sobre a mesma e só aí o aluno percebeu que deveria ter planeado melhor toda a intervenção por forma a prestar melhores cuidados.” OBS_V_ORT

“A nível atitudinal nota-se também. São alunos que têm um saber ser e um saber estar diferente. E um saber saber também já com um nível diferente. Penso que a Escola ... Comparativamente aos outros, às outras escolas nota-se alguma diferença nos alunos. E pensamos que este grupo é heterogéneo. Não é escolhido particularmente para este

serviço. Portanto, tivemos vários alunos com graus de dificuldade diferentes. Mas nota-se. Nota-se que o ponto de partida deles é um bocadinho mais acima.” E_IV_S_08 e E_IV_S_22

Em resumo, de uma forma global não se evidenciaram grandes dificuldades nesta dimensão de competência embora como é óbvio, se possa referir que, enquanto alunos as dificuldades estavam presentes e talvez a grande dificuldade seja a identificação dessas dificuldades, tanto por parte dos alunos como dos supervisores.

Dimensão técnica

Esta dimensão está interligada com o “saber fazer” e este saber fazer é muito mais do que a execução da tarefa, está muito relacionado com os sentimentos, com o medo de errar e causar dano ao utente, com a insegurança pela falta de destreza manual, consequência do reduzido número de vezes que executaram o procedimento e também com a dificuldade de mobilização de conhecimentos e transposição dos mesmos do contexto de laboratório, em manequim para o contexto real com a pessoa.

Esta é, de alguma forma, a dimensão em que emergem mais facilmente os insucessos. O “não saber fazer” um determinado procedimento tem uma visibilidade mais imediata do que uma dificuldade comunicacional ou atitudinal. Contudo, como já salientámos, este saber fazer emerge no encontro de todas as outras dimensões: cognitiva, comunicacional e atitudinal.

É assim uma dimensão que sendo aparentemente objectiva de observar, emerge nas narrativas como algo mais complexo, envolvendo e mobilizando aspectos da dimensão cognitiva, da dimensão comunicacional e da dimensão atitudinal.

“Como disse anteriormente, encontrei algumas dificuldades nestes primeiros dias de estágio, nomeadamente no que diz respeito ao manuseamento de alguns materiais, à execução de certos procedimentos, destreza manual na prestação de cuidados, a minha primeira algaliação, a qual me permitiu perceber que na realidade não é tão complicado como pensava, aliás penso que é mais fácil fazê-la numa pessoa do que nos bonecos, dado que estes não têm sentimentos e, como tal, não nos comunicam o que estão a sentir.” DAP_II_A_ANÓNIMO_02

“A execução da punção venosa para cateterização da veia revelou-se muito complicada e não consegui colocar um cateter "do início ao fim" sem a intervenção de enfermeiro. Nas aulas práticas, no manequim aparentou ser uma técnica de execução relativamente simples mas na realidade e em "veias reais" senti grandes dificuldades em punccionar,

principalmente porque não encontrava as veias após "picar" o utente."
DAP_III_A_ANÓNIMO_01

“Ao longo deste estágio tal como já referi senti algumas dificuldades, as mais difíceis de ultrapassar foram sem dúvida as dificuldades técnicas, contrariamente às minhas expectativas não tive muitas oportunidades a esse nível. Coloquei alguns cateteres, fiz colheitas de sangue, coloquei uma SNG, algaliei um doente e ajudei numa aspiração de secreções. Ao realizar estes procedimentos senti uma grande insegurança justificável, dada a minha falta de prática, eu sabia a teoria relativa aos procedimentos, contudo quando me aproximava das pessoas o meu nervosismo era grande, o que influenciava a minha prestação.” R_IV_A_20

O elemento – **tempo** emerge nesta dimensão como elemento importante na medida em que a continuidade versus descontinuidade (microtempo) das actividades, assim como a periodicidade (mesotempo) das mesmas influencia, não só o desenvolvimento da destreza manual para a realização de determinados procedimentos, como também, a capacidade de transposição para o contexto dos conhecimentos necessários para essa mesma realização

“E depois no sentido de que foram contactando com determinado tipo de tarefas, diariamente e progressivamente, ou seja, foram executando, desenvolvendo competências diariamente e mais do que uma vez durante o turno, portanto, isso foi uma abrangência em termos do seu à vontade. (...) Quer queiramos, quer não, no sistema de repetição, portanto, permite esse desenvolvimento.” E_IV_S_06

“As dificuldades sentidas, como uma certa inibição na comunicação, ou a realização de determinados procedimentos, foram-se desvanecendo à medida que o tempo decorreu. Agora que me sentia mais capacitada, sinto que mais uma semana tornaria esta experiência ainda mais proveitosa.” DAP_III_A_28

Do mesmo modo pareceu-nos ser evidente que os insucessos relativamente aos procedimentos (dimensão técnica) a executar, são muito mais promotores de reflexão do que as dificuldades relativas às restantes dimensões, nomeadamente a reflexão na acção e, conseqüente tomada de decisão de alterar o procedimento, ou a estratégia utilizada da reflexão sobre a acção, como forma de encontrar estratégias para ultrapassar as dificuldades e conseqüentemente não causar dano ao utente, em próximas oportunidades.

“Passei por um dia um pouco difícil pois não estava a conseguir puncionar bem e para mim ter de puncionar a pessoa duas vezes, causa constrangimento para a pessoa e para mim. Foi um dia inesquecível não conseguia encontrar a causa da minha

incompetência. Já tinha puncionado anteriormente e não tinha acontecido algo assim. Se fosse só numa pessoa, ainda podia perceber, mas agora puncionar três pessoas, duas vezes, para mim é demais.” DAP_II_A_18

“No entanto, referi anteriormente algumas vezes porque também é verdade que, em algumas situações, as actividades que tinha de desenvolver acabavam por me levar um tempo considerável não me permitindo auxiliar tanto o resto da equipa como considero ser tão importante fazer. Consistiu este facto uma dificuldade a ultrapassar esta semana que considero estar relacionada com a falta de uma maior destreza. Na verdade, quando, por exemplo, estive com um utente que exigia a realização de quatro pensos diferentes, tinha de estruturar as actividades que ia desenvolver de forma diferente pois gastava mais tempo com a prestação desses cuidados.” DAP_IV_A_02

“Uma outra dificuldade encontrada foi na preparação e administração da terapêutica, porque não tinha destreza para fazer as coisas rápidas e bem-feitas. E como não tinha prática na preparação dos medicamentos senti-me bastante lenta pois enquanto eu preparava um medicamento os enfermeiros profissionais 4 ou 5 medicamentos para administrar. Uma estratégia que usei para ultrapassar este problema foi começar a fazer a preparação da medicação um pouco mais cedo, para fazer as coisas com calma com o intuito de ganhar mais destreza.” R_IV_A_10

“Considero que foi visível a minha evolução na medida em que as dificuldades encontradas e os erros cometidos serviram, sem dúvida, como forma de aprendizagem e, parte deles, foram solucionados ou, pelo menos, minimizados, quer mediante a utilização de estratégias, quer por acção do próprio tempo. R_IV_A_45

A complexidade dos contextos e das situações emerge também como elemento importante nesta dimensão técnica, dado que os procedimentos não podem ser entendidos isoladamente mas em cada contexto individual, o que torna os mesmos mais complexos. É necessário estar atento às reacções do utente à intervenção e, sempre que necessário, tomar decisões no sentido de alterar a intervenção inicialmente planeada. Tendo em conta a unicidade de cada utente, as respostas a intervenções semelhantes são muito diversas e os alunos sentem algumas dificuldades não só em identificar essas respostas, como em compreender essas mesmas respostas em tempo útil.

“Foi durante esta primeira semana que eu me deparei com algumas dificuldades que eu já pensava que tinha ultrapassado, nomeadamente a nível de injectáveis. No respeito a vacinação, penso que nunca mais me esquecerei de uma VASPR que administrei a uma criança de 15 meses, que me correu muito mal, isto porque como não imobilizei bem o

braço da criança, acabei por ter alguma dificuldade em administrar a vacina, tendo sempre a sensação que a estava a magoar muito.” DAP_III_A_14

“Quando eu tinha que entrar um bocadinho prática a nível de injectáveis, o meu primeiro dia injectáveis foi um bocadinho de nervosismo e penso que a seguir a nível de vacinação nós não entramos muito em prática nas primeiras vezes mas a minha primeira vacina também foi estrondosa, foi uma VASPR a um bebé que me fugiu com braço e eu fiquei com a vacina e com o braço na outra mão mas penso que foram as dificuldades que com algum trabalho e alguma ajuda foram facilmente ultrapassadas.”: E_III_A_14

Perante as dificuldades sentidas, alunos e supervisores implementaram algumas estratégias para minorar ou ultrapassar as mesmas, sendo que, na maioria dos casos, o apoio do supervisor e da equipe de enfermagem foi elemento importante para ultrapassar as dificuldades. Contudo, o treino das técnicas, em contexto de sala de trabalho, o manuseamento de materiais, a pesquisa como forma de mais facilmente transpor os conhecimentos para a prática, e a reflexão, na acção e sobre a acção, a observação e o questionamento foram aspectos referidos como estratégias utilizadas.

“Treinavam nas salas de trabalho, longe do utente, através do manuseamento dos materiais, manipular, (por ex. algumas nunca tinham pegado em sistemas de soros), preparar um soro, furar, tirar tampas das agulhas, ter a sensação de furar uma pele através de um cateter, foi sobretudo manipular os materiais fora da utente (...) Mesmo até para a própria utente se elas chegarem junto das utente mais segura se sabendo manipular já sem dificuldades. Por exemplo: nós antes de ir-mos colocar um soro treinávamos ali na sala de trabalho, a colocação do garrote, a inclinação do cateter e elas iam muito mais seguras, senti que as alunas quando se fazia isso elas iam muito mais seguras para junto do utente e isso fazia parte até do sucesso, porque a utente sentia que a aluna ia muito mais segura não tinha tantas dificuldades e não transmitia tanta insegurança para a utente e isso também ajudava a aluna havia um feedback.” E_II_S_14

“É assim, a nível das dificuldades que eu referi no início do estágio, devido à experiência que tive no ensino clínico passado, foi essencialmente a reflexão. A nível das dificuldades técnicas foi não só a pesquisa, por exemplo, em livros que nós temos de procedimentos, mas foi também o questionamento com a equipa que, com a equipa de enfermagem que está no serviço. Também a discussão de grupo, com os meus colegas de estágio, a observação dos procedimentos que os outros profissionais faziam. Foram as estratégias que eu utilizei” E_V_A_32

Síntese das dificuldades...

As dificuldades dos alunos referenciadas nas narrativas, embora inerentes a cada dimensão (figura 32), não podem ser entendidas de forma isolada, mas sempre em inter-relação estreita em que a interação entre si se altera em cada momento sendo geradora de momentos (contextos) de desenvolvimento mais ou menos evidentes.

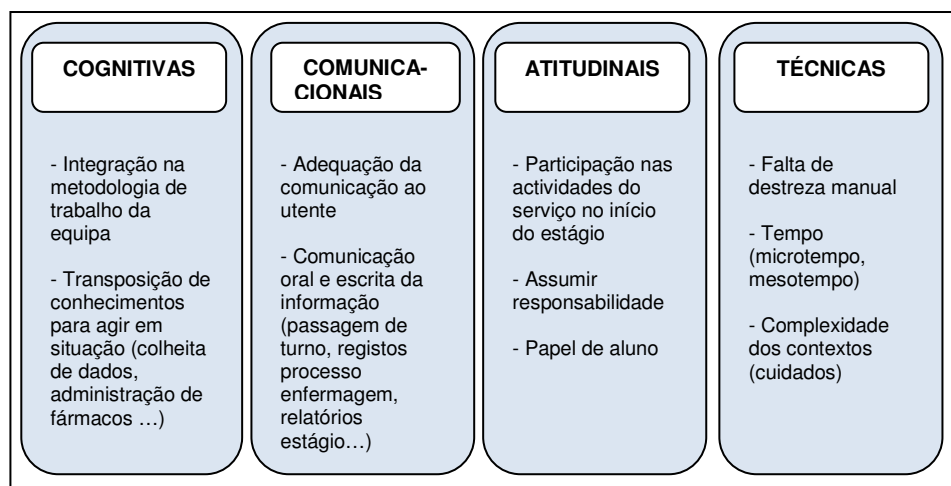


Figura 32 – Ilustração das dificuldades dos alunos por dimensão.

É difícil, por isso, compartimentar a análise, sem ter presente em cada momento, não só o que observamos ao longo do acompanhamento dos alunos, mas também o enquadramento conceptual que está subjacente a este nosso trabalho.

Assim foi possível evidenciar, através da análise das narrativas dos diferentes actores que estas dificuldades, de uma forma global, se interligam com a pessoa, com os processos, com os contextos e com o tempo (figura 33), do mesmo modo que, encontramos grande interligação com os sentimentos vivenciados ao longo dos ensinamentos clínicos, sobretudo com o medo e a insegurança.

...Relacionadas com a Pessoa

Pelos aspectos emergentes das narrativas e também pela nossa observação podemos referir que há determinadas características dos alunos que de forma mais ou menos indirecta, determinam as dificuldades que estes podem sentir no decurso do ensino clínico, como sejam: a capacidade de se relacionar com outros e, conseqüentemente ter mais ou menos facilitado o desenvolvimento de competências comunicacionais e atitudinais (*disposições desenvolvimentalmente geradoras*); as

características de demanda que convidam ou desencorajam outras pessoas a relacionar-se com o aluno ou ainda, os seus recursos biológicos que podem determinar as suas habilidades, experiência, conhecimento e destreza para se envolver em processos proximais

... Relacionadas com o Processo

O *processo* só por si implica a *pessoa* e o *contexto*. Assim é evidente nos dados em análise que a diversidade dos processos, nos diversos contextos e o relacionamento com pessoas diferentes é determinante para o emergir ou não das dificuldades que os alunos possam sentir em cada momento. As diferentes formas de “fazer”, muitas vezes determinadas pela cultura de cada serviço ou instituição são geradoras de dificuldades de transposição de conhecimentos adquiridos e, ou mesmo, de competências já desenvolvidas, para novos contextos.

As diferenças dos processos dentro de cada contexto, que podem inicialmente ser geradoras de dificuldades referenciadas por alunos e supervisores, podem transformar-se em promotoras de desenvolvimento na medida em que alunos e supervisores procuram encontrar estratégias para ultrapassar as dificuldades encontradas obtendo, na maioria dos casos, resultados positivos.

... Relacionadas com o Contexto

As dificuldades relativas aos contextos interligam-se com os aspectos processuais e com o que denominamos de “atmosfera envolvente”, ou seja, todo o contexto, estrutura física, recursos humanos e a forma de “envolver” os alunos nas dinâmicas dos serviços determinam a forma como o aluno perceciona a sua integração nas actividades e o reconhecimento do seu papel de aluno. Esta percepção determina a emergência de insegurança ou de autoconfiança e, conseqüentemente o aumento das dificuldades ou o desvanecer das mesmas.

É evidente que, em cada ensino clínico, o aluno necessita de um tempo para se integrar nos contextos (mesmo no último ensino clínico) e necessita sobretudo de uma atmosfera envolvente promotora do seu desenvolvimento.

... Relacionadas com o Tempo

O *tempo*, enquanto elemento que pode contribuir para o despontar de dificuldades, pode ser percebido pelos alunos como “insuficiente” para determinar o seu desenvolvimento, sobretudo no que se refere à dimensão técnica (número de oportunidades para executar determinado procedimento) (microtempo), ou pode ser muito longo, quando se referem ao espaço temporal que medeia os ensinos clínicos

(mesotempo), ou pode ser significativo pelo momento (histórico, ano) em que vivenciam cada ensino clínico.



Figura 33 – Ilustração dos elementos presentes no emergir das dificuldades.

2 – PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ALUNOS DO CLE EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO À LUZ DO MODELO PPCT

Neste ponto pretendemos analisar as vivências dos alunos no que respeita ao desenvolvimento das suas competências, em contexto de ensino clínico, à luz da teoria de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e Morris (1998), modelo PPCT. Tentamos aqui confrontar os nossos dados com as proposições do modelo bioecológico, ao mesmo tempo que tentamos extrair significado dos mesmos paralelamente à busca de resposta para as questões de investigação, nomeadamente a segunda conforme ilustra a figura 34.

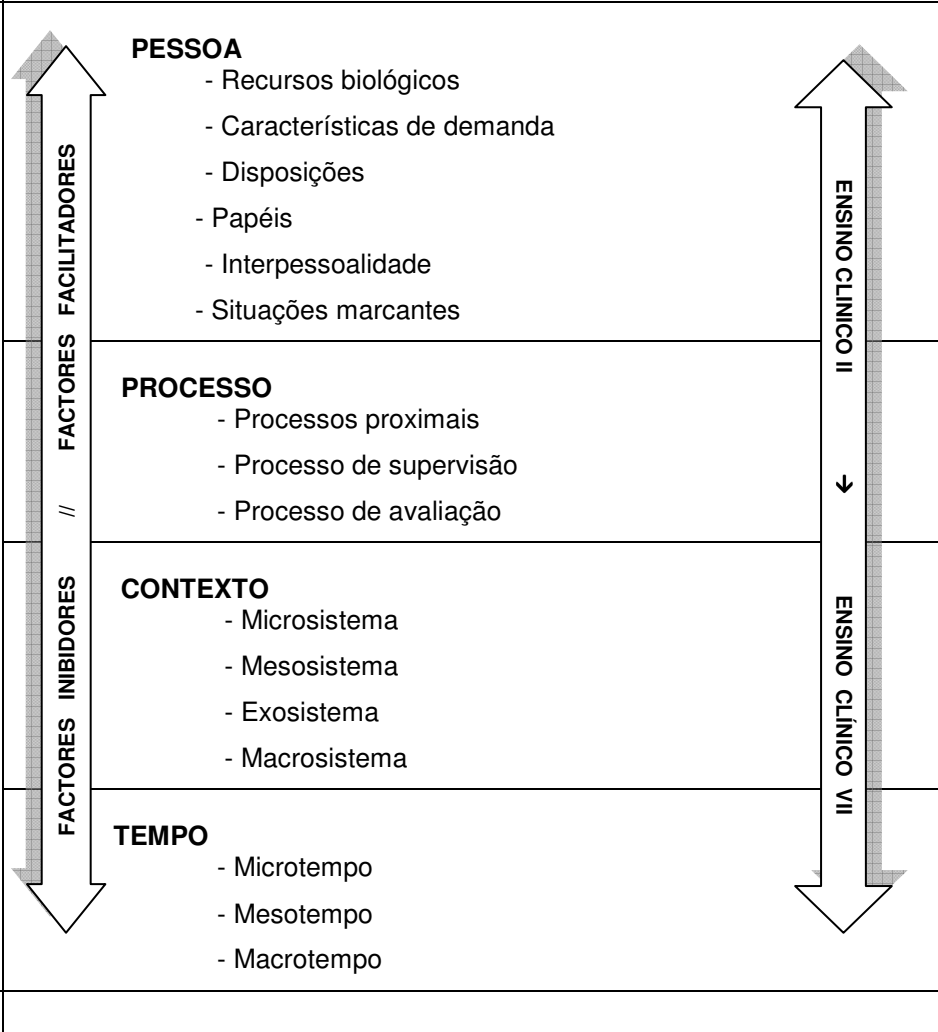
Questão	Dimensões em análise
<p>Em que termos os elementos do modelo bioecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e Morris (1998) são vivenciados e valorizados no desenvolvimento de competências dos alunos do CLE em contexto de ensino clínico?</p>	 <p>PESSOA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos biológicos - Características de demanda - Disposições - Papéis - Interpessoalidade - Situações marcantes <p>PROCESSO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processos proximais - Processo de supervisão - Processo de avaliação <p>CONTEXTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Microsistema - Mesosistema - Exosistema - Macrosistema <p>TEMPO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Microtempo - Mesotempo - Macrotempo

Figura 34 – Dimensões em análise para responder à segunda questão de investigação.

Decorrente do desenho da taxonomia trouxemos para esta apresentação e análise os dados provenientes das diferentes dimensões, domínios, categorias e subcategorias, os quais relacionamos desde já com os quatro elementos que Brofenbrenner e Morris (1998) definiram como “importantes” no desenvolvimento humano: Pessoa, Processo, Contexto e Tempo e que tentamos ilustrar com a apresentação da figura 35.

Como forma de melhor estruturar a apresentação dos dados, faremos a mesma por sub-pontos correspondentes a cada um dos elementos referenciados. Na mesma lógica de apresentação utilizada no ponto anterior, as unidades de texto transcritas, emergentes das narrativas, terão uma sequência temporal tal como os ensinamentos clínicos como forma de ilustrar a evolução dos alunos.

Enquadramos ainda esta apresentação e análise com os factores influenciadores do desenvolvimento de competências dos alunos, pela positiva, factores facilitadores, e pela negativa, factores inibidores.

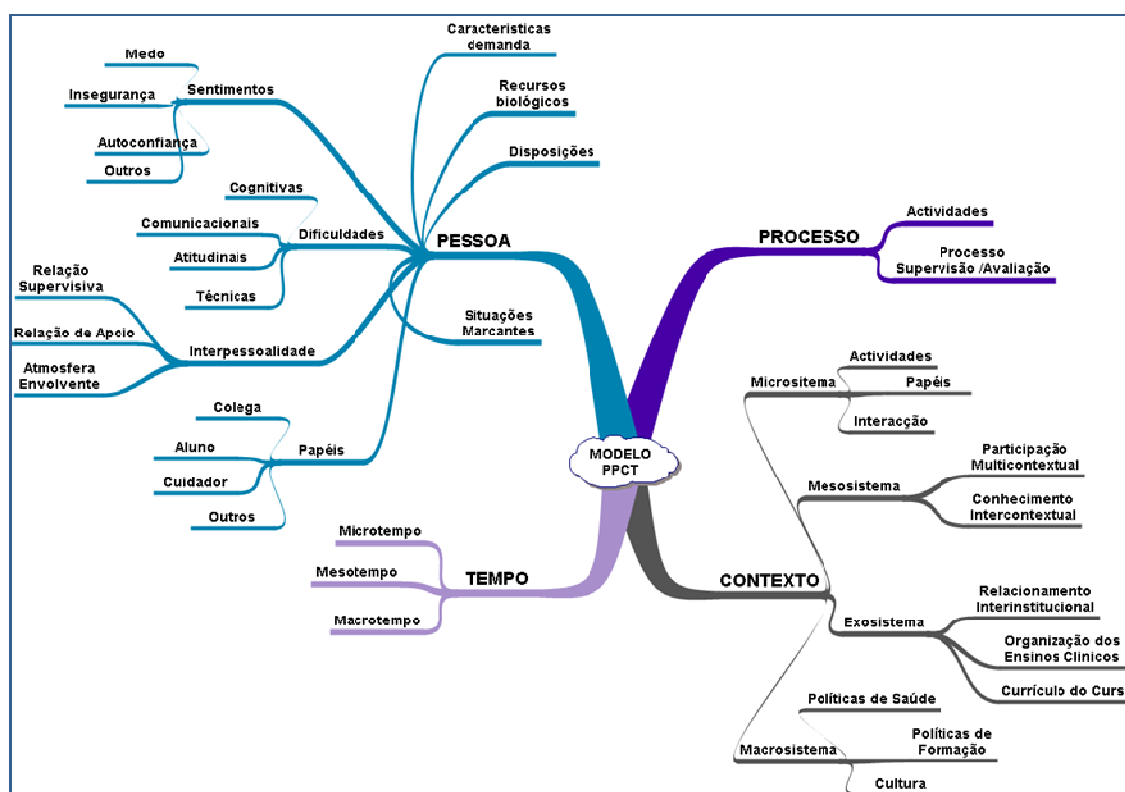


Figura 35 – Ilustração dos elementos em análise relacionados com a Pessoa, o Processo o Contexto e o Tempo.

2.1 – AS PESSOAS

Na perspectiva do modelo bioecológico, a pessoa (aluno) possui características biopsicológicas e características construídas na sua interacção com o ambiente que, por si só, são influenciadoras do seu desenvolvimento (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Bronfenbrenner, 2005).

Assim, como vimos no ponto 4 do referencial teórico, os autores definem três tipos de características da pessoa que podem influenciar e, de alguma forma, modelar o seu desenvolvimento, por poderem interferir na direcção e no poder dos processos proximais e que são respectivamente: Recursos bioecológicos, Características de demanda e disposições,

No nosso trabalho não é objectivo identificar características individuais dos alunos; contudo emergem das narrativas algumas dessas características que, embora não possam ser imputadas ao grupo (unidade de análise), se revestem de algum interesse para a compreensão do fenómeno em estudo e eventual alteração ou integração de aspectos essenciais ao processo de supervisão de alunos em ensino clínico. Consideramos ainda como elementos importantes para este entendimento, tal como ilustra a figura 35, os papéis desempenhados pelos alunos, a interpessoalidade e as situações marcantes. Os sentimentos vivenciados e as dificuldades sentidas ao longo dos ensinamentos clínicos, embora muito interligados com a “pessoa”, já foram analisados no ponto anterior.

2.1.1 - Recursos bioecológicos

Relativamente a esta característica, ou seja, aos activos e passivos biopsicológicos que influenciam a capacidade dos alunos se envolverem em processos proximais, por limitação ou inibição da integridade funcional do seu organismo encontramos nas narrativas alguns aspectos que evidenciam que, em diferentes momentos, diversos alunos puderam estar de alguma forma condicionados a realizar determinadas actividades. Saliemos dessas narrativas: o cansaço físico, resultante da alteração do seu ritmo biológico nomeadamente quando ocorreram períodos de horário *roulement*; o “desgaste” resultante do final de cada ano lectivo, que era visível em algumas situações; a motivação para a aprendizagem e a maturidade demonstrada.

O próprio stress gerado por cada ensino clínico, em termos físicos, provoca um consumo de energia que, quando não compensado, (com descanso e alimentação adequados) pode ser influenciador do seu desempenho. Do mesmo modo o ritmo de

trabalho que se imprime em cada dia de ensino clínico é muito diverso do ritmo de trabalho a que os alunos estão habituados, o que condiciona os seus horários de alimentação e, conseqüentemente a sua “energia”.

“Começo a compreender as observações dos meus colegas relativas ao serviço de medicina, confesso que pensava que estava mais preparada, no final de cada turno sinto-me exausta, e quando faço a reflexão sobre o meu dia, questiono-me se tenho vocação ou não para esta profissão?” DAP_IV_A_39

“Os alunos pareceram cansados. É bem patente o esforço que todos tem feito ao longo das quatro semanas de estágio, tal como eles próprios referiam: é a adaptação ao serviço, o conhecer gente nova, outro tipo de utentes. (após um período exaustivo de aulas a terminar com exames); são as horas de estudo extra estágio, para dar resposta aos problemas que vão surgindo, para além de terem que se ajustar a novos horários de trabalho, nomeadamente as tardes após as quais lhes custa adormecer. É o final de um ano lectivo pleno de trabalho e emoções.” OBS_V_ORT

A motivação para aprender é evidente nas narrativas como factor facilitador do desenvolvimento. A imprevisibilidade dos contextos, que exige dos alunos uma pesquisa permanente no sentido de mobilizar os conhecimentos adequados a cada situação clínica impondo assim, um esforço acrescido para além do horário determinado para o ensino clínico que, só é possível, com a motivação que lhe está subjacente.

Esta motivação é ainda visível na ênfase que colocam nos trabalhos que vão realizando, na disponibilidade para a participação nas actividades do serviço, e no empenho que demonstram no trabalho diário.

“De um modo geral os alunos estavam muito motivados para a aprendizagem sempre demonstrando disponibilidade para as solicitações. Sempre disponíveis para permanecer para além das horas de estágio.” DAC_II_S_01

“Sentimos que os alunos chegaram motivados para a realização do estágio clínico; A realidade do serviço é factor de motivação/desmotivação do aluno (elevado grau de dependência e dificuldade/ausência de comunicação por parte dos doentes); A facilidade de integração do aluno na Equipa é factor importante de motivação; A relação estabelecida entre o Supervisor/alunos (disponibilidade permanente) é factor muito importante de motivação.” DAC_IV_S_ANÓNIMO_02

“Associando o método seleccionado pela orientadora com uma vontade própria de aprender mais, quase todos os dias houve a necessidade de pesquisar sobre a terapêutica/patologias e exames complementares de diagnóstico, relacionados com os utentes que me eram distribuídos.” R_IV_A_19

“A motivação para os Cuidados Paliativos foram condição essencial para que a prática se desenvolvesse com empenhamento e eu procurasse fazer e ser o meu melhor no acto profissional de cuidar. Cuidar implicava uma reciprocidade: eu ajudava o outro na satisfação das suas necessidades básicas fundamentais, enquanto estava também a ser sujeito a um processo de afectação.” R_VII_CC_A_25

O querer ir mais além, o procurar encontrar resposta para as dúvidas, o não se sentir satisfeito com o que os contextos lhe oferecem, procurando respostas e relacionado a teoria com as evidências da prática isto é uma demonstração de maturidade, mas é também uma maneira de ser e de estar, muito peculiar de alguns alunos. Foi também evidente o facto de alguns alunos delinearem objectivos pessoais para cada ensino clínico, para além do determinado pela escola

“Em termos cognitivos ... posso apontar aqui uma dificuldade. Se calhar porque também me é própria. Embora tivesse estudado durante o ano escolar, quando se chega a este momento acho que há uma necessidade de voltar a esses conteúdos e de os ter novamente, de os trazer novamente à nossa mente de forma concreta. E depois há outros conhecimentos novos, ou situações que nos fazem pôr em dúvida aquilo que nós tínhamos, de facto, como dados adquiridos.” E_III_A_25

“Por tudo isto, este estágio seria para mim muito importante pois era a partir deste que saberia se estava ou não no curso certo, por este motivo estabeleci alguns objectivos que espero atingi-los com o decorrer deste estágio, que são:

- * Desenvolver competências comunicacionais não só com os doentes mas também com a equipa profissional;
- * Desenvolver procedimentos técnicos com o mínimo de erros possíveis;
- * Conseguir desenvolver o raciocínio clínico de acordo com a teórica apreendida nas aulas e transpô-la para as situações que me surgirem e aumentar os meus conhecimentos.” R_IV_A_10

“Tenho dormido mal esta semana... Acordo várias vezes e tenho a noção de que sonho e estou inquieta devido ao trabalho no hospital. Não é nada em particular... Julgo que é a apreensão por tantas situações novas e pelo cuidado, mas cuidado efectivo que é necessário desenvolver. É preciso parar e analisar a justificação desta inquietação. Penso que estes sentimentos são resultado da minha apreensão por querer aprender técnicas, ciência e relacionamento mais além do que o mediano...

Uma semana e meia de estágio ou dois anos e meio de estudo devem ser muito pouco para tamanha sabedoria! Oxalá a vá conseguindo!” DAP_IV_A_25

2.1.2 – Características de demanda

Estas características são, como já foi referido, as que podem convidar ou desencorajar as pessoas presentes no contexto a envolver-se ou a interagir com o aluno e, conseqüentemente, a fomentar ou inibir os processos proximais.

Tanto nas narrativas, como na nossa observação foi difícil identificar características dos alunos que, por si só, tenham influenciado os profissionais da prática de interagir com os mesmos, ou seja, não foram evidentes, para além da timidez aspectos que pudessem ser enquadrados nesta *característica da pessoa*.

Pudemos constatar que, em algumas situações, a timidez do aluno, pode ter impedido uma interacção imediata dos elementos da equipe ou até mesmo dos utentes com o mesmo. Esta timidez foi, nalguns casos, entendida pelo aluno como um aspecto que, de algum modo, pode “mascarar” o seu nível de competência influenciando a percepção que supervisores e docentes podem ter do seu desempenho, sentindo assim alguma injustiça aquando da avaliação do ensino clínico.

“A maneira de ser da pessoa influencia bastante. Eu penso que uma pessoa que diariamente é tímida pode ter algumas dificuldades em comunicar numa situação de estágio. Em contrapartida, uma pessoa que é extrovertida e gosta de falar vai ter mais facilidades. Eu considero que a minha maneira de ser, é facilitadora para o desenvolvimento desta competência.” E_III_A_14

“Factores facilitadores (...) tem também a maneira de ser de cada pessoa porque, pronto, uma pessoa mais aberta, em princípio terá mais à vontade e integra-se melhor, a própria equipa torna-se mais aberta e é solicitada mais vezes. Tem a ver também como o funcionamento do próprio grupo de estágio em si.” E_V_S_07 e E_V_S_10

2.1.3 – Disposições

Na análise das narrativas emergiram algumas disposições, que identificamos como facilitadoras do desenvolvimento dos alunos, mas também disposições inibidoras do seu desenvolvimento. Características individuais como a “entrega”, a disponibilidade a solicitude foram por nós observadas e algumas vezes referenciadas pelos supervisores. São características às quais muito raramente se faz alusão, mas que estão presentes no “saber ser e estar” dos alunos e que, de alguma forma, influenciam a percepção que docentes, supervisores ou outros elementos da equipa podem ter dos mesmos.

“Constituiu factor marcante para o processo de aprendizagem dos alunos a grande entrega na procura de aprendizagem por parte de alguns alunos, tendo-se revelado determinante para os resultados obtidos a reflexão contínua e a autoavaliação diária.”

DAC_VII_OPC_S_15

“De entre outras qualidades da aluna em causa, destaco o interesse permanente que mostrou perante situações novas, em não “ter medo” de perguntar para aprender, no estar atenta a tudo o que se passava durante o turno, a reflectir sobre a sua actuação.”

DAC_VII_URG_S_16

De alguma forma, a timidez e a incapacidade de relacionamento interpessoal podem constituir-se como disposições disruptivas influenciando o desenvolvimento do aluno.

“Devido ao relacionamento pouco à vontade que tinha com uma das colegas, senti-me inibida de lutar pela área que tinha em mente... Este encaminhamento implicava também ficar sem colegas, o que comprometeria a partilha de experiências, situação que vivi nos últimos campos de estágio e, apesar de algumas vantagens, avalei como uma menos valia. Perante esta situação, senti-me desiludida com as expectativas que tinha desenvolvido para a experiência de trabalho em Pediatria. Consequentemente, o meu ânimo ficou débil e tal despertou a tendência a baixa auto-estima e insegurança, o que desencadeia uma instabilidade emocional que, embora não muito observável no desenvolvimento do trabalho, sempre existe e influencia o modo de ser e estar na prática.” DAP_VI_PED_A_25

“No decorrer da 2ª semana, em que foi iniciado o contacto mais directo com o doente sedado, entubado e ventilado em que o António⁸⁷ manteve a apreensão e mais a preocupação que surgiu nele (como vou fazer isto ou aquilo). Aqui surge uma certa “estase”, pela preocupação e “medo” unido a uma falta de iniciativa, nervosismo e não colocando questões. Tudo isto por tanta tecnologia, pelo doente crítico, o que é aceitável. O que mais me preocupou foi a falta de pergunta, o Bruno apresentava-se fechado, sem participação espontânea em algumas actividades do Serviço, mas mostrando conhecimentos teóricos.” DAC_VII_OPC_S_17

Em síntese, apesar do estudo não ter como objectivo investigar as características dos alunos individualmente, podemos inferir das narrativas que os recursos bioecológicos, as características de demanda e as disposições dos alunos emergem, no decurso dos ensinamentos clínicos, como elementos influenciadores do desenvolvimento das suas competências, o que é congruente com a perspectiva bioecológica. Acrescentamos

⁸⁷ - Nome fictício de um aluno

que, sentimos alguma dificuldade em fazer a distinção entre estas características, na medida em que, não foram evidentes nas narrativas e também não foram evidentes nas nossas observações.

2.1.4 – Papéis

Na transição do “ensino teórico” para os contextos de prática clínica o aluno assume, na interacção com os outros, diferentes papéis que podem ser influenciadores do seu desenvolvimento. A interligação dos diferentes papéis é forte, sendo difícil referenciar os mesmos de forma isolada, até porque alguns emergem como resultado da evolução de outros papéis, nomeadamente o papel de cuidador que está subjacente ao fenómeno que estamos a estudar.

O papel de aluno está sempre presente, na sua forma de estar, nas suas narrativas, mas emergem também outros papéis que se tornam importantes em todo o processo de desenvolvimento das suas competências, mesmo que tenham sido referenciados como inibidores desse desenvolvimento, nomeadamente o papel de cuidador, o papel de colega dentro do grupo de alunos que está no mesmo campo de estágio, o papel de colega de equipa, além de outros que o aluno assume dentro dos diferentes microsistemas onde interage e os quais não podemos deixar de ter em conta: papel dentro da família ou do seu contexto social.

O Aluno

O papel de aluno é evidente na sua relação com o supervisor clínico, com os restantes elementos da equipe, com o próprio utente e com o docente. Neste papel, na maioria dos locais é proporcionado aos alunos um período de observação das actividades desenvolvidas no serviços para que se integrem nas dinâmicas próprias de cada serviço e apreendam as mesmas, por forma a atingirem os objectivos propostos para cada ensino clínico.

Este período de observação é diferente em cada contexto contudo, dado o período efectivo de ensino clínico e as expectativas dos alunos, este foi sempre referenciado como um período importante para o seu desenvolvimento, ou seja como factor facilitador.

“Na primeira semana de estágio, observei pormenorizadamente toda a dinâmica de serviço, todo o trabalho desempenhado pelos diferentes profissionais assim como o papel que cada enfermeiro desempenhava ao efectuar os ensinamentos de enfermagem. (...) Adquiri, mais uma vez, conceitos essenciais que futuramente me servirão de guia para

uma melhor aprendizagem. Adquiri, noções importantes, que me permitiram, sem medos, abordar as mães e responder às suas questões, alertando-as sempre, para os benefícios de optarem por estilos de vida saudáveis para si e para os seus bebés.”

DAP_III_A_11

“Nesta primeira semana de estágio, todos concordámos (alunos e responsável da instituição) que seria de integração. Este período de adaptação foi de facto vantajoso para anular/atenuar algumas dificuldades expectáveis neste âmbito e que podem de certa forma comprometer uma aprendizagem clínica satisfatória.” DAP_IV_A_22

“Os primeiros dias do estágio foram essenciais para a integração e adaptação, uma vez que pude observar a sua dinâmica, o modo como estava organizado, a metodologia do trabalho de equipa, o que me permitiu, posteriormente, de uma forma cada vez mais autónoma, prestar cuidados à pessoa/família, satisfazendo as suas necessidades.”

R_VII_CC_A_29

O facto de, em alguns casos, os alunos compartilharem o campo de estágio com colegas de outras escolas retirava-lhes algumas oportunidades de se integrarem nas actividades a desenvolver, tornando-se então um factor inibidor do desenvolvimento das suas competências.

“Por último, considero um factor limitador o facto de durante as duas primeiras semanas também se encontrarem a estagiar duas colegas de curso, mas do 4.º ano. Embora nenhuma de nós quiséssemos limitar as acções dos restantes, o facto é que mais ou menos directa e inevitavelmente, acaba por acontecer”. DAP_III_A_06

“Nesta semana, um outro grupo de estágio começou a estagiar no nosso serviço, o que se tornou um pouco complicado, porque como tínhamos todos os doentes do serviço distribuídos por nós, tal significava que as novas alunas teriam que ficar com alguns dos nossos doentes e, claro, que teríamos menos procedimentos para efectuar, pois elas também tinham que aprender e efectuar diversos procedimentos técnicos. E nestas duas últimas semanas em que se espera uma maior autonomia por parte das alunas, tal não foi possível, pois às vezes não sabíamos se seríamos nós a efectuar os procedimentos ou as outras alunas.” DAP_V_A_26

Observamos nas narrativas que o papel de aluno é frequentemente relacionado com a avaliação. Mesmo quando referem que a supervisão é um elemento essencial no seu processo de desenvolvimento, não conseguem desligar de todo da sensação de que esta supervisão tem como objectivo final a atribuição de uma classificação. A observação das suas actividades, quer seja feita pelo supervisor quer seja feita pelo docente

orientador, na maioria das vezes, interfere no modo como os alunos desenvolvem as suas actividades sentindo-se mais inibidos.

“Papel de aluno, porque estava a ser sujeito a uma avaliação e apesar de tudo, por mais que tentasse livrar disso a verdade é que tinha sempre a impressão que estava a ser avaliado. Notou-se que quando estava a executar algum procedimento na presença de uma pessoa que sabia que me estava a avaliar as coisas não ocorriam tão bem como quando estava sozinho.” E_II_A_19

“Perante o docente também foi ... também foi bom o acompanhamento. Também nas várias reuniões que fizemos durante o estágio também soube dar o meu percurso, fazer as minhas auto-avaliações. Também tive oportunidade como aquele factor de termos sido só nós as duas também referi ou seja, sugestões, foram referidas, referi bastantes vezes nas nossas autoavaliações e acho que também desempenhei ... Como é óbvio há sempre coisitas que falham, não é?! Talvez a sinceridade. Às vezes nós não dizemos tudo também por aquele papel de estarmos a ser validadas e temos algum medo de estar a dizer alguma coisa que nos incrimine, por assim dizer. Entre aspas ... Penso que foi basicamente isso.” E_IV_A_22

“Desempenhei também de aluna porque estava sempre sob a supervisão da enfermeira que estava connosco. E sentia-me sempre aluna porque sentia-me sempre acompanhada. Nesse sentido sentia-me sempre aluna. Perante o docente senti-me sempre, sempre como aluna ... em crescimento. Em crescimento profissional. Principalmente perante a minha supervisora. Senti. Porque ela tratava-me sempre como capaz de fazer tudo. Apesar de dar possibilidade de exprimir as minhas dúvidas e dizia-me sempre que valia mais eu perguntar do errar, mas sentia-me sempre, senti sempre que perante ela eu estava a crescer.” E_IV_A_37

O Cuidador

A vontade de desempenhar o papel de cuidador está muito evidente nas narrativas, onde por vezes se “sente a impaciência” porque não executam muitas intervenções técnicas, onde o observar é muito pouco para o que esperam do ensino clínico. Contudo, nas primeiras experiências enquanto cuidadores emergia alguma insegurança no desempenho desse mesmo papel, algum receio de não ser aceite pelo utente, já anteriormente referenciado.

Quando questionados, em entrevista, sobre o que sentiam no desempenho do papel de cuidador, os alunos referem:

“Às vezes é um pouco complicado saber lidar, porque é assim nós temos que saber sempre qual é o nosso lugar e às vezes quando estávamos mais à vontade, eu

pessoalmente sentia que os outros enfermeiros nos estavam a observar, e o que nós queríamos era desempenhar o nosso trabalho e como não o podíamos desempenhar autonomamente às vezes tinha que andar a empatar, porque tinha que esperar que o enfermeiro estivesse disponível, para não achar que eu estava a passar um pouco mais do meu papel de aluno.” E_II_A_19

“Perante o doente, esses sim. Os doentes e os seus familiares viram-nos como cuidadores. Eu até tinha a sensação que eles gostavam mais de nós, das estagiárias, que éramos mais novas e dávamos muito mais atenção, do que dos restantes profissionais. Com mais facilidade vinham ter connosco, falavam connosco. E aí sim, aí eu senti-me uma verdadeira cuidadora, uma verdadeira enfermeira, perante os doentes.” E_IV_A_14

O entusiasmo relacionado com a prática clínica é evidente levando a que se sintam por vezes já como profissionais, quando referem nas suas narrativas, logo desde o primeiro ensino clínico, que se sentem já como enfermeiros. Vivenciar este papel de cuidador gera nos alunos um sentido de responsabilidade que se vai desenvolvendo ao longo do curso, reflectindo-se nas suas reflexões donde ressalta a preocupação de melhoria do seu desempenho e conseqüente melhoria de cuidados prestados.

“Com enfermeira senti-me bastante bem, eu senti-me mais enfermeira principalmente quando estava a fazer os ensinamentos, senti mais autonomia. (...) Como prestadora de cuidados no início senti alguma dificuldade sobretudo quando fazia coisas pela primeira vez, depois com o desenrolar do estágio já era diferente, senti-me bem. Desempenhar esses papéis foi muito gratificante” E_II_A_10

“Também desempenhei o papel de enfermeira. Senti. Principalmente perante os doentes. Eles trataram-me como enfermeira. Não como estagiária, nem como aluna. Consideraram-me mesmo como enfermeira e tiraram as dúvidas todas comigo e pronto, mesmo como enfermeira. Não faziam essa distinção de aluna, ou profissional, já activo.” E_V_A_30

“Neste último ensino clínico nunca me senti muito aluna, senti-me muito integrada e uma verdadeira profissional, tive até oportunidade de por falta de pessoal ficar em alguns locais sozinha o que incutiu em mim uma enorme responsabilidade e autonomia. Foi uma situação pontual, a enfermeira chefe explicou, mas foi um papel que eu desempenhei de profissional na autenticidade ali não era aluna, mas eu pela primeira vez senti um bocado aquém porque tive logo uma doente que recusava os meus tratamentos por eu ser aluna, isso nunca me tinha acontecido, mas eu tinha que perceber pelo que me explicaram ela já com as enfermeiras novas que entravam ao

serviço não aceitava, era uma doente crónica, só aceitava as pessoas mais antigas e era aquela reticência habitual.” E_VII_OPC_A_14

“Senti-me próxima do papel de enfermeiro em dois contextos diferentes, já no centro de saúde eu sentia-me próxima do papel de enfermeiro mas em contexto completamente diferente deste, porque inicialmente sentia-me muito aluna ainda quando iniciei este estágio. Falta de destreza porque eram punções era uma coisa que já não fazia há imenso tempo, há quase um ano. Outros tipos de procedimentos, algaliações também não fazia há muito tempo e sentia uma falta de destreza mesmo típica de um aluno que está a começar um estágio e no entanto eu já estava no último. Só que isso foi-se esbatendo ao longo deste estágio porque dá muitas oportunidades a esse nível.” E_VII_URG_A_14

Colega de grupo

O papel de Colega de Grupo emergiu inúmeras vezes nas narrativas como um factor importante ao desenvolvimento dos alunos. Dependendo da dinâmica de cada grupo e do contexto do ensino clínico, este papel foi percebido como factor facilitador do seu desenvolvimento, mas também como factor inibidor do mesmo.

Como factor facilitador ressalta a coesão dos grupos nos respectivos campos de estágio, facilitando o apoio nos momentos mais difíceis, na partilha de informação e material, na reflexão sobre as dificuldades na monitorização entre alunos das actividades desenvolvidas e das oportunidades em cada momento. Este sentido de coesão estimula o “espírito de equipa” tantas vezes referido como aspecto importante nas dinâmicas de trabalho.

“Como colega, o facto de eu já conhecer as minhas colegas da escola e de ter uma relação além de colega, de amiga com elas penso que o papel foi desempenhado, somos um grupo muito homogéneo fomos um grupo sempre muito coeso, nunca entramos em conflitos, sim, apoiamo-nos muito. Aproveitávamos as horas de almoço, como estávamos um em cada módulo do centro de saúde, para contar experiências e o erro numa tentava-se evitar noutra.” E_III_A_14

“Não posso deixar de salientar da relação de interajuda e do espírito de trabalho de equipa existente entre nós estagiários, o que facilitava o nosso desempenho e melhorava a qualidade de prestação de cuidados. A relação de amizade e de interajuda entre nós foi sem dúvida um factor facilitador e fortalecedor das nossas capacidades competências no decorrer desta primeira semana.” DAP_IV_A_39

“Penso que o sucesso deste Estágio Clínico se deve, em grande parte, ao notório espírito de inter-ajuda que se estabeleceu no nosso grupo de estágio, demonstrado não só na forma como organizávamos o trabalho, mas também quando abdicávamos de repetir procedimentos para dar oportunidade a outra colega que ainda não o tivesse realizado. Desta forma, podemos, juntas, desenvolver ao máximo as nossas competências.” R_IV_A_14

“Os colegas de grupo porque, por exemplo, se nós tivéssemos uma experiência má, por exemplo, íamos fazer um procedimento técnico e corria mal, sentia que havia grande apoio, porque nós contávamos o que tinha acontecido, e os colegas aprendiam com esse erro e diziam-nos o que fazer, o que teriam feito no nosso lugar. Quando, por exemplo, se eu tivesse tido uma experiência má, um colega meu que fosse fazer o mesmo procedimento já sabia como é que havia de agir, e depois, já nos vinha dar o feedback dele. Dizia: “olha, eu fiz assim e correu desta maneira.” E se tivesse corrido bem era uma técnica que podíamos utilizar. Senão tínhamos que procurar outra e ter essa discussão em grupo. Creio que isso contribuiu imenso para o nosso desenvolvimento.” E_V_A_32

De uma forma geral pudemos observar que prevaleceu o aspecto facilitador. Contudo, os alunos referem também a competição entre o grupo como factor inibidor do seu desenvolvimento.

“Factores inibidores: Por um lado foi a competição que se criou, é verdade que estamos num curso em que as pessoas vêm com boas notas, porque a média não é tão baixa quanto isso para entrar na ESSUA e isso obriga que as pessoas já sejam mais aplicadas de um modo geral. Depois vimos para um curso que é maioritariamente feminino o que faz com que a “guerra fria dentro do curso” seja um pouquinho mais acesa isso faz com que nós criamos armas para podermos melhorar cada vez mais. Por outro lado também vivemos numa pressão excessiva e quando as coisas não correm bem nós também se, não sentimos o apoio dos nossos colegas, não conseguimos dar a volta às coisas.” E_II_A_19

Colega de equipa

Durante estes períodos de prática clínica os alunos sentiram um reconhecimento do seu desenvolvimento e conseqüentemente uma aproximação dos enfermeiros, no sentido de os considerarem como “iguais”, como colegas de equipa, contribuindo assim para o aumento da sua autoconfiança e fomentando o seu desenvolvimento. Esse reconhecimento promove uma maior interacção enfermeiro-aluno deixando este mais à vontade para levantar questões ou para demonstrar as suas dificuldades.

“Para mim este estágio tem sido bastante diferente dos anteriores no sentido de que me sinto mais autónoma na realização de tarefas, parece que me sinto mais próxima de ser enfermeira profissional uma vez que realizo tarefas por “conta própria”, segundo orientação dos enfermeiros mas sem a supervisão directa. Esta atitude faz-me sentir mais responsável e segura dos meus actos e mais confiante nas relações com os utentes pois sinto que tenho um conjunto de conhecimentos mais alargado e consigo responder às dúvidas que os utentes me colocam, e se não sei pergunto ou vou procurar saber!” DAP_V_A_15

“Penso que o aspecto mais relevante para este ganho de confiança e autonomia é ter a consciência de que somos apoiados pelas profissionais do serviço, sentimo-nos integrados na equipa, sentimo-nos como um elemento dessa mesma equipa. Esta autonomia e confiança manifestou-se no planeamento de cuidados, uma vez que os alunos já se sentem à vontade e com responsabilidade para prestar os cuidados aos seus utentes entre si, sem necessitar muitas vezes do acompanhamento dos enfermeiros, o que não acontecia anteriormente.” DAP_V_A_34

“Durante esta Prática Clínica, os profissionais de saúde trataram-nos de “igual para igual”, depositando confiança em nós; o modo como nos receberam e integraram no serviço, foi fundamental para o ganho de auto-confiança, fazendo sentir de um modo muito forte a responsabilidade de como é ser enfermeiro.” R_VI_PSI_A_16

Este reconhecimento, sobretudo no final do curso, foi entendido pelos alunos como importante confirmação do seu desenvolvimento pré-profissional.

“O facto de ter sido tratada como uma colega de profissão em situação de aprendizagem, fez com que me sentisse confiante e segura para colocar qualquer dúvida que surgisse durante o estágio. Todo o apoio que recebi da equipa de profissionais e até mesmo do próprio doente/família incutiu em mim uma maior noção de responsabilidade e uma maior motivação para saber fazer, saber estar e saber aprender. Avaliar as consequências dos meus actos, durante o turno.” R_VII_OPC_A_11

“Esta época de estágio foi a mais importante para mim porque senti que os profissionais depositavam em mim confiança o que me permitia prestar cuidados de forma autónoma. Principalmente, nesta altura de final de curso e preparação para a vida profissional é muito importante sentir segurança, confiança e autonomia para prestar os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades dos doentes.” DAP_VII_CC_A_30

Outros papéis

Ao longo do curso outros papéis foram vivenciados pelos alunos, que embora não estando relacionados directamente com os ensinamentos clínicos, não deixam de ser importantes no seu processo de desenvolvimento enquanto pessoa e, conseqüentemente, enquanto aluno.

O papel de filho (a), de amigo (a), de namorado (a) foram referenciados diversas vezes como importantes no apoio que receberam, sobretudo nos momentos mais difíceis, de integração nos ensinamentos clínicos, ou mesmo em caso de situações também já referenciadas como marcantes (a morte de um doente).

“A nível familiar, o papel de filha, sempre! Também o papel de namorada. Deu para chorar no ombro, deu para desabafar. Com os meus pais, e o meu namorado. Até porque este estágio para mim não foi muito positivo. E foram eles que ouviram sempre e deu para desabafar, sempre. A família, a minha família foi um contributo espectacular. Ainda por cima tive a sorte de ir a casa todos os dias, porque eu sou de Ovar, e sempre que eu chegava mais chateada, sempre que acontecia uma coisa mais triste eram eles que estavam comigo. E era com os meus pais que eu desabafava.” E_IV_A_14

“Devo referir também o apoio da família. No meu caso particular da mãe, que é uma pessoa com quem ... lá está, não nos resolve os problemas, nem tem conhecimentos da área, mas o partilhar com naturalidade quer sejam questões mais técnicas, ou mais científicas, ou mesmo do domínio humano, o estar à vontade, saber que alguém nos está, de facto, a escutar e a tentar, pelo menos tentar, compreender quais são as nossas preocupações ou regozijar-se também connosco, com as nossas alegrias, é muito positivo.” E_IV_A_25

“E ao mesmo tempo continuava a ser filha, continuava a ser irmã, continuava a ser ... sei lá... tive muito apoio da minha família, porque por exemplo, na 1ª semana de estágio tive logo que fazer uma múmia, liguei para casa a dizer “Oh, pai, o que é isto!” Da minha família, também. Dos meus colegas de trabalho, porque apesar do trabalho me tirar muito tempo de estudo acaba também por dar uma força extra. E eles estavam sempre comigo. Ligavam-me a meio da semana “então Maria⁸⁸, está tudo a correr bem? Estás a gostar?” E isso também foi muito positivo para mim.” E_IV_A_37

“As conversas com o amigo enfermeiro permitem reflectir sobre as intervenções, sobre o percurso desenvolvido e sobre o que há para corrigir ou melhorar. Com o amigo profissional foi, como sempre, um enriquecimento. Reforço o meu raciocínio correcto, o que é um estímulo que sinto fundamental para continuar a progredir no meu

⁸⁸ - Nome fictício de aluna

desempenho nas várias áreas! Baseados na sua experiência profissional fazemos uma análise conjunta das várias perspectivas envolvidas.” DAP_VI_PED_A_25

“Contudo, para tal, não posso deixar de reconhecer que, para além da necessidade de adopção de uma atitude mais segura e predisposta a agir, fui muitas vezes reforçada positivamente pelo apoio de pessoas significativas que, nos momentos mais desanimadores, procuraram sempre lembrar e enfatizar os pontos mais positivos e a minha capacidade para ultrapassar as adversidades.” DAP_VII_UR_A_02

Síntese

Nos diferentes papéis desempenhados, os alunos sentiram e narraram a especificidade de cada um e a importância que os mesmos detiveram no processo de desenvolvimento das suas competências.

Salientamos o papel de aluno percebido por todos com uma grande responsabilidade e maturidade crescente, em consonância com o que evidenciaram as classificações nas diferentes dimensões; o papel de cuidador, que foi emergindo em cada ensino clínico de forma mais consistente e responsável, demonstrando assim o seu desenvolvimento pré-profissional; o papel de colega de grupo e a forma como os diferentes grupos interagiram com vista a potencializar os recursos e consequentemente o desenvolvimento, apoiando-se, partilhando experiências e materiais, reflectindo sobre as dificuldades e as estratégias utilizadas para as ultrapassar; o papel de colega de equipa que foram desempenhando, em inter-relação com as diferentes equipas à medida que demonstravam um nível mais elevado de desempenho e consequentemente eram por isso reconhecidos; os outros papéis que os alunos desempenharam, por força da sua integração familiar e social demonstraram ser igualmente importantes, se bem que de uma forma mais discreta, mas sempre presente sobretudo quando necessitavam de mais apoio para ultrapassar medos, angústias e desmotivação, a família os amigos e mesmo os namorados (as) constituíram-se em diversos momentos como o seu refúgio e a sua força impulsionadora.

Estes factos evidenciados nas narrativas e por nós observados em vários momentos vão ao encontro da perspectiva bioecológica, que os refere como factores importantes no desenvolvimento humano.

2.1.4 – Interpessoalidade

A interpessoalidade foi por nós definida como a relação recíproca e dialéctica entre duas pessoas, neste caso como as relações que os alunos possam ter estabelecido com diferentes actores e que, de alguma forma, influenciaram o seu processo de desenvolvimento nomeadamente a relação que estabeleceram com o supervisor clínico, ou com o docente orientador (de acordo com o protocolo estabelecido) – **Relação supervisiva**; o apoio, o incentivo, a confiança, a partilha, que os alunos sentiram da parte da outra pessoa durante os ensinamentos clínicos – **Relação de apoio**; o clima afectivo-relacional e sócio-cultural, que se estabelece no decurso do estágio clínico: aluno-supervisor, aluno-equipe e supervisor-equipe, designado como **Atmosfera envolvente**.

Relação supervisiva

A relação que se estabelece entre o supervisor e os alunos, desde o primeiro contacto, torna-se extremamente importante para os alunos, ajudando-os a ultrapassar os medos iniciais e as dificuldades encontradas, a integrar-se na equipa sentindo-se mais confiantes das suas capacidades e conseqüentemente, agindo com mais naturalidade ao expor as dúvidas ou receios, sem ter sempre subjacente o aspecto da avaliação.

“O acompanhamento e orientação da enfermeira foram insubstituíveis; perante as minhas dificuldades, seguia as suas orientações até verificarmos que não conseguia e, ora era ela que pedia para tentar ou era eu que lhe passava a intervenção. O à-vontade que sentia na sua presença era um factor facilitador do meu trabalho.” DAP_IV_A_25

“Um outro aspecto que considero indispensável no começo de um estágio é a confiança que se desenvolve no orientador, no sentido de adquirir confiança em mim, para me sentir mais capaz para a prestação de cuidados. O apoio prestado pelas orientadoras foi excepcional, dado que estavam sempre prontas para apoiar no que fosse necessário, assim como, para transmitir novos conhecimentos, o que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Desta forma, posso concluir que o acompanhamento desenvolvido foi fundamental para que pudesse adquirir mais segurança e confiança nas minhas capacidades e competências, assim como, para assimilar novos conhecimentos.” DAP_V_A_01

“A supervisão foi realizada globalmente de forma simples e directa com grande frontalidade e respeito mútuo entre tutora e aluna. A aluna exhibe alguma timidez em ambientes desconhecidos, esta característica limita, por vezes, a sua capacidade de

retirar o melhor aproveitamento das situações que lhe são apresentadas. A tutora estabeleceu uma relação próxima com a aluna, incentivando sempre que possível a sua auto-estima. No final do estágio notou-se uma clara melhoria nas dificuldades apontadas.” DAC_VII_OPC_S_18

Nesta relação supervisiva os alunos referem como muito importante o reforço positivo que lhes é dado nos momentos de insegurança, assegurando-lhe que esse facto é normal no processo de desenvolvimento em que se encontram, mas incutindo-lhe confiança nas suas capacidades

“Nesta segunda semana de estágio, realizei diversos procedimentos técnicos, o que me facultou o desenvolvimento da minha destreza manual, ultrapassando as minhas dificuldades e "medos". Para isto contribuiu o modelo de acompanhamento da tutora e dos enfermeiros do serviço, que mostram disponibilidade, confiança, dando liberdade de acção, estimulando a reflexão acerca dos conteúdos teóricos e a sua praxiologia.” DAP_V_A_36

“Todavia, relativamente à minha tutora penso que tem me orientado de forma bastante positiva, desde logo que se mostrou disponível e receptiva à minha integração na equipa, bem como no que respeita ao meu processo de aprendizagem tem me orientado, fornecendo-me regularmente um feedback da minha prestação enquanto estagiária, alertando-me para os erros quando necessário e com reforços positivos quando assim considera pertinente.” DAP_VII_CC_A_39

De salientar a percepção que os alunos têm da evolução dessa mesma relação e a forma como a mesma contribui para o desenvolvimento de competências e como o desenvolvimento das competências vai determinando a evolução dessa relação

“E penso que isso é muito importante. Em termos de estagiária, estando sendo orientada penso que a relação foi evoluindo bastante favoravelmente, com a orientadora. Ela foi-nos deixando cada vez mais à vontade e nós também fomos ... A relação que se criou, embora nós temos consciência que ela é nossa orientadora, continua a ser a enfermeira de serviço, penso que é muito mais, penso que é uma relação muito mais à vontade entre aspas. Sentimo-nos ... no início andávamos assim um bocadinho mais retraídos, porque ... ao fim ao cabo nós sabemos que estamos a ser avaliados por ela, mas penso que isso aí agora já nos passa assim um bocadinho mais ao lado. Conseguimos com a enfermeira orientadora como estamos com qualquer outro enfermeiro que sabemos que não nos está a avaliar. E é, acho que isso é muito importante. E mesmo a enfermeira foi-nos dando cada vez mais autonomia. E isso foi, acho que é uma consequência do nosso desempenho, mas também é uma causa para que o nosso desempenho melhorasse.” E_V_A_06

Outros aspectos relacionados com a relação supervisiva emergiram das narrativas como factores inibidores do desenvolvimento do aluno entre eles: o não se sentirem à-vontade para estabelecer uma relação de maior proximidade, de maior abertura inibindo os alunos de questionar e de se integrarem na equipa; a quebra da relação por mudança de supervisor, ou mesmo porque os horários “desencontrados” entre supervisor e alunos não permite o estabelecimento de uma relação de maior confiança.

“Portanto, a relação entre o grupo é importante para o nosso desenvolvimento. E não só entre o grupo, mas a relação com os enfermeiros. Especialmente o nosso orientador. Creio que foi essa a causa da minha má experiência. Partindo dessa base creio que o ponto a seguir que deve ser fulcral é a equipa que está connosco. E especialmente o nosso orientador, que é o nosso alicerce, o nosso pilar. E quando o nosso orientador não gosta de nós, ou ... não sei, tem qualquer coisa que não ... quando não há uma boa relação estabelecida entre o nosso orientador e nós, nós nunca nos sentimos suficiente à-vontade para sermos nós próprios, e para termos as nossas atitudes, e para desenvolvermos a nossa autonomia.

Considero que esse foi o meu principal factor inibidor. O ter medo em estabelecer a relação com a minha orientadora, porque, pronto, não sabia até que ponto devia ou não estabelecer essa relação.” E_V_A_32

Relação de apoio

A Relação de Apoio que os alunos sentem durante os ensinamentos clínicos é um factor importante para o seu desenvolvimento e é referenciada inúmeras vezes nas suas narrativas. O apoio de todos os elementos da equipa incluindo o supervisor e o docente orientador, assim como o apoio dos utentes e família é um factor determinante para o aumento da auto-estima dos alunos levando-os a assumir mais espontaneamente o seu papel, mesmo quando se verifica algum insucesso na realização de determinados procedimentos. A importância desta relação é igualmente confirmada pelos supervisores nas suas reflexões.

“Toda a equipa com que trabalhei no hospital, ajudou a docente também foi importante. No início do estágio tirou dúvidas estava presente porque eu tinha medo de errar. (...) Factores facilitadores: compreensão e ajuda dos profissionais que estavam connosco, os supervisores. Também o facto de saber que tinha a professora B como orientadora ajudou-me muito, porque é uma pessoa em quem eu tenho confiança. Também me ajudou o grupo de estágio que tive, porque são colegas com quem me dou bem houve pessoas com quem eu não falava praticamente e acabei por interagir muito bem.” E_II_A_18

“Como factores facilitadores da aprendizagem/ desenvolvimento das competências dos alunos: Coerência e acompanhamento na orientação dos alunos; Articulação eficaz entre o Docente e o Supervisor; Estabelecimento de uma relação de Ajuda/Confiança entre o Supervisor e o grupo de estágio (responsabilidade de cada parte cumprir os papéis previamente definidos).” DAC_IV_ANÓNIMO_02

Nesta relação, o empenho dos diversos profissionais na promoção de oportunidades que contribuam de alguma forma para o desenvolvimento dos alunos é evidente em todos os ensinamentos clínicos, desde o início, facilitando a integração no serviço, incluindo-os nas actividades diárias, dando-lhes tempo para executarem determinadas actividades e reorganizando as mesmas em função do seu “ritmo de aluno”.

“É importante salientar que a minha boa integração também foi devida ao grande apoio que tive de todos os profissionais. O facto de ter o apoio de todos os profissionais facilitou esta integração, pois todos me apoiaram, ajudaram-me sempre que necessário, o que foi muito importante nomeadamente nos primeiros dias dado que ainda me sentia muito insegura, eles acompanharam-me sempre, supervisionaram o meu trabalho e foram-me aconselhando.” DAP_II_ANÓNIMO_03

“Todos os profissionais deste serviço foram muito colaborantes e disponíveis para comigo, ajudando-me nas actividades e explicando as dúvidas que surgiam. Sem dúvida que foi muito importante o apoio de todos os enfermeiros da equipa que nos acompanhavam nas actividades e a própria confiança que depositavam em nós, contribuindo assim para um primeiro dia de estágio optimista e confiante. DAP_II_ANÓNIMO_06

“Para além disso não senti grandes dificuldades, mas também porque a equipa ajudou imenso. A equipa era uma equipa que estava muito coesa e por isso dava-nos um certo à-vontade para, para perguntar, para ... mesmo para se fosse preciso, para errar, que eles estavam lá para nos supervisionar e para nos chamar a atenção e nos ensinar a melhor maneira de agir. Por outro lado também a equipa também ajudava. Porque se calhar noutra local de estágio não esperavam para nós irmos mudar sondar, ou não diziam onde estão as alunas para ir puncionar aquele doente, ou coisas assim do género. A equipa também foi fundamental durante este estágio, para o bom decorrer do estágio.”E_IV_A_37

“Devo dizer que foi feito um esforço por parte dos enfermeiros do serviço para que tomassem contacto com o máximo número de experiências e situações novas para dessa forma proporcionar-lhes maior autonomia no futuro e destreza na elaboração de cada tarefa.” DAC_V_S_19

Nas narrativas emergem ainda aspectos que, apesar de não serem referenciados em todos os ensinamentos clínicos, entendemos serem importantes por se constituírem como inibidores do desenvolvimento de competências dos alunos, nomeadamente a falta de disponibilidade de algumas equipas sentida pelos alunos, ou a falta de “preparação para a tarefa”, ou a interferência nas actividades dos alunos, na presença dos utentes inibindo ou mesmo desacreditando o seu desempenho.

“Por outro lado, senti que alguns não me receberam da melhor forma, talvez pelo cansaço, ou pelo facto do serviço estar muito cheio e, conseqüentemente, com muito trabalho.” DAP_II_ANÓNIMO_02

“Então deparo-me com uma profissional que me orientou na 1ª consulta supostamente como exemplo para mim.

Verifiquei que se eu alertava a utente para um determinado aspecto ela ainda exacerbava mais aquilo que eu dizia. Se eu desvalorizava um certo aspecto ... ela era capaz de pegar nele e dizer “Não, senhora. Não podemos desprezar e temos que considerar.” Ora isto em constantes intervenções ao longo de toda a consulta. Eu considero que me senti muito mal nessa consulta porque perante a utente ... não considero que o que estivesse a dizer fosse errado, podiam ter correcções, mas não errado. E as correcções a fazer não seriam tão significativas para que diante de uma utente se estivesse a fazer aquelas correcções sistemáticas, o que me tirava a competência àquilo que eu estava a fazer. Portanto, perante a utente eu cheguei ao final da consulta e disse em voz baixa para comigo que ainda bem que terminou, porque eu não me senti a desempenhar bem este papel, portanto, como aluna-estagiária, como aluna quase profissional perante aquela já profissional, nem a desempenhar o meu papel de quase profissional perante aquela utente. Ela com certeza que saía dali com pouca credibilidade na consulta que teve, quer da minha parte, quer da parte da outra enfermeira e depois do resultado conjunto. Portanto, isto foi de facto um factor inibidor. Isto é uma questão a ter em atenção, porque põe em causa o desempenho do meu papel de uma forma grave perante a utente.” E_III_A_25

Atmosfera envolvente

No decurso dos ensinamentos clínicos os alunos têm oportunidades de se relacionarem com diferentes equipas de prestação de cuidados e com todas estabelecem relações com diferentes profissionais. Essas relações, de acordo com a perspectiva bioecológica de Bronfenbrenner e Morris (1998), podem ser importantes para o seu desenvolvimento. Mas a “passagem” dos alunos pelos serviços e as relações que estabelecem também influenciam essas mesmas equipas tornando-se assim num processo bidireccional.

“Como estes alunos ainda estão no 2º ano, mas já adquiriram conteúdos que lhes permitem terem algum sentido crítico sobre as práticas, eles observam-nos bastante. Gostam de ver como agimos, as técnicas que utilizamos, e já conseguem identificar e questionar algumas distrações que possamos ter esta atitude é excelente, porque para além de desenvolverem o seu espírito crítico, obrigam-nos, a nós profissionais, a utilizar procedimentos e técnicas correctas, e por vezes até a estudar alguma temática que nos questionaram e no momento não lhe soubemos dar resposta.”

DAC_III_S_20

A percepção que alunos e supervisores têm desse processo emerge das narrativas com algum significado, ou seja, são múltiplas as referências a esse aspecto como factor importante. Este clima relacional marca os alunos desde o primeiro momento de contacto com cada serviço/equipa podendo inscrever-se como facilitador ou como inibidor de todo o processo do seu desenvolvimento.

Como factor facilitador temos a salientar o clima favorável à integração dos alunos no serviço, por forma a que se sintam à-vontade, demonstrando desde logo empenho na participação activa do seu desenvolvimento, incentivando-os, estimulando o seu espírito crítico, demonstrando novas formas de realizar determinados procedimentos, imputando-lhes responsabilidade no processo tendo em conta o nível de autonomia que se espera que desenvolvam.

“Nesta primeira semana de estágio, a ansiedade inicial só facilmente superado pela existência de equipa receptiva e disponível; a facilidade que existe na comunicação com o supervisor e a restante equipa é, sem dúvida, um factor facilitador da nossa integração e da possibilidade de um desenvolvimento positivo.

Nesta fase inicial, em que o objectivo fundamental é a integração no serviço e na equipa, a presença de uma equipa aberta e disponível torna-se um aspecto motivador e incentivo para nós alunos. O estabelecimento de confiança na equipa de trabalho que nos acompanha permitiu-nos adquirir o “à-vontade” necessário para o desenvolvimento das nossas competências e da nossa autonomia.” DAP_V_A_32

“No meu parecer a equipa de Enfermagem estava muito receptiva à presença dos estagiários, uma vez que nos solicitavam para muitas oportunidades de realizar procedimentos técnicos, supervisionando e mostrando-se disponíveis para responder a dúvidas e, ao mesmo tempo ensinavam e demonstravam a forma de realização quando a situação/procedimento nos era desconhecida.”R_V_A_15

“Aquando da integração na Unidade de Cuidados Continuados, considerei que parte da minha ansiedade se desvaneceu, talvez pelo facto de a equipa de enfermagem ter adoptado uma postura que me transmitiu força, confiança e empatia.

De uma maneira global, penso que todo o meu empenho, aliado à receptividade dos profissionais de enfermagem do serviço, possibilitou-me integrar a metodologia de trabalho, de uma forma bastante satisfatória, permitindo-me desenvolver competências e adquirir uma maior destreza a nível comunicacional, atitudinal, técnico e cognitivo.”

DAP_VII_CC_A_11

“Após conhecer o supervisor clínico senti-me logo mais calma pois este demonstrou-se muito simpático e disponível, deixando-nos à vontade e sem receios. Na minha opinião este primeiro dia e esta apresentação breve mas completa, bem como o facto de desde o primeiro dia ter sentido uma grande receptividade e disponibilidade por parte de todos os profissionais do serviço foi muito importante pois fez-me sentir bem-vinda, sentindo-me mais confiante e calma.

Reflectindo sobre esta primeira semana, posso dizer que estou muito entusiasmada e motivada para o resto do estágio e de certa forma graças à boa integração proporcionada por toda a equipa do serviço.” DAP_V_A_39

Em alguns casos esta atmosfera envolvente vai mais além do esperado por profissionais e evidencia-se alguma afectividade na forma como os elementos da equipa se referem aos alunos e que eles valorizam nas narrativas:

“Foi muito agradável, chegar a um local completamente desconhecido e sentir que os diferentes profissionais se encontravam receptivos para me ensinarem aquilo que já haviam aprendido. Chegaram as nossas pupilas e aqui muito vão aprender, dizia carinhosamente uma futura colega nossa de enfermagem.” DAP_IV_A_11

“É por este motivo que agradeço e congratulo a equipa de enfermagem, do serviço de medicina, do HDA por nos ter acolhido tão bem e nos ter deixado á vontade para questionar, observar e acima de tudo, para «errar», se fosse o caso, como nos disse a nossa supervisora, Enf.X, em conversa: «...não espero que vocês tenham mais de 50% de sucessos a puncionar ou a entubar por que a técnica aperfeiçoa-se com a experiência, o que eu espero é que vocês saibam fundamentar o que estão a fazer e porque o estão a fazer... »

Esta nossa opção acabou por revelar-se bastante positiva, uma vez que não só nos facilitou a integração na dinâmica do serviço, como ainda aumentou, a variedade e quantidade de actividades desenvolvidas. Não era raro ouvir os profissionais dizer: «... é preciso picar o doente X; onde estão as pupilas?».” DAP_IV_A_37

Verificamos, não só através das narrativas, mas também durante a nossa observação que, sobretudo nos “hospitais de menor dimensão” em que o número de alunos por serviço também é menor, não foi só a equipa de enfermagem que promoveu oportunidades para um maior desenvolvimento dos alunos, mas também outros

elementos da equipa de saúde, nomeadamente os médicos deram contributos reforçando assim a importância de um trabalho multidisciplinar (interdisciplinar) em que diferentes saberes se conjugavam para atingir um mesmo objectivo – *cuidar a pessoa doente*.

“Eu acho que aquele hospital foi bom em todos os sentidos. Porque mesmo em termos da equipa médica, a equipa médica também nos acolheu muito bem. Eles confiavam em nós mesmo para passar informações sobre os nossos doentes, eles chamavam-nos e queriam que fôssemos nós a executar as técnicas, sempre com a supervisora por perto, mas ajudavam-nos imenso. E forneciam-nos material de estudo. A equipa médica também esteve sempre connosco.” E_IV_A_37

“A equipa, o acolhimento, a integração do aluno na equipa também é muito importante. A disponibilidade que a equipa tem para acolher e integrar o aluno para dar oportunidades de aprendizagem, para ser facilitador na integração de toda a dinâmica e organização do serviço. Não só o acolhimento por parte dos enfermeiros, mas até, por exemplo, da equipe médica também. Há uma grande abertura para os alunos estarem aqui em formação. Portanto, também há disponibilidade. Há disponibilidade não só para proporcionar essa experiência aos alunos, como até serem os próprios médicos a procederem a algumas explicações, nomeadamente, e eu estou-me a lembrar das biópsias hepáticas, das biópsias pleurais que fizemos e que eu fui pedindo aos médicos para irem explicando aos alunos o que é que se estava a passar e porque é que se fazia determinado procedimento. Portanto isso também é um factor influenciador.” E_IV_S_08 e E_IV_S_22

Contudo, o clima relacional que se estabeleceu nos diferentes ensinamentos clínicos e nos diferentes campos de estágio nem sempre foi promotor do desenvolvimento de competências dos alunos. Estes evidenciaram algumas situações em que esse clima os perturbou sendo por isso considerado como inibidor do seu desenvolvimento.

Não queremos contudo afirmar que esta “atmosfera envolvente” estava directamente relacionada com os alunos, mas de algum modo interferiu no seu desenvolvimento, porque se sentiram retraídos, nas suas actividades, não estavam confiantes para questionar sobre as dúvidas com que se deparavam e sentiram-se “não integrados na equipe”, quando esta nem sequer fez um esforço para os conhecer nem para saber os seus nomes, do mesmo modo que o próprio relacionamento entre os elementos da equipe de enfermagem influenciava o ambiente de trabalho e, consequentemente, o relacionamento com os alunos.

“No serviço de obstetrícia I, o processo de integração não correu da melhor forma possível. Notei uma certa hostilidade por parte de algumas enfermeiras do serviço o que influenciou o meu comportamento durante o estágio, prejudicando o desenvolvimento

das minhas competências. Senti-me revoltada com a situação uma vez que não encontrava motivo para tal situação.” DAP_II_A_17

“Mas era muito complicado porque nós começámos a descobrir os nomes do resto dos profissionais por ouvir, não porque nos foram apresentados. E eles a mesma coisa. Não porque nos perguntavam, mas porque ouviam nós a falar umas com as outras e ouviam os nossos nomes. Essa foi uma das grandes dificuldades que eu senti neste estágio, e penso que isso é muito mau. Porque se uma aluna está num serviço e não se sente à vontade, o estágio acabava por ser um bocadinho influenciado.

Eu penso que estas dificuldades foram negativa, que é aquilo que eu já referi. Um estágio deste género e uma equipa que não se mostra tão entusiasmada por nos receber ... deixa sempre um bocadinho a pessoa na margem. A pessoa não sabe como é que há-de reagir porque não sabe o que é que espera do outro lado.” E_IV_A_14

“Alguns entraves estavam nos enfermeiros, a forma como no início nos abordavam ou não nos abordavam, para uma pessoa em especial parecia que às vezes que nós não estávamos presentes e se nos não nos impuséssemos não tínhamos possibilidade de prestar alguns cuidados.” E_VI_PED_A_44

“O meio foi importante. A equipa era uma equipa grande, maioritariamente de jovens com alguns mais velhos com experiências anteriores de outros serviços, só que alguns jovens que ali estavam numa perspectiva de passagem, não numa perspectiva vocacional de psiquiatria o que reflecte com certeza no seu modo de trabalho. Percebia-se que havia um mal-estar entre muitos elementos da equipa, nomeadamente da relação da enfermeira chefe os diversos elementos, a enfermeira chefe que estava de um modo geral diariamente nas passagens de turno, ou de manhã e á tarde de ou só numa, mas que havia desentendimentos entre eles, às vezes compreensíveis no sentido do desenvolvimento mas se calhar a própria forma de comunicação verbal ou não verbal às vezes não era das melhores, entendo que não fosse das melhores e portanto não se traduzia num efeito proveitoso, mas como a repreender de forma negativa, as vezes envergonhando, as vezes rebaixando e isso traduzia-se naturalmente numa opressão do profissional e não no reforço positivo para desenvolver o trabalho. (...) Não podemos dizer que isto não nos perturbou porque não somos da equipa, não, nos estamos ali só de ouvir falar já causa algum desconforto só de ouvir falar quanto mais depois perceber isso de forma objectiva nos cuidados prestados pelos enfermeiros naquilo que observamos neles ou pela forma como eles estão connosco. Era desconfortável perceber isso só em termos teóricos, só em termos verbais do que havíamos dizer quanto mais perceber isso no modo de trabalhar dos enfermeiros, só por observar o modo deles e depois no modo como eles nos orientavam, não sentiam às vezes o cuidado de orientar futuros profissionais, estudantes inexperientes, isso estaria ao cargo

de alguém mas que não deles, não havia muito empenho em querer ensinar-nos ou em querer que nos desenvolvêssemos e isso marca-nos, e isso limita-nos, por exemplo como é que eu vou perguntar a um profissional ao qual não reconheço as melhores características, como é que eu vou ter com aquele profissional, que sei por experiência de outros colegas ou até comigo, não manifestou muita disponibilidade, muita atenção com o seu método de trabalho e não me integrou. Como é que eu lhe vou dizer uma dificuldade, ou uma apreensão, ou uma reflexão, ou partilhar as minhas vitórias que poderiam ser úteis para uma continuidade de cuidados positiva. Este foi de facto um factor inibidor.” E_VI_PSI_A_25

2.1.5 – Situações marcantes

Ao longo dos três anos do curso em que decorreram os ensinamentos clínicos que estamos a analisar, os alunos vivenciaram diversas situações que se constituíram como marcantes e de alguma forma influenciaram o seu desenvolvimento pessoal e pré-profissional. Muitas destas situações referidas como “marcantes” incluem-se neste âmbito por se constituírem como primeiras experiências/vivências em determinados contextos; outras são assim evidenciadas porque emergem de contextos complexos que, na fase do ensino clínico em que se inscrevem, é ainda difícil para os alunos compreender toda essa complexidade. Há ainda as situações que “mexem” com os sentimentos e as crenças dos alunos, resultantes do seu ambiente cultural e /ou familiar em que se integram e com as suas características pessoais.

Propositadamente deixámos esta “categoria” em aberto, no desenho da árvore, ou seja, não tentámos à partida inscrever situações que pudessem ter marcado os alunos deixando que, na fase de análise dos dados, essas situações se pudessem evidenciar e ser congregadas em “temas”. Assim da nossa análise emergiram “temas” que integram as situações marcantes que se relacionam, no nosso entender, com a sequência dos ensinamentos clínicos e que advêm do enquadramento dos alunos nos diversos contextos que, de acordo com as áreas temáticas do curso, vão sendo cada vez mais complexos, pelo que em cada momento há situações que, por serem novas, se tornam marcantes.

O deslumbramento

O primeiro contacto com a realidade da prática clínica (Ensino Clínico II) é um momento muito ansiado, mas simultaneamente gerador de medos e ansiedade face ao desconhecido, tal como já evidenciamos anteriormente. A transposição do “imaginário para o real” fica sempre marcada na mente dos alunos. Desta transposição ressaltam

sentimentos diversos, mas percebemos, pela nossa observação, que há em cada momento um certo deslumbramento com determinados aspectos que, noutros ensinamentos clínicos, já não emergem com a mesma intensidade. A confirmação da essência da enfermagem faz emergir algum deslumbramento – a vivência (enquanto experiência em si) é mais forte do que as aulas práticas ou as teorias sobre essa mesma essência.

A gravidez e o nascimento são também geradores de algumas fantasias e emoções e, neste caso, os alunos transportam para o contexto de ensino clínico muitas dessas emoções sobretudo ao observarem um trabalho de parto e o parto.

“Apesar de tudo, o momento do nascimento é, sem dúvida, o mais emocionante tanto para a parturiente, como para o companheiro, e para os profissionais de saúde. Para mim, foi o momento mais belo e comovente que tive durante todo o meu estágio. (...) O estabelecimento imediato da relação mãe/ recém-nascido e pai/recém-nascido é indescritível pois as palavras nestes momentos não têm qualquer significado.”
R_II_A_30

“O desenvolvimento do trabalho de parto é um momento excitante e gerador de ansiedade para a mulher, para a família, para o acompanhante e para mim mesma que vivenciei pela primeira vez uma experiência tão única e emocionante como é o nascimento de uma criança. São duras horas, que como pude experienciar podem ter uma evolução favorável, resultando num parto eutócico ou, pelo contrário, necessitarem de intervenção cirúrgica, cesariana. Felizmente tive a oportunidade de vivenciar ambas as experiências, que apesar de serem bastante gratificantes, a emoção que se gera em torno da mãe quando recebe o filho nos braços, tornando esse momento o mais marcante e inesquecível que levo deste estágio.” R_II_A_06

“Para mim foi especialmente marcante a percepção que tive da Enfermagem na sua dimensão mais humana. O contacto com os utentes/família, a relação constante de ajuda que se estabelece, quer entre os utentes e os profissionais, quer entre estes e nós, estagiários, confirmam a abordagem holística do indivíduo pretendida pela Enfermagem. Apesar de este ser um serviço onde as actividades desenvolvidas se tornam um pouco repetitivas, fiquei com a noção de que cada pessoa é encarada de forma individual, tornando cada caso único.

Esta possibilidade de aplicar na realidade hospitalar os conhecimentos teóricos adquiridos, foi a melhor forma de me consciencializar daquilo que é, verdadeiramente, a profissão de Enfermagem confirmando ser este o caminho que pretendo seguir.”
R_II_A_45

O contacto com a realidade sócio-cultural

Este contacto está sobretudo relacionado com o ensino clínico III, que decorre num contexto mais próximo dos utentes e famílias, nomeadamente quando se desenvolvem actividades em contexto domiciliário. Esta realidade, por vezes chocante, leva os alunos a reflectir sobre muitos aspectos que até então lhes pareciam muito distantes. O entrar na casa dos utentes, ver as condições em que muitas famílias vivem, as suas histórias de vida, faz despoletar neles sentimentos de impotência mas também de angústia pelos poucos recursos com que muitas famílias ainda hoje vivem.

“Numa consulta de saúde materna apareceu-me uma grávida com uma história de vida que me chocou bastante, essa história era uma realidade com a qual eu já estava a habituada a ver na televisão e nunca me tinha passado pela minha cabeça pudesse aparecer-me na minha frente uma pessoa com uma história desse género, esta situação serviu não só como um novo momento de aprendizagem mas também serviu para eu acordar para a realidade.” R_III_A_10

“Com a realização desta actividade pude observar de perto as condições habitacionais das pessoas, por vezes deparava-me com cenários de extrema pobreza e falta de condições mínimas para uma vida saudável, como foi o caso de um senhor que morava com a esposa, também acamada, e com mais seis pessoas numa casa com dois quartos e uma pequena cozinha habitada por inúmeras pulgas. Esta experiência fez-me reflectir no quão é importante os cuidados de saúde a utentes que não se podem deslocar até ao centro de saúde, os profissionais de saúde podem assim aliviar um pouco o sofrimento destas pessoas que muitas vezes são discriminadas pela sociedade e até mesmo pela própria família.” R_III_A_15

“A Visitação Domiciliária (VD), na qual tive oportunidade de passar no último dia de estágio, tornou-se importante na medida em que permitiu um contacto com a realidade em que vivem os utentes, uma realidade na maior parte das vezes precária e chocante. Esta passagem, apesar de muito curta, fortaleceu em mim a importância do papel do enfermeiro enquanto apoio, não só a nível clínico, como também a nível social e comunitário.” DAP_III_A_27

A morte

A maioria dos alunos teve oportunidade de deparar com a morte de um dos seus pacientes e esse acontecimento perturbou-os profundamente. Ajudou-os a reflectir sobre a sua vulnerabilidade, sobre a forma de contornar a ansiedade nesses momentos,

Compreenderam que ao conceito de vida está inerente o conceito de morte, daí a angústia e a impotência que se sente quando nada podemos fazer. Reflectindo em grupo sobre este “tema”, os mesmos referem que lidar com a morte foi simultaneamente a maior dificuldade mas também a maior aprendizagem, porque implica a capacidade de aceitação desse processo. Para além desses momentos de reflexão conjunta, a questão da morte emerge das narrativas como factor marcante percebido por alunos e por supervisores sobretudo a partir do ensino clínico IV porque é o primeiro em que os alunos colaboram na prestação de cuidados à pessoa em situação de doença mais ou menos grave.

“Durante este período houve uma situação que me marcou profundamente a morte. Tive dificuldade em lidar com a morte de um utente que esteve ao meu cuidado obrigando-me a ter que encarar algo que nunca tinha assistido e criar mecanismos de compensação/ e coping para a minha “defesa emocional”. Esta aquisição ocorreu também como resultado do apoio dado pelos meus colegas de estágio. Com eles encontrei a saída do turbilhão e panóplia de sentimentos gerados em mim. Acreditava que seria mais simples lidar com o “*terminus* da vida”... O lidar com a morte foi simultaneamente a maior dificuldade mas também a maior aprendizagem. Apesar de tentar consciencializar-me e preparar-me para enfrentar este desafio, ver o corpo do utente, imóvel fez com que as pequenas muralhas construídas se desmoronassem. No entanto, verificar que gerava em mim sentimentos como tristeza, vazio, impotência... permitiu conhecer-me um pouco melhor e do quão vulnerável posso ser. Após este confronto com, talvez, a mais dura das realidades tive a necessidade de me refugiar um pouco e exteriorizar tudo o que sentia naquele momento.” R_IV_A_19

“Destaco, de entre as novas situações de aprendizagem que vivenciei neste contexto, o facto, de logo na minha primeira semana de estágio ter deparado com uma das minhas pacientes mortas. Este foi um dos momentos que mais me marcou neste EC uma vez que nunca tinha visto nenhum morto/a. Lembro-me que a minha primeira reacção foi procurar sinais de morte evidente (procurei o pulso apical).” DAP_IV_A_37

“Eu falo assim numa situação que eu me estou a lembrar e que me custou bastante. Foi o lidar com a morte. Foi uma dificuldade assim de início que abalou um bocado. Eu costumo dizer que na altura eu não tive estratégias de coping para lutar com a situação. O senhor faleceu, fui eu que fui dar com ele morto e aquela coisa de estar ali sozinha com ele, não consegui. Depois prestei cuidados pós morte, juntamente com o meu orientador, mas foi sempre com aquele medo ... não sei se poderá dizer medo, mas com aquela ideia do sobrenatural que nós temos, e espíritos e fantasmas acho que é mais isso.” E_IV_A_22

Perante a morte os alunos referem um sentimento de perda mas evidencia-se já nesta fase (EC IV) uma maturidade que lhes permite entender esta vivência como factor importante para o seu crescimento pessoal, não só porque se percebe que, ultrapassados os momentos iniciais, conseguem com apoio “tocar o corpo”, superando as suas próprias expectativas, como pela forma como evidenciam nas suas reflexões a aceitação da morte.

“Hoje também tive uma verdadeira nova experiência que muito receava, a morte de um utente e a realização de múmia. Ao contrário das minhas expectativas, reagi muito melhor à situação. Tínhamos acabado de prestar os cuidados de higiene e realizados os pensos, quando de repente a utente tem inúmeros vômitos, falecendo de imediato. Inicialmente, não tinha me apercebido de que a utente tinha já mesmo falecido, e continuava a olhá-la como um corpo vivo, daí que talvez não tenho sentido aquela diferença e choque de tocar num corpo morto. Esta foi sem dúvida uma experiência que de certa forma fortaleceu-me, no sentido de confiar mais em mim própria e nas minhas capacidades, e por outro lado entristeceu-me, pelo sentimento de perda e saber que esta é uma situação com que irei lidar enumeras vezes no decorrer do exerço da minha futura profissão.” DAP_IV_A_39

“O Sr. M faleceu! Tudo está consumado! Aceitei com a serenidade que já me tocava durante o fim-de-semana quando muitas vezes me lembrava do Sr. M. Tinha a serenidade de que o último banho, os últimos pensos, o limpar da transpiração... as visitas e conversas junto do leito... tinham sido com dedicação de quem percebia que seriam poucos os dias de vida...” DAP_IV_A_25

Ainda sobre a morte enquanto experiência marcante queremos salientar a força que a mesma teve nas vivências dos alunos, deixando como nota: a alusão à morte como situação marcante é feita por 19 alunos em 46 documentos, 21 dos quais se referem ao ensino clínico IV. Destes 21 enumeramos: 7 relatórios, 12 diários de aprendizagem e 2 entrevistas (referentes a 17 alunos).

O sofrimento

Apesar das referências à percepção do sofrimento dos utentes em quase todos os ensinamentos clínicos, onde é mais vincado este aspecto como factor marcante para os alunos é sobretudo no Ensino Clínico V e VII- Cuidados Continuados, onde o contacto com o doente oncológico, em “fase aguda” ou em “fase terminal”, sobressaem relativamente a doentes com qualquer outra patologia. Sensibiliza-os a interrupção dos projectos de vida, tantas vezes presentes e manifestados pelos doentes, mas também a “dor oncológica” e a “degradação física” dos utentes, aspectos perante os quais se sentem impotentes.

“As experiências que mais me marcaram foram as situações de neoplasias em adultos, de meia-idade, plenamente activos. Antes do estágio, eu não tinha bem a percepção da forma como o cancro se manifestava tão precocemente na vida das pessoas, associava-o às pessoas mais velhas. Mas quando me deparei com pessoas relativamente novas, como o Sr. A, com planos para o futuro, quer a nível profissional, como pessoal e familiar, senti um enorme desconforto e alguma impotência, sem saber muito bem o que fazer nem o que dizer. A primeira vez que contactei com este senhor ele disse-me que estava com muito trabalho pois estava a estudar na Universidade e ao mesmo tempo a dar aulas. Ele levou para o hospital todo o material necessário para estudar. Ao ver este doente tão motivado para estudar, para ler, para escrever e para falar no seu futuro eu não sabia como agir, que atitudes tomar e como o apoiar.”

R_V_A_30

“Nos primeiros dias no serviço senti-me sensibilizada com a extrema debilidade de alguns doentes manifestada tanto por astenia como por diminuição da reacção aos estímulos. Este facto colidiu de certa maneira com o meu modo de ser bem-disposto através do qual tentava animar um pouco estas pessoas. Considero que mantive uma atitude de respeito, mas reconheci que, em certos casos, o silêncio era mais pertinente.”

R_VII_CC_A_25

“Por vezes, os enfermeiros sentem-se especialmente interpelados por determinadas situações, pelo que me era impossível ficar indiferente. Todas elas me marcaram de alguma forma, tanto positivamente pelo espírito de ajuda e amor que dedicavam os familiares ao seu ente, como negativamente pela falta de condições e abandono a que alguns estavam sujeitos. Por outro lado, foi muito difícil ficar indiferente a certas histórias de vida de utentes e família, dado que eram tantos infortúnios juntos que me fizeram reflectir bastante sobre a vida/morte. Foi muito árduo trabalhar e lidar com situações que implicaram tanto esforço emocional.

Ao cuidar de utentes paliativos este impacto e a exigência foram ainda maiores, dado que para além da promoção do bem-estar, havia que preparar o utente e os familiares para as etapas que poderiam ocorrer e prestar apoio familiar. Foi muito gratificante mas exigente.” R_VII_CC_A_24

Mas demonstram também a sua angústia pela ausência dos familiares nos últimos momentos de vida, ou pelo sofrimento dos mesmos perante a perda e o luto. Percebem nestes momentos a importância dos “pequenos grandes gestos”, que conferem a essência do cuidar.

“Sensibilizada por vários casos do serviço vou recordar um que entendo que reuniu em si “tudo a que tinha direito” em CP. Tratava-se de um jovem com longa história de luta pelo tratamento do seu tumor, contudo a situação manifestava-se irreversível e

imperava naquele momento a qualidade de vida dos últimos dias. Por manifestar dor insuportável foi submetido a um plano terapêutico analgésico restrito. O tratamento deste sintoma era prioritário. Paralelamente, desenvolviam-se as medidas não farmacológicas, como a massagem de conforto, contudo sortiam efeito relativo e temporário. A vigilância da situação era intensa, o que exigia disponibilidade e empenhamento do enfermeiro. No que respeita à família, tentei apoiá-la na expressão do seu “grito” de dor por sentir incapacidade em ajudar a pessoa que amava. Por vezes, estava certa de que bastava a linguagem silenciosa da presença, o toque simples. Este jovem faleceu. Teve uma “morte natural, mas não trivial”. Para ele e para a sua família, um tempo limitado foi um desafio que orientou os seus desejos. Para nós que cuidamos, também a finitude do tempo nos desafiou à competência profissional nos seus vários domínios, no humanismo, na dignidade de vida e de morte. Foi gratificante concretizar uma das suas últimas necessidades: ver o ambiente natural exterior! Por isso foi transportado de cama até um corredor envidraçado para ele pudesse olhar pró céu como ele queria. Isso são coisas incomparáveis.” R_VII_CC_A_25

Síntese - pessoa

Pela análise dos documentos e enquanto observadores reconhecemos a importância que o elemento “**pessoa**”, presente na teoria de desenvolvimento de Bronfenbrenner e Morris (1998), tem em todo o fenómeno em estudo. As suas características pessoais, embora de forma muito subtil, foram influenciando o seu desenvolvimento e simultaneamente sendo influenciadas pelo mesmo.

Observámos assim que os alunos estão em constante interacção com o meio, sendo por isso extremamente importante a “*atmosfera envolvente*” criada em cada ensino clínico. Neste meio (contexto) estão integradas outras pessoas com as quais os alunos estabelecem relações, donde ressalta a *relação supervisiva* que se estabeleceu e a *relação de apoio* sentida pelos alunos. Estas relações estabelecem-se porquanto os alunos vão desempenhando *diversos papéis* que, por sua vez, se encontram estreitamente interligados com as suas *características pessoais*. As situações marcantes emergem em alguns momentos (na observação do parto, mas sobretudo perante a morte e o sofrimento) e relacionam-se frequentemente com a (i)maturidade do próprio aluno e consequentemente com a sua capacidade de *diálogo com a situação*.

Consideramos ainda a relevância dos sentimentos vivenciados pelos alunos como aspectos importantes para o seu desenvolvimento, assim como as dificuldades sentidas ao longo de todo o percurso (analisadas em ponto anterior).

Procuramos, assim, na figura 36 ilustrar os aspectos relacionados com a Pessoa, que mais se evidenciaram nas narrativas.

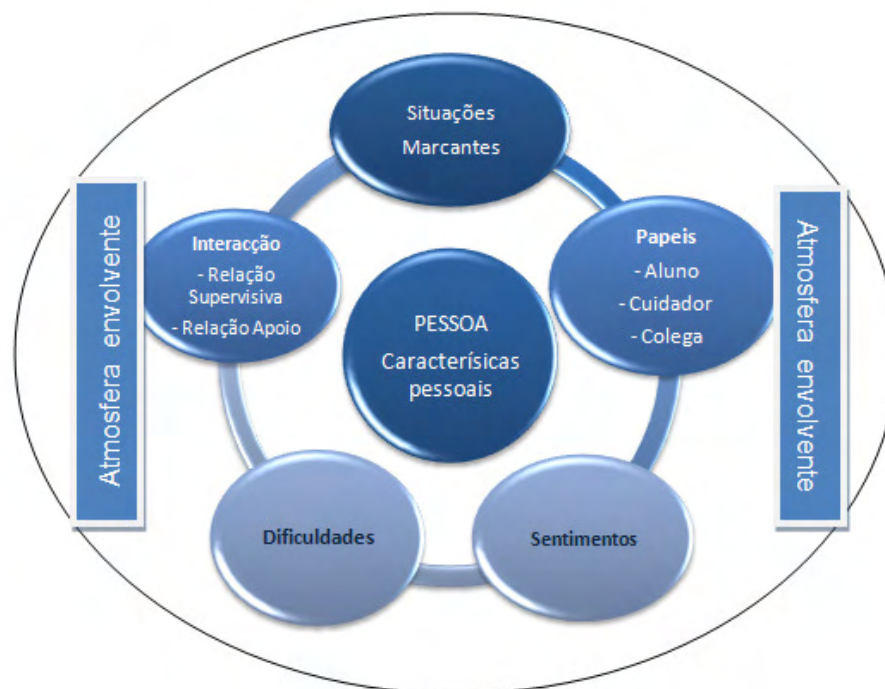


Figura 36 – Síntese dos elementos em análise relacionados com a pessoa.

2.2– O PROCESSO

O processo é, na perspectiva bioecológica, referenciado como elemento importante no desenvolvimento humano. Nesta perspectiva também nos ensinamentos clínicos este emerge como um elemento fundamental influenciando o desenvolvimento de competências dos alunos.

Neste âmbito a observação e análise do processo, revestem-se de alguma complexidade na medida em que o mesmo é o resultado da interação de pessoas que estão inscritas em determinado contexto. Assim incluímos na análise deste elemento, os **processos proximais**, onde abrangemos os aspectos relacionados com as actividades persistentes e efectivas de complexidade crescente, em que os alunos se envolvem e em que existe uma interactividade aluno/meio (actividades molares); as díades que se estabelecem entre alunos e supervisores, no contexto de realização das actividades; o **processo de supervisão e avaliação**, focando os aspectos relativos às actividades e estratégias utilizadas pelos supervisores no apoio, orientação e avaliação dos alunos durante o processo superviso e às dificuldades sentidas neste processo.

2.1.1 – Processos Proximais

No contexto de ensino clínico pressupõe-se que o aluno se vá envolvendo progressivamente em actividades que decorrem no serviço e que são as mais diversas, desde as que estão relacionadas directamente com a satisfação das necessidades humanas fundamentais dos utentes que se encontram alteradas e às quais é necessário dar resposta, até às actividades relacionadas com a educação para a saúde e a gestão da informação, entre outras.

Emergem assim dados integrados nas subcategorias “actividades” e interacção funcional”, das quais destacamos as **actividades molares, as díades observacionais e as díades de actividade conjunta.**

Entre as actividades e as díades existe, em nosso entender, uma inter-relação muito forte, pois que, na maior parte das situações, os alunos desenvolvem as suas actividades sob a supervisão de um enfermeiro, o que transforma desde logo este processo, não numa actividade isolada do aluno, mas numa díade observacional ou mesmo numa díade de actividade conjunta. Contudo, os alunos vão referenciando as actividades que vão desenvolvendo de forma mais ou menos isolada, e no modo como o fazem percebe-se o significado que lhe vão atribuindo como factor facilitador ou inibidor do seu desenvolvimento.

Actividades molares

Nas suas narrativas os alunos atribuem grande ênfase a actividades relacionadas com a vertente técnica dos cuidados, sobretudo nos primeiros ensinamentos clínicos nos quais, tal como já referenciamos em ponto anterior, se percebe uma certa “impaciência” por experienciar os procedimentos técnicos, ainda desligados do contexto global do cuidado à pessoa, mas evidenciando alguma reflexão sobre o seu processo de desenvolvimento.

“Durante esta semana efectuei a minha primeira colheita de sangue. Apesar do normal receio, a colheita correu muito bem, conseguindo efectuar a técnica quase na perfeição.” DAP_II_ANÓNIMO_01

“Nos dias seguintes já administrei vários injectáveis avaliados correctamente, o que me tem permitido já alguma autonomia neste procedimento.” DAP_III_A_25

“A especialidade do serviço em que estagiei, sobretudo voltado para as patologias do foro respiratório, permitiu-me desenvolver desde início procedimentos com nebulizações

e contactar com equipamentos relacionados com oxigenoterapia, como cânulas nasais, ventimask e máscaras de alto débito. (...) Como novas aprendizagens, tive a possibilidade de efectuar uma algaliação, precedida de uma desalgaliação, visto que a sonda vesical que tinha deixou de estar funcionante.” DAP_IV_A_06

“Neste dia efectuei a minha primeira algaliação, e devido ao meu nervosismo não efectuei essa técnica de forma totalmente correcta, fiquei baralhada só pelo simples facto de ter um campo estéril à minha frente, mas espero que com o decorrer do tempo e com a prática melhorar a minha prestação nesse procedimento.” DAP_IV_A_26

“Relativamente à competência técnica posso afirmar que foi o estágio que me proporcionou mais experiências nesta área. Considero que desenvolvi a destreza manual, pois o aparecimento de oportunidades para executar procedimentos técnicos é constante, mas também experienciar determinados procedimentos pela primeira vez, como são a entubação nasogástrica e a realização de enemas de limpeza.” R_VII_URG_A_46

Ainda relativamente a esta vertente dos cuidados é evidente nas narrativas a percepção dos alunos e supervisores sobre a importância da persistência e do crescendo de complexidade das actividades em que se envolvem e, por consequência, a necessidade presente de suplementar o seu desenvolvimento com a pesquisa e a reflexão, o que demonstra um sentido de responsabilidade com vista à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

“E depois no sentido de que foram contactando com determinado tipo de tarefas, diariamente e progressivamente, ou seja, foram executando, desenvolvendo competências diariamente e mais do que uma vez durante o turno, portanto, isso foi uma abrangência em termos do seu à vontade.

Quer queiramos, quer não, no sistema de repetição, portanto, permite esse desenvolvimento. Portanto, nesse aspecto de estarem a trabalhar num contexto real, depois associado à orientação da supervisora, da sua orientadora e dos restantes elementos da equipa, e depois a repetição da própria, da sua própria atitude, da sua própria tarefa, nesse contexto, e somando esses factores todos, de facto contribui, nesse contexto, para o desenvolvimento das competências dos alunos.” E_IV_S_06

“Assim, penso que é através da realização repetida e sucessiva dos procedimentos técnicos e sua consequente aprendizagem com a correcção e reflexão de erros cometidos, que se começa a alcançar maior habilidade neste campo, chegando à conclusão que estou ainda no início de um longo percurso direccionado para a conquista e aperfeiçoamento da minha destreza manual.” DAP_V_A_35

“Dada a complexidade inerente ao Serviço de Urgências, uma das actividades desenvolvidas que destaco, é a reflexão pessoal sobre as experiências vivenciadas e as dificuldades sentidas, que fui realizando no decorrer do estágio.” R_VII_URG_A_06

“De facto, este estágio proporcionou-me novas experiências e aprendizagens pela complexidade e especificidade deste serviço, onde o grande impacto proveio da tecnologia nele existente e da situação crítica dos doentes internados. Neste sentido, tive a necessidade de estabelecer prioridades na minha PC de forma a dar uma melhor resposta às necessidades do doente. Assim sendo, tive de desenvolver estratégias, como a reflexão da minha prática, elaborando mentalmente um plano de cuidados que permitisse uma resposta atempada e adequada às novas exigências com as quais me deparei. Actos aparentemente simples como a prestação de cuidados de higiene e conforto, constituíram importantes momentos que me permitiram desenvolver a capacidade de estar atenta a vários aspectos em simultâneo, como vigiar os parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos, tendo sempre em consideração o factor tempo (horário da medicação, da avaliação da diurese, substituição de seringas com aminas, etc.), especialmente em doentes hemodinamicamente instáveis em quem este tipo de procedimentos podem conduzir ao agravamento da sua situação clínica.”
R_VII_OPC_A_17

A não existência desta persistência da actividade foi referenciada como factor inibidor do desenvolvimento da destreza técnica, o que se verificou por falta de oportunidade, não só pelas características dos serviços como também pelo número de alunos em cada serviço, pelos quais eram distribuídas as oportunidades de execução de determinados procedimentos.

“Infelizmente, a grande parte dos procedimentos foram efectuados somente uma ou duas vezes, não permitindo a aquisição de uma grande destreza.” R_IV_A_14

Este facto, embora não sendo referenciado muitas vezes nas narrativas dos alunos, foi por nós observado diversas vezes e nas situações em que desenvolvemos o papel de docente orientadora essa era uma das estratégias utilizadas para a distribuição dos utentes pelos alunos, com o objectivo de, no grupo, existir alguma homogeneidade em termos de experiências técnicas. Quando as oportunidades de execução de determinado tipo de intervenção eram reduzidas (exemplo, algaliação, entubação nasogástrica), um dos alunos executava a intervenção, sendo os restantes elementos do grupo (desde que disponíveis) chamados a observar ou colaborar na execução da mesma tentando assim minorar a falta de oportunidades.

“Houve hoje oportunidade de prestar cuidados pré operatórios a uma utente que iria ser sujeita a uma intervenção cirúrgica. Como era uma utente com patologia ginecológica

(que não está no âmbito deste ensino clínico) sugeri à enfermeira responsável pela utente a possibilidade de ser uma aluna a efectuar esses mesmos cuidados, nomeadamente, a tricotomia, a algaliação e a cateterização da veia para colocação de soro, assim como os registos e o acompanhamento da utente ao Bloco Operatório. Como o momento o permitia, foi possível reunir mais dois alunos que, com o consentimento da utente puderam observar e colaborar nos cuidados a prestar. No final da manhã foi feita um curto momento de reflexão sobre a estratégia utilizada e sobre a qual os alunos referenciaram a sua importância, dado que todos tinham beneficiado da experiência embora dois deles estivessem apenas como colaboradores/observadores.”
OBS_II.

A transmissão da informação relevante para a compreensão da situação clínica de cada utente quer através de registos sistematizados da mesma (registos de enfermagem, em suporte de papel ou em suporte informático), quer a transmissão oral, nas passagens de turno ou em momentos menos formais, quer a informação disponibilizada aos utentes é evidenciada nas narrativas, de alunos e supervisores, como um aspecto importante na medida em que permite aos alunos o desenvolvimento da capacidade de sistematizar um conjunto de informação disponível de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem (formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções), assim como o desenvolvimento de capacidades de comunicação, de forma verbal e não verbal, de acordo com as características do utente e família e o contexto em que se encontram.

“Estimulámos os alunos a: realizar educação para a saúde, ensinamentos oportunos e pertinentes, realizando algumas vezes nós os mesmos para que o aluno observasse, treinar a escrita usando o bloco de notas para efectuar os registos e só depois realizar os mesmos na folha do processo “ notas evolução” e na linguagem verbal treinar a passagem de turno só para o orientador.” DAC_II_S_01

“O momento da passagem de turno foi muito importante para a minha aprendizagem, aprendi muito com o conhecimento e experiências das enfermeiras. Quando fiz a minha primeira passagem de turno acho que fiquei muito corada a ver todos a olhar para mim. Mas, os nervos passaram-me assim que comecei a falar e já na próxima passagem de turno senti-me muito à vontade.” DAP_II_A_16

“Acho que os meus registos ... se formos ver em termos do início até ao fim, mudaram muito. Acabaram por ser muito mais pequenos e muito mais concisos. Em termos de passagens de turno também. Porque as passagens de turno acabavam por reflectir os registos que eu fazia.” E_IV_A_37

“5.ª SEMANA - Mantém boa evolução na colheita de dados, registos de evolução assim como na transmissão de informação pertinente na passagem de turno, mais autónomos.” DAC_V_S_07

“No final desta semana cada uma de nós tinha a seu cargo oito doentes, facto que nos permitia efectuar ainda mais procedimentos, e também constituía uma situação de aprendizagem, pois tínhamos mais doentes para “passar” na passagem de turno, já que as passagens de turno constituíam um momento de grande aprendizagem e de grande desenvolvimento pessoal, porque além de me permitirem o conhecimento sobre todos os casos clínicos daquele serviço, também, o facto de “passar os meus doentes” concedia-me a aquisição, progressiva, de um maior à-vontade para comunicar com outras pessoas.” DAP_V_A_26

A educação para a saúde inerente à maioria das situações de cuidar foi igualmente referenciada como aspecto importante do desenvolvimento das competências na medida em que implica a mobilização de conhecimentos, a sua transposição para o contexto específico e uma responsabilização sobre a informação a dar aos utentes.

“Uma das coisas que me deu mais prazer fazer foram os ensinamentos porque senti um grande à-vontade em comunicar com as utentes, o que me impressionou muito porque antes de estagiar quando pensava em fazer ensinamentos a uma utente pensava que iria gaguejar muito e corar. Assim, apercebi-me que ao nível da comunicação interpessoal tinha evoluído e muito.” DAP_II_A_16

“Assim, nas consultas de Saúde Infantil. Saúde Materna e Planeamento Familiar tive oportunidade de pôr em prática os meus conhecimentos teóricos, através da colheita de dados, da comunicação e dos ensinamentos realizados.” DAP_III_A_27

“Durante esta semana, juntamente com o meu grupo, desenvolvi uma sessão de educação para a saúde direccionada às futuras mães acerca das principais dúvidas sentidas nos primeiros 6 meses após o parto. Foi uma experiência positiva uma vez que a participação das utentes foi bastante activa, o que me permitiu um aprofundamento de conhecimentos nessa área. Saliento ainda a importância de saber adaptar a comunicação e os ensinamentos a cada indivíduo, consoante a sua história e experiência de vida.” DAP_III_A_27

Actividades em contexto real *versus* actividade em laboratório é um tópico que emerge nas narrativas como aspecto importante para o desenvolvimento dos alunos, não só porque no laboratório o contacto é feito com um objecto inanimado, mas também porque a metodologia de ensino aprendizagem utilizada no laboratório é muito baseada na execução de procedimentos “desligados do todo”, ou seja, há o treina-se a execução

de uma técnica, por exemplo algáliação, sem lhe estar associada uma pessoa com determinadas necessidades. A realização das actividades em contexto de prática clínica revela-se assim um aspecto muito importante do desenvolvimento, que não seria possível alcançar se a formação não detivesse esta componente.

“Sendo assim se o desenvolvimento de competências fosse realizado apenas em laboratório não se faria da mesma forma. Não porque ... o que fazem é as técnicas em situações e objectos inanimados. O objecto não comunica com o aluno, portanto, é uma situação, digamos que, virtual e portanto nesse contexto em termos da atitude relativamente à humanização, àquilo que se diz de humanização, esse contexto não é privilegiado numa situação de laboratório, penso que não. Que é impossível competir com isso, que não em situação real.” E_IV_S_06

“É assim, quando nós desenvolvemos tarefas em contexto de laboratório, mesmo, por mais vezes que as desempenhemos nesse contexto, sempre que vimos para a prática, nunca sentimos que é a mesma coisa. Por mais preparados que estejamos a fazer um procedimento num boneco, quando nos defrontamos com uma pessoa num contexto real sentimos sempre que há qualquer coisa de diferente. Estamos mais nervosos. Estamos mais ansiosos. Às vezes até esquecemos a ordem das coisas. O facto de desempenhar as tarefas em contexto real contribui imenso para o nosso desenvolvimento. O facto de termos que lidar com a pessoa, de a acalmar, de explicar o que estamos a fazer e ela compreender o que estamos a dizer, ou não. Isso é o que contribui realmente para o nosso desenvolvimento.” E_V_A_32

É evidente o reconhecimento destas actividades como promotoras do desenvolvimento de todas as dimensões da competência pelo que, ao longo das narrativas, encontramos inúmeras vezes referências às actividades realizadas de uma forma mais global, nas diferentes dimensões, sendo esta referência frequentemente acompanhada de uma reflexão sobre a acção desenvolvida.

“O facto de ter ficado responsável pela prestação de cuidados de enfermagem a determinadas puérperas fragilizadas pelo cansaço do trabalho de parto e seus recém nascidos tomou-se extremamente importante no meu processo formativo. (...) Neste serviço tive oportunidade de executar variadas intervenções de enfermagem tais como: a administração da terapêutica necessária, a avaliação de sinais vitais, os cuidados de higiene vulvo-perineais, a execução dos cuidados de higiene e desinfecção do coto umbilical no recém-nascido e de ensinamentos oportunos. Ao efectuar os respectivos ensinamentos pude contribuir na educação para a saúde e aprender a comunicar de forma assertiva e ajustada mediante as "características" de cada senhora e superar a dificuldade em comunicar com o outro.

A elaboração de registos permitiu-me o aperfeiçoamento dos mesmos, o que me tomou mais motivada e confiante em relação às minhas competências a este nível.

Contudo e felizmente, pude prestar cuidados de enfermagem imediatos ao recém-nascido, adequando os conhecimentos adquiridos à prática e aperfeiçoar a minha capacidade comunicacional.” DAP_II_ANÓNIMO_05

“Ao longo deste estágio clínico tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem autónomos, colaborativos e interdependentes, que me possibilitaram o consolidar de conhecimentos já existentes bem como o fomentar de novas situações de aprendizagem. (...) O pôr em prática todo este processo de enfermagem permitiu-me saber estabelecer prioridades na prática do cuidar, tendo em conta as, necessidades humanas fundamentais que estavam afectadas num determinado momento, num dado doente. Considero que o facto de ter ficado responsável por quatro doentes diferentes com patologias diversas, ao mesmo tempo, foi algo, além de muito gratificante, muito importante para mim, possibilitando-me a aquisições de novos conhecimentos e de uma maior destreza cognitiva para saber gerir no tempo a planificação as minhas intervenções.” DAP_IV_A_11

A reflexão enquanto actividade emerge nas narrativas como condição para *ir mais além*, ou seja como estratégia utilizada para ultrapassar dificuldades, pois permite a identificação das mesmas e o diálogo consigo próprio, no sentido de encontrar resposta para essas mesmas dificuldades. Identificamos diversas vezes a referência à reflexão como algo que está inerente ao currículo escolar, ou seja, os alunos sentem que há algo implícito no mesmo que os leva a reflectir sobre as suas práticas, de forma espontânea, como “instrumento” subjacente ao seu processo de desenvolvimento e à autoavaliação, sobretudo a que está inerente ao relatório reflexivo de cada ensino clínico.

“Eu penso que estou muito habituada a usar a reflexão, até por os princípios da escola em que estamos, é-nos muito inculcada essa ideia. E acho que é uma boa atitude que nós temos, porque nos ajuda muito no nosso desenvolvimento. É, porque tomamos consciência daquilo que fazemos e perspectivamos estratégias para fazer melhor ou doutra forma e acho que, pronto, como a nossa escola também tem muito esse hábito eu tenho adoptado muito.” E_IV_A_22

“Ao longo da elaboração deste Relatório Reflexivo, procurei reflectir um pouco sobre as experiências e vivências que me marcaram durante o presente estágio.

Esta prática reflexiva obrigou-me a parar, a sair da minha rotina, a pensar sobre aquilo que fiz e senti e a analisar o meu comportamento e as minhas atitudes, levando-me a ser “melhor” profissional no Cuidar em Enfermagem.” R_VI_PED_A_11

“Não menos importante, a reflexão diária sobre as acções desenvolvidas, sua importância a nível das diferentes dimensões, foi uma das actividades realizadas ao longo da minha, Prática Clínica permitindo-me integrar de melhor forma a metodologia de trabalho em equipa na UCIN.” R_VI_PED_A_07

“Ao longo desta Prática Clínica procurei desenvolver ainda mais a capacidade de reflectir, uma vez que, sendo um esforço de autocritica e aperfeiçoamento permanente, permite desfazer-me tanto das dúvidas quanto das falsas representações que eu possa possuir.” R_VII_CC_A_26

A pesquisa efectuada pelos alunos com vista a compreender a realidade e a sustentar as suas intervenções em contexto de ensino clínico é referenciada como actividade importante do processo. As intervenções a realizar, pelos alunos, em cada momento pressupõem a transposição dos conhecimentos teóricos para o contexto real, (agir com pertinência) o que nem sempre ocorre com facilidade e desencadeia, nos alunos a necessidade permanente de recorrerem à pesquisa como forma de ultrapassarem as dificuldades ou melhorarem alguns aspectos do seu desempenho, tornando-se assim como factor facilitador do seu desenvolvimento. Mas a mesma pesquisa é, por vezes, referenciada como uma sobrecarga adicional ao período em que têm que permanecer nos serviços, sobretudo quando acrescido às actividades diárias do serviço está a realização de trabalhos (mais académicos) solicitados pelos docentes orientadores ou pela própria equipa do serviço.

“Ainda em relação aos novos conhecimentos adquiridos, que foram em grande quantidade, e todos os dias senti que estava a contactar com novas realidades e situações que exigiam elevada atenção e ainda um estudo desenvolvido em casa que me permitisse fundamentar conhecimentos derivados da prática, assim como consolidá-los, como exemplo, o estudo sobre outras patologias que não foram abordadas na teórica.” R_IV_A_08

“De início a medicação era uma incógnita, estava constantemente a pesquisar sobre a medicação, não só em casa como também no serviço. Foi nesta pesquisa em casa, não só sobre a medicação mas também sobre os vários aspectos da patologia, que muito contribuiu para minha aprendizagem.” DAP_IV_ANÓNIMO_FEMI_02

“Houve trabalhos que foram benéficos. Mas houve, principalmente em pediatria acho que houve uma sobrecarga de trabalhos, julgo que uma pessoa faz as suas pesquisas diárias, nesta altura do curso já deve ser assim e estar a incentiva-los a fazer muitos trabalhos julgo que não é benéfico porque vai ocupar o estagiário a fazer pesquisa só

para aquele trabalho, a dedicar-se muitas horas aquele trabalho e não incentiva a fazer pesquisas por ele próprio, pela sua autonomia.” E_VI_A_07

As Díades

O contexto de ensino clínico é, como se pressupõe, um contexto de aprendizagem e de aproximação à prática profissional em todas as suas dimensões. Neste âmbito o papel de aluno está condicionado a um processo de supervisão durante a realização de qualquer actividade. Contudo, esta supervisão vai evoluindo de permanente, passando por uma supervisão apenas em situações de maior complexidade e culminando numa supervisão pontual ou apenas confirmativa. Assim, as actividades desenvolvidas pelos alunos vão evoluindo da observação, à colaboração na execução e à execução com supervisão confirmativa, pelo que, para isso, se constituem entre alunos e supervisores díades que, de acordo com a perspectiva bioecológica também podem evoluir no decurso de cada ensino clínico, transformando-se as díades observacionais em díades primárias.

A díade observacional ocorre maioritariamente no início de cada ensino clínico, no período em que os alunos tentam apropriar-se das metodologias de trabalho das respectivas equipas e em que os elementos das equipas demonstram empenho na promoção do desenvolvimento do aluno.

“No início deste estágio, poucas tarefas desempenhei, foi mais à base da observação, de forma a ajudar a minha adaptação a cada serviço. Esta adaptação baseou-se, especialmente na análise e observação do maior número de processos, de forma a perceber o método de escrita de cada serviço. Observei a prestação de cuidados específicos à grávida/parturiente/puérpera e feto/recém-nascido.” R_II_A_35

“Como estes alunos ainda estão no 2º ano, mas já adquiriram conteúdos que lhes permitem terem algum sentido crítico sobre as práticas, eles observam-nos bastante. Gostam de ver como agimos, as técnicas que utilizamos, e já conseguem identificar e questionar algumas distrações que possamos ter.” DAC_III_S_20

“Eu penso que a minha estratégia para ultrapassar dificuldades é observar, é estar atento àqueles que são profissionais, àqueles que lidam diariamente com aquilo que fazem e que andaram de certo modo a adequar as estratégias deles a nós.” E_III_A_14

“Durante os primeiros dias de estágio, procurei exercer uma observação participada para me inteirar não só da organização do serviço mas também para me aperceber de toda a dinâmica e metodologia utilizada na prestação de cuidados.” DAP_VII_CC_A_11

À medida que vai decorrendo cada ensino clínico e que se vai estabelecendo a relação entre alunos e profissionais da equipa, vão-se formando as *díades de actividade conjunta*, as quais são referenciadas nas narrativas como muito importantes para o desenvolvimento das competências.

“Ao longo desta semana tive ocasião de executar várias intervenções de enfermagem, nomeadamente colocar soros e administrar terapêutica endovenosa, colher sangue para análise assim como preparei medicação. Em todas estas acções, tive a colaboração de uma enfermeira.” DAP_II_A_11

“Na verdade, e perante uma fase inicial em que a minha acção passava muito por uma cooperação muito assistida, nesta semana foi-me já possível trabalhar em colaboração com os diferentes profissionais de enfermagem que acompanhava.” DAP_V_A_02

“A cada aluno foi-lhes distribuído sob responsabilidades três doentes para prestação de cuidados de enfermagem, numa perspectiva holística. Isto aconteceu com a proximidade do tutor que esteve sempre atento ao aluno e ao modo como planeou os cuidados, os colocou em prática e os avaliou.” DAC_VII_CC_S_21

“Em parceria com a tutora realizava os cuidados de higiene e conforto no leito. Este momento revestia-se de enorme importância, sobretudo pela avaliação mais precisa do estado do doente: avaliação da resposta ocular, verbal e motora, e classificação de acordo com a escala de Glasgow.” R_VII OPC_A_25

Conseguimos ainda identificar dentro destes processos diádicos a *reciprocidade*, o *equilíbrio de poder* e a *relação afectiva* que se estabeleceu entre alunos e enfermeiros.

“A última fase ou fase de autonomia é, como o próprio nome indica, uma etapa em que as alunas foram tendo uma independência gradual em relação ao supervisor, em que as capacidades de distanciamento crítico e analítico vão aumentando até a um elevado nível de desenvolvimento de competências individuais. Houve um efeito de zoom em que o supervisor observa, aproximando-se ou afastando-se das situações, consoante as necessidades. Existiu uma maior partilha na relação supervisiva em que o supervisor é mais companheiro do dia-a-dia do que uma figura de retórica.” DAC_V_S_25

“A organização da informação e o seu registo ficou à minha responsabilidade. Porque as outras enfermeiras assumiram o trabalho, pude sentar-me a seleccionar a informação pertinente, bem como a reflectir acerca da mesma baseada nas folhas orientadoras que nos foram disponibilizadas na recepção.

O interesse e disponibilidade de outra enfermeira fez com que fosse intervindo no meu trabalho e a minha reflexão também foi em conjunto, o que considero mais proveitosa, para além de proporcionar reflectir acerca da realidade da prática que por vezes difere

das orientações teóricas e, assim, leva ao questionamento do sentido do que é aprendido em contexto académico e da opinião relacionada dos profissionais.”

DAP_VI_PED_A_25

“Mas a relação que estabeleci com ela foi profissional (...) Ela é minha orientadora, eu só aluna dela e foi por aí que nos guiamos. (...) Acho que nunca ultrapassamos essa relação, porque mantivemos sempre aquele nível, embora depois lá mais pró meio, se calhar, depois daquela conversa de ela me chamar a atenção, se calhar quando eu consegui ter outra à-vontade, sentir-me com outra à-vontade no trabalho, por exemplo, um dos incentivos dela foi para que eu começasse a gerir o nosso dia de trabalho, ou seja, já não era ela a orientar, mas era eu para me desenvolver e porque nós trabalhávamos sempre as duas em parceria, de que fosse eu a ditar, a sugerir a ter a iniciativa, isso era bom. Isso, isso fez com que, com que ela quebrasse um bocadinho e gerou ali um, um bocadinho mais daquele quebrar de imposição de tutora. Há como uma igualdade sim. Quando ela me desafiou...

Nesse desafio, de que eu tomasse mais a iniciativa do planeamento do nosso dia portanto, que era ela a tentar transferir para mim, a minha organização toda, como se eu fosse autónoma, ter de gerir todas as intervenções. Era no sentido de eu me desenvolver. De eu ser capaz por mim. Só que isso depois transferia-se para ela, portanto eu dizia-lhe, a quem é vamos dar banho primeiro, vamos aquele senhor porque tem de ir assim, assim. Mas aquele ainda está a dormir, mas aquele está com dor. Aquele tem que tomar a terapêutica antes dos cuidados de higiene. Agora temos que ir comer. Toda essa dinâmica conduziu-nos aqui a uma igualdade. Quebrou-se mais aquele, aquele peso que existia entre nós. Aqui foi melhor sim. Embora acho que estivéssemos naquele nível, mas sim, nos últimos tempos passou mais para aquele sentido de que foi o conhecermos melhor. Eu já percebi que o teu jeito é esse. Ela percebeu que o meu modo de ser também era este e que tinha lá as minhas características...” E_VII_CC_A_25

“Durante todo o processo supervisivo o relacionamento mútuo foi realizado nas perspectivas afectivas, emocionais, cognitivas e relacionais.” DAC_V_S_13

2.2.2 – Processo de Supervisão e Avaliação

A supervisão dos alunos em contexto de ensino clínico é um dos factores referenciados como influenciadores do seu desenvolvimento. As **estratégias de supervisão** utilizadas pelos diferentes supervisores clínicos pressupõe o estabelecimento de uma **relação supervisiva** que, associada à **atmosfera envolvente**, pode ser promotora de sentimentos de auto-estima, (in)segurança, confiança, que têm

consequências em todo o processo, sabendo-se, contudo que também poderá ter efeitos nefastos.

Do mesmo modo a **avaliação** feita no decurso do estágio (formativa e sumativa), para dar feedback aos alunos sobre o seu processo de desenvolvimento, pode ser geradora de confiança e entusiasmo ou de stress e sentimentos de (in)justiça.

Contudo este processo de supervisão é vivenciado por alunos e superiores com alguma “intensidade”, resultante da (falta de) **preparação para a tarefa**, do modelo de acompanhamento protocolado entre instituições (exosistema), do **período do ano** em que decorre o ensino clínico e das **características dos serviços**.

Estratégias de supervisão

Decorrente da diversidade dos ensinos clínicos e, logicamente, da diversidade de supervisores envolvidos no processo de acompanhamento deste grupo de alunos emergiram das narrativas múltiplas estratégias de supervisão resultantes não só do ensino clínico em questão, como da preparação para a tarefa dos diversos supervisores ou mesmo das características do serviço. Encontramos assim um vasto leque de estratégias que são referenciadas na maioria dos ensinos clínicos, o que de algum modo pode ser entendido como a apropriação que os supervisores clínicos fizeram da filosofia da ESSUA (dinamização das equipas), nomeadamente no que se refere às dinâmicas de supervisão propostas e que entendemos serem facilitadoras do processo de desenvolvimento de competências dos alunos.

O conhecimento das características do grupo é um elemento importante para a definição de estratégias de supervisão, não só do grupo em geral como de cada elemento individualmente. Este conhecimento mais individual, para além de promover a relação supervisiva, leva o aluno a conhecer melhor as suas capacidades e a ultrapassar as dificuldades, muitas vezes resultantes das suas características individuais (Recursos bioecológicos, características de demanda ou disposições). Deste conhecimento resultam estratégias tais como discutir as dificuldades em grupo, avaliar continuamente o processo de desenvolvimento do aluno, co-responsabilizar o aluno pelo seu desenvolvimento, dar um apoio efectivo mais personalizado sempre que se verifique necessidade, proporcionar oportunidades individualmente compreendendo o “ritmo de cada aluno”

“Perante uma aluna mais inibida levá-la a falar com o grupo e explicar-lhe que apesar da sua dificuldade ter sido diagnosticada também se verificou que o seu nível de conhecimentos era igual aos das outras o que na prática não era inferior a nada levando-a a reconhecer a importância que teria em investir mais no desenvolvimento dessa competência. Pareceu-me uma conversa interessante com repercussões imediatas.” DAC_II_S_02

“Outras estratégias ... são realmente o fazer reflectir, ou responsabilizar e co-responsabilizar o aluno em todo o processo de aprendizagem, nomeadamente no estudo que tem que fazer em casa, no que tem que construir e investir a nível de estágio. E depois formas particulares e estratégias relativamente a algumas dificuldades. Posso, por exemplo, exemplificar ... havia uma aluna que sentia que tinha, que precisava de muito mais tempo para realizar as tarefas. Era muito mais lenta, não tinha a mesma capacidade de resposta que todo o grupo. Foi estimulada a, antecipadamente, organizar-se e começar a fazer e a realizar portanto essas actividades um pouco mais cedo que o resto do grupo. E sempre que precisava de ajuda solicitar ao elemento que estivesse mais disponível, mais livre, do grupo de estágio para a ajudar, portanto, a colmatar essa dificuldade. Foi um crescimento que aluna foi fazendo, progressivo.” E_IV_S_08

“As estratégias ... Acima de tudo eu procuro respeitar a diferença de cada aluno. Eles realmente são um grupo. Vêm todos com objectivos que estão predefinidos, mas todos eles têm características diferentes, tem competências e graus de desenvolvimento dessas competências diferentes. Particularmente as estratégias que eu usei, no fundo, foi tentar trabalhar com cada aluno, co-responsabiliza-lo em todo esse processo, porque também é uma forma de o próprio aluno me orientar na forma como eu o vou orientar.” E_IV_S_22

Do conhecimento do grupo emergem oportunidades de dinamizar o espírito de grupo, fomentando a entreaajuda como forma de potenciar as capacidades de cada aluno individualmente e do grupo através da reflexão, da colaboração nas actividades e da realização de “trabalhos” em grupo (pesquisa, educação para a saúde, planeamento de actividades, entre outros)

“A estratégia usada para ultrapassar esta dificuldade baseou-se no estímulo ao espírito de grupo e realização de reuniões no final de turno. Incentivar a autonomia do grupo tentando que organizassem plano trabalho para o turno. Progressivamente fomos trabalhando para a formação do líder no turno que se conseguiu desenvolver melhor na Obstetrícia B.

Ainda neste âmbito foram sendo solicitados pequenos trabalhos escritos dirigidos as dificuldades apresentadas por alguns alunos ou pedidos pela unidade o que reforçou o espírito de grupo contribuindo para incremento da autonomia pelo conhecimento.” DAC_II_S_01

A reflexão sobre as práticas (reflexão sobre a acção) foi outra estratégia supervisiva que aparece referida inúmeras vezes, sendo a mesma proposta em situações

diversas, mas contribuindo sempre para a melhoria do desempenho dos alunos. Estes momentos de reflexão, na maioria das vezes, eram individuais e informais e decorriam de um acontecimento (uma actividade a realizar, ou realizada; uma dificuldade manifestada) tentando levar o aluno a encontrar a resposta para as suas dúvidas ou a definir estratégias para ultrapassar as suas dificuldades. Contudo, foram também utilizados momentos de reflexão em grupo com carácter mais formal, como forma de avaliar as dificuldades do grupo, sistematizar procedimentos e reorganizar estratégias para atingir os objectivos propostos para o ensino clínico.

“A supervisora desta unidade também me apoiou bastante, esclareceu algumas das dúvidas que foram surgindo. Os diálogos que estabelecemos com a supervisora foram muito importantes pois esta em vez de nos responder directamente às questões que lhe eram colocadas ela procurava que fôssemos nós a responder a essas mesmas questões, conduzindo assim a novas situações de aprendizagem e proporcionando-nos uma reflexão.” DAP_II_ANÓNIMO_03

“A reflexão como estratégia de aprendizagem também resultou. Os alunos foram sempre incentivados a ter uma atitude de autocrítica, de reflexão sobre a sua actuação diária, por forma a meditarem se de facto foi a atitude correcta que tiveram, se pode ser melhorada ou não, e por é que deve ser melhorada. Portanto, essa reflexão, essa necessidade de reflexão sobre a acção foi-lhes inculcada e de facto fiquei com a percepção de que os alunos no final do estágio estarão atentos a esses pormenores em futuros estágios.” E_IV_S_06

“Eu penso que pelo menos neste estágio a reflexão esteve presente em mim como tutora, e com a aluna que estive responsável. Foi precisamente por a aluna ter capacidade para fazer uma reflexão crítica sobre seu processo de aprendizagem que se pode melhorar o seu desempenho ao longo depois do restante estágio.” E_VII OPC_S_23 e E_VII OPC_S_24

Em algumas situações é solicitado aos alunos que façam reflexões escritas sobre o seu desenvolvimento (reflexão sobre a acção ou sobre a reflexão na acção), nomeadamente nos relatórios finais de cada ensino clínico ou em momentos menos formais, levando os alunos a confrontarem-se com a realidade vivida o que, conseqüentemente, vai levar os alunos a (re)pensar as suas práticas e promover o seu desenvolvimento.

“A minha orientadora pediu-nos, a mim e à minha colega, uma pequena reflexão individual sobre o período de estágio que já tinha decorrido. Com a leitura desses trabalhos, a minha orientadora notou sentimentos de insegurança e de algum receio, por isso, reuniu-se connosco e esclareceu alguns aspectos sobre o método de orientação e

avaliação. De certa forma, fiquei mais tranquila porque fiquei a saber mais ou menos como é que vão decorrer as coisas.” DAP_VII_CC_A_30

O apoio inicial no planeamento e execução das actividades passa muitas vezes por uma exemplificação dos mesmos, para que os alunos compreendam o seu enquadramento no contexto de prática clínica e se sintam mais desinibidos para a sua realização. Com o mesmo objectivo a experimentação em contexto de sala de trabalho é também referenciada como factor importante para a promoção de um melhor manuseamento de materiais e para um maior sucesso na execução real do procedimento. O incentivo à execução de rascunho dos registos de enfermagem, assim como do plano de cuidados, para discussão e correcção dos mesmos antes da sua passagem para o processo clínico do utente é uma estratégia utilizada com muita frequência e narrada como promotora do desenvolvimento de competências dos alunos.

“A exemplificação foi talvez a estratégia inicialmente mais utilizada para os ajudar. Mais tarde, pela progressão na aprendizagem, o reforço da sua auto-confiança em que a exemplificação muitas vezes serviu como demonstrativo de que o aluno já sabia o procedimento.” E_II_S_01

“Treinar a escrita usando o bloco de notas para efectuar os registos e só depois realizar os mesmos na folha do processo “ notas evolução” e na linguagem verbal treinar a passagem de turno só para o orientador. Solucionar duvidas através da pesquisa bibliográfica tendo os alunos realizado pequenos trabalhos escritos sobre dificuldades que apresentaram.” DAC_II_S_01

“Bom, nós tentávamos escolher, dentro das equipas que estavam a funcionar e dentro das tarefas, digamos assim, das actividades que se estavam a desenvolver em determinados períodos, tentámos orientá-las sempre para essas equipas. Depois relativamente àquilo que elas faziam, muitas vezes, algumas vezes, nos aspectos em que havia mais insegurança, aquilo que eu tentava fazer era: primeiro exemplificava. Portanto, estou a falar do ensino, eu fazia ensino à grávida e depois o segundo ensino, eram elas a fazer. Pronto, era uma das formas de se sentirem mais à vontade e de saberem mais ou menos quais eram os pontos mais importantes que se deviam focar.” E_III_S_04

“Durante esta semana, dado o desconhecimento da metodologia de trabalho da equipa, dada a ausência da nossa enfermeira orientadora (permanece apenas por alguns períodos) e também devido à ausência de responsabilidades atribuídas senti-me um pouco perdida. (...) Este método de acompanhamento é novo para mim porque nos estágios anteriores tinha sempre a enfermeira orientadora presente no serviço, a quem

eu mostrava os registos, os planos de cuidados e a quem questionava sempre quando tinha alguma dúvida.” DAP_VI_PED_A_30

O questionamento é uma das estratégias referenciadas nas narrativas como forma de fomentar o espírito crítico reflexivo dos alunos evitando assim a “imitação” ou a reprodução de técnicas destituídas de sentido. Este questionamento pode ser bilateral, ou seja, por um lado o supervisor assume-o como forma de incentivar os alunos a desenvolver um raciocínio crítico e, por outro, incentiva os alunos a questionar sempre que sintam dificuldades, sem se sentirem retraídos pela avaliação, promovendo um espírito de interajuda entre os alunos e todos os profissionais.

“A minha estratégia foi sempre falar com elas e levá-las a serem elas a dizer. Questioná-las sobre... quando via que não estavam a prepara bem um medicamento questionava-as, quando os registos não estavam muito bem-feitos, questionava-as, levava-as a serem elas a dizer como é que se fazia. Nunca dizer-lhe como é que era, leva-las a pesquisarem em casa, a ver como é que se fazia. Nunca dizer-lhe directamente como é que era.” E_II_S_02

“Para ultrapassar essas dificuldades ia questionando também muitas vezes os profissionais do serviço. Falei muitas vezes, andei muitas vezes em grupo com a Catarina, com a minha colega de estágio. (...) Aos docentes nunca recorri. Mas aos profissionais muitas vezes. Às vezes estudava em casa e depois chegava ao serviço ainda tinha alguma dúvida e perguntava e eles respondiam-me sempre. Ou às vezes diziam-me “vai estudar isso outra vez para casa!”. Aconteceu ... aconteceu pelo menos uma vez que eu me lembro, e lá teve que ser, lá tive que ir investigar outra vez.” E_IV_A_37

“Das patologias identificadas desconhecia uma, um Chalezion, por isso, tive de questionar a enfermeira a fim de me esclarecer no momento, procurando em casa mais informação em livros da especialidade.” DAP_VI_PED_A_25

“A evolução que o aluno ostentou, apresentando-se num nível elevado, no qual através do questionamento e do avaliar de novas situações foi verificada, a facilidade na realização de vasto número de procedimentos com segurança e com conhecimento do porquê fazer assim.” DAC_VII_OPC_S_17

A motivação dos alunos é, na maioria dos casos, intrínseca e já foi analisada em ponto anterior (características da pessoa); contudo diversos supervisores utilizaram a mesma como estratégia supervisiva levando os alunos a superar as dificuldades sentidas e a atingir uma autonomia dentro do seu papel de aluno. Esta motivação externa torna-se

necessária sobretudo nos alunos que demonstram mais dificuldades durante o ensino clínico ou alunos com características específicas em que este apoio dos supervisores é essencial para o seu desenvolvimento.

“Eu queria só salientar a motivação que é dada pela, não só da parte do alunos, mas a motivação que é dada pela supervisora do estágio, nomeadamente a Cláudia, porque ela trabalha, está muito em contacto com os alunos e ela própria os motiva nas suas dificuldades. E orienta de uma forma muito particular. E por isso também essa motivação é não só do aluno, mas também do supervisor do estágio, que consegue orientar um aluno para atingir vários estádios de desenvolvimento. É verdade. Não podemos ser ... É que nós temos a percepção de que nem todos de factos são bons alunos. Uns são melhores outros são menos bons. Não são piores. E esses nós temos um bocado mais de investimento, se calhar. Devemos ter em todos, mas ... esses são os alunos que nos preocupam mais. E de facto a Cláudia, dá-lhe uma particular atenção.” E_IV_S_08 e E_IV_S_22

“Motivar os alunos para a importância dos princípios científicos na execução dos seus cuidados; Estratégias: sensibilizar os alunos para a sua importância; confrontá-los com a importância de agir fundamentadamente de forma a alcançar a Autonomia e a Confiança. Atenuar o desajuste entre a teoria e a prática; Estratégias: responsabilizar o aluno pelos seus processos de tomada de decisão; alertá-lo para a sua co-responsabilidade no processo de aprendizagem e avaliação; motivar o aluno para a sua autonomia; Ajudar os alunos a gerir as suas emoções; Estratégias: estabelecer Relação de Ajuda com o aluno, motivando-o a partilhar sempre as suas dificuldades e/ou angústias.” DAC_IV_ANÓNIMO_02.

Outra estratégia de supervisão utilizada pelos supervisores foi o que podemos denominar, referindo Sá-Chaves (2000), de efeito de zoom, em que os supervisores vão fazendo a supervisão dos alunos aproximando-se e distanciando-se, consoante a sua perspectiva de necessidade do aluno. Por um lado o aluno deve sentir o apoio do supervisor, mas por outro lado deve sentir que o supervisor confia nas suas competências, está presente, mas dá autonomia. Esse processo aumenta a auto-estima dos alunos, estimula o seu espírito crítico para tomada de decisão e promove o seu desenvolvimento.

“E penso que isso é muito importante. Em termos de estagiária, estando sendo orientada penso que a relação foi evoluindo bastante favoravelmente, com a orientadora. Ela foi-nos deixando cada vez mais à vontade. A relação que se criou, embora nos tenhamos consciência que ela é nossa orientadora, continua a ser a enfermeira de serviço, penso que é muito mais, penso que é uma relação muito mais à vontade entre aspas. Sentimo-nos ... no início andávamos assim um bocadinho mais

retraídos, porque ao fim ao cabo nós sabemos que estamos a ser avaliados por ela, mas penso que isso aí agora já nos passa assim um bocadinho mais ao lado. Conseguimos com a enfermeira orientadora como estamos com qualquer outro enfermeiro que sabemos que não nos está a avaliar. E é, acho que isso é muito importante. E mesmo a enfermeira foi-nos dando cada vez mais autonomia. E isso foi, acho que é uma consequência do nosso desempenho, mas também é uma causa para que o nosso desempenho melhorasse.” E_V_A_06

“Acho que um factor facilitador é o facto de terem um profissional, um enfermeiro disponível só para eles – o orientador e, ao longo do estágio o facto de o orientador se afastar um bocadinho, deixar espaço. Longe mas perto. Eu acho que isso facilitou e eles gostaram, pelos menos manifestaram-se. Têm a percepção daquilo que são capazes, sozinhos, e o que ainda não são capazes de fazer sozinhos, ou em grupo.” E_V_S_07 e E_V_S_10

Relativamente ao processo de supervisão há factores que emergem das narrativas como inibidores do desenvolvimento dos alunos, nomeadamente a mudança de supervisor durante o ensino clínico, o facto de não estar sempre no mesmo horário que o supervisor. Em nosso entender estes factores são referidos porque são causadores de alguma instabilidade relacional e de incerteza relativamente ao processo de avaliação que, apesar de não estar explícito em grande parte das narrativas, não deixa de estar subjacente nas reflexões dos alunos.

“Penso que a mudança de Enfermeira orientadora a meio do Estágio não foi benéfica porque um dos seus objectivos seria avaliar e acompanhar a evolução do aluno na prestação de cuidados ao longo do Estágio e, após a mudança este acompanhamento foi, em parte quebrado, o que poderá influenciar a avaliação final.” R_V_A_15

“Um dos factores que pode ter influenciado de uma forma negativa foi a equipa. Ao mesmo tempo positivamente, ao mesmo tempo negativamente. Porque o serviço quando muda muitos elementos, acabam por estar enfermeiros novos no serviço que não sabem exactamente orientar as alunas, com os doentes, porque não conhecem. E eu penso que ao mesmo tempo que isso foi uma parte negativa, também os outros elementos que estavam na equipa esforçaram-se para que elas, para compensar, para que elas também não sentissem muitas dificuldades.” E_V_S_11

“O facto de quase no final destas duas semanas de estágio ainda não ter feito um turno com a minha tutora acaba por ser a única coisa menos positiva, porque além de ficar quase todos os dias com enfermeiros diferentes, o que me exige uma constante adaptação (o que não deixa de ser algo positivo), não sei quais são as expectativas da tutora e o que espera de mim, ao fim destas semanas, que consistiriam no meu período

de adaptação, esperando com este pequeno trabalho melhorar essa parte.”

DAP_VII_CC_A_26

Estas alterações no processo supervisão prendem-se também com o decurso da formação e, por conseguinte, com os protocolos estabelecidos entre a ESSUA e as diferentes instituições (exossistema) o que levou à alteração dos modelos de acompanhamento como anteriormente explicitado e também com o facto de, em alguns locais, ser permitido aos alunos efectuar ou não, um horário de *roulement*, acompanhando um enfermeiro tutor

Estas alterações decorrentes dos aspectos referenciados são causadoras, num primeiro momento, de alguma instabilidade, porque o aluno sente-se “perdido” sem o seu supervisor, mas na maioria dos casos vão evoluindo para um processo de autonomia; contudo para alguns alunos este facto revelou-se como inibidor.

“Durante esta semana, dado o desconhecimento da metodologia de trabalho da equipa, dada a ausência da nossa enfermeira orientadora (permanece apenas por alguns períodos) e também devido à ausência de responsabilidades atribuídas senti-me um pouco perdida. Não sabia muito bem se devia oferecer-me para realizar determinados procedimentos, tais como o banho, preparação de leite, entre outros por receio da reacção das enfermeiras. Este método de acompanhamento é novo para mim porque nos estágios anteriores tinha sempre a enfermeira orientadora presente no serviço, a quem eu mostrava os registos, os planos de cuidados e a quem questionava sempre quando tinha alguma dúvida.

Por um lado, durante esta semana acompanhava sempre uma enfermeira para ver os cuidados de enfermagem que ela prestava, isto com o intuito de aprender. No entanto, muitas vezes sentia-me como se fosse uma “sombra” para ela.

Por outro lado, nos turnos da manhã são três enfermeiras, nós somos duas estagiárias e não nos era atribuída uma enfermeira responsável o que nos colocava num dilema: com quem é que eu vou? Será que por ficar uma determinada enfermeira de fora ela vai se sentir constrangida e achar que não nos transmitiu simpatia e receptividade? Tornou-se uma situação complicada para nós porque não queríamos fazer juízos de valor antes de as conhecer.

(...) A enfermeira não nos acompanhava durante todo o turno, sendo assim só nos observava nos poucos minutos que lá estava connosco. Eu ficava sempre na dúvida, será que ela tem boa impressão de mim? Ou será que ela acha que eu não tenho um bom desempenho? E que dados é que ela tem para tirar conclusões? Para mim este método de orientação não foi muito benéfico.” DAP_VI_PED_A_30

A diferente forma de estar e de fazer, resultante das diferenças entre os enfermeiros de um mesmo serviço constitui-se por vezes como elemento perturbador dos

alunos porque, não tendo ainda apropriado todos os aspectos inerentes à forma de estar e de fazer enfermagem, ao serem confrontados com diferenças a este nível, têm dificuldade em tomar decisões.

“Aquilo que se calhar é mais complicado, mas que aqui não se verifica tanto, é o facto de às vezes o facto de estarmos a ser acompanhados por outra enfermeira, ou porque o nosso supervisor não está no serviço e nós não podemos parar tudo. Seja de maneira diferente, porque um faz de uma maneira, outro faz doutra e isso aí é que confunde mais.” E_V_A_01

“O facto de trabalhar com diferentes enfermeiras e de não estar presente a minha enfermeira orientadora dificulta o processo de aprendizagem. Se questionar uma determinada enfermeira sobre um assunto e questionar no dia a seguir a enfermeira orientadora sobre esse assunto elas respondem de forma diferente. Perante esta situação o que é que eu faço? Se estou a prestar cuidados com essa enfermeira tenho que fazer como ela disse, mas se a minha orientadora aparece entretanto, como é que eu fico? Isto aconteceu-me e eu justifiquei a minha prestação mas mesmo assim não gostei do que se sucedeu e fiquei com algum receio que a enfermeira orientadora me interpretasse mal.” DAP_VI_PED_A_30

O questionamento, que pode ser entendido como estratégia de supervisão, mas simultaneamente como estratégia de avaliação, foi também referenciado pelos alunos como factor inibidor, sobretudo quando feito apenas com o objectivo de avaliar e “desligado do contexto”, actuando assim como gerador de stress e injustiça.

“Um aspecto que me deixou um pouco assustada e preocupada esta semana, foi o facto de o professor ter aparecido no serviço para colocar algumas questões. Não estava a contar com esta situação e o facto de o professor ter dito que voltaria sem avisar para colocar novas questões deixou-me em sobressalto. Apesar de saber que tenho que andar bem informada sobre a situação de uma das minhas doentes, nunca sei que tipo de questões é que o professor vai colocar e, como tal, tenho andado bastante preocupada e muito "stressada." DAP_IV_A_12

“Nesta semana, o facto de um docente da ESSUA se ter deslocado ao serviço para nos colocar questões, algumas das quais não estavam relacionadas com a Ortopedia em geral, para as quais estamos mais preparados e para a qual estudámos quase em exclusividade constituiu um factor de enorme stress para mim. O docente reuniu todos os alunos numa sala e começou a questionar cada um acerca de aspectos supostamente relacionados com os nossos utentes. Contudo, a mim, não colocou qualquer questão relacionada com Ortopedia, o serviço no qual estou a estagiar. Em vez disso, questionou-me sobre anestesia: técnicas, tipos, medicamentos, etc., uma

matérias para a qual eu não me tinha preparado para responder, uma vez que tenho incidido o meu estudo em aspectos relacionados com a Ortopedia.

Assim, no final da reunião, senti-me muito stressado, um pouco desgastado e desiludido pela forma como fomos questionados, mas também pelo facto de não ter sido questionados sobre os aspectos relacionados com a Ortopedia, os quais sinto que domino mais neste momento, e como tal deixei a impressão que não tinha estudado! Este modo de avaliação por parte do docente da ESSUA vai continuar a ser um elemento de grande stress até ao final do estágio, uma vez que nos informou que se irá deslocar ao nosso serviço regularmente para nos questionar individualmente, mas será em datas surpresa, pelo que se torna muito difícil conseguirmos planear o nosso estudo.” DAP_V_A_34

Processo de avaliação

Integrada no processo de supervisão a avaliação emerge com consequências diversas no desenvolvimento dos alunos. Todos os ensinamentos clínicos pressupõem que seja feita uma avaliação do desenvolvimento de competências e esta pode ser entendida como uma estratégia de supervisão, se falarmos de avaliação formativa – que tem por objectivo acompanhar esse desenvolvimento dando aos alunos feedback para que consigam atingir os objectivos propostos; ou pode ser uma avaliação que tem apenas como objectivo avaliar o nível de desenvolvimento dos alunos no final do estágio – avaliação sumativa. Ambos os processos são referenciados como geradores de stress ou de sentimentos de (in)justiça.

A avaliação formativa é entendida, na maioria dos casos, como muito importante, pese embora o stress que possa gerar, fazendo emergir sentimentos de autoconfiança, levando à reflexão e auto-avaliação, donde decorre na maioria dos casos uma evolução positiva dos alunos, pois que é uma forma de identificar (caso existam) dificuldades e permitir encontrar estratégias para as ultrapassar.

“Na quinta-feira tivemos reunião de avaliação com a enfermeira-tutora e o professor da escola. Fiquei muito satisfeita com a minha avaliação! A enfermeira-tutora referiu que eu era uma pessoa que gostava muito de aprender, que queria saber tudo certinho primeiro para depois fazer. Gostava de desafios. Não tive advertências. Considero esta avaliação qualitativa muito positiva para o desenvolvimento. Pode constituir um reforço positivo do que fazemos bem e alertar-nos para o que temos mais dificuldades ou no que erramos e podermos corrigir. Parece-me que se ela fosse realizada semanalmente seria mais proveitosa, apesar de também nos poder perturbar pelo que não andássemos a conseguir, mas seria para proveito dos doentes e nosso, claro. Julgo, contudo, que a disponibilidade das enfermeiras devido à quantidade de trabalho no serviço não é muita

para poderem dispensar regularmente e inteiramente a sua atenção ao nosso desempenho e evolução.” DAP_IV_A_25

“Todas as reuniões intercalares deste EC, possibilitaram-me efectuar uma descrição das experiências vivenciadas durante a semana, avaliar as áreas onde apresentava maiores dificuldades e reflectir sobre o contributo dessas experiências para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.” R_VI_PED_A_11

“Um aspecto muito positivo e a merecer continuação são as reuniões com os tutores no fim de cada semana, uma vez que permite um feedback acerca do nosso desempenho e também sobre o próprio desenvolvimento da nossa aprendizagem, ajudando no estabelecimento de objectivos no sentido de evoluir ao longo do estágio.” R_VII_CC_A_29

“Na avaliação intercalar, a minha enfermeira tutora referiu-me que o meu nível de desenvolvimento na competência cognitiva necessitava de aperfeiçoamento e, para tal, decidi tentar desenvolver a minha capacidade crítico-reflexiva e questionar mais as minhas acções, as minhas atitudes e os meus conhecimentos e acredito que essas estratégias contribuíram para o desenvolvimento dessa competência.” R_VII_OPC_A_26

A não realização desta avaliação formativa é referenciada pelos alunos como aspecto inibidor do desenvolvimento, particularmente nos casos em que os alunos tiveram experiências positivas deste tipo de avaliação. Referindo que a falta de informação sobre o seu desenvolvimento não lhes permite (re)definir as “estratégias de aprendizagem” e, conseqüentemente, não vão evoluir como seria esperado.

“Penso, contudo, que seria importante termos mais feedback acerca do nosso desempenho, de forma a que possamos identificar e trabalhar mais nos aspectos que temos a melhorar.” DAP_VI_PSI_A_38

Nas narrativas de alunos e supervisores encontramos um número reduzido de referências⁸⁹ ao processo de avaliação sumativa e as mesmas referem-se sobretudo às dificuldades de interpretação dos indicadores da grelha de avaliação utilizadas, mas também à dificuldade de reunir a informação de todos os elementos envolvidos no processo de supervisão subsistindo dúvidas sobre os critérios usados pelos diferentes avaliadores.

⁸⁹ Acresce aqui salientar que a maioria das narrativas, de alunos e supervisores foi realizada antes do momento da avaliação sumativa, talvez por isso a referência à mesma seja pouco frequente.

“É assim, a maior dificuldade que eu senti foi em termos de avaliação, pelo seguinte como não fui eu a fazer a avaliação de todos, não é?! Somos todos pessoas diferentes e eu penso que os critérios, embora houvesse lá aquela escala de 0 a 5, não foram, não é?! Cada um dá o seu. Eu posso achar que é um 3 e a colega vem e dá... acho que foi a minha maior dificuldade é sempre a avaliação.” E_III_S_09

O que mais ressalta nas referências à avaliação é o stress que a mesma pode gerar e que se relaciona muitas vezes com o modelo de supervisão (protocolado) e/ou com as características das pessoas envolvidas. Na maioria dos casos este stress advém do facto de os alunos sentirem que não foram acompanhados pelo supervisor de forma tão efectiva quanto a que esperavam e, presumivelmente, entendem que o mesmo pode não ter dados suficientes para fazer uma avaliação correcta do seu desenvolvimento.

“Sendo assim, este período inicial tem sido muito rico em experiências tornando-se importante para o meu processo de aprendizagem. No entanto, sinto algum receio por não ter ainda estado com a minha orientadora de estágio. Apesar de ter sido orientada por vários enfermeiros, e estes estarem dispostos a esclarecer todas as minhas dúvidas, tenho receio que a minha orientadora tenha determinadas expectativas sobre o meu desempenho (dado que já passaram duas semanas de estágio) e que quando estiver comigo se depare com uma realidade diferente. Eu espero que durante o restante período de estágio seja mais acompanhada pela minha enfermeira orientadora com o intuito de perceber as áreas que devo aperfeiçoar mais.” DAP_VII_A_30

“A partir desta época senti algumas dúvidas relativamente à avaliação que a enfermeira orientadora estava a fazer sobre o meu desempenho e meu processo de aprendizagem. A enfermeira não nos acompanhava durante todo o turno, sendo assim só nos observava nos poucos minutos que lá estava connosco. Eu ficava sempre na dúvida, será que ela tem boa impressão de mim? Ou será que ela acha que eu não tenho um bom desempenho? E que dados é que ela tem para tirar conclusões? Para mim este método de orientação não foi muito benéfico.

O dia da avaliação para mim é o dia de maior ansiedade e ao mesmo tempo de medo. Durante estas seis semanas, dediquei a maior parte do meu tempo para a realização dos estudos de caso, do portfólio, para a pesquisa, para a realização dos planos de cuidados, sempre preocupada em fazer melhor, e chegamos a este dia e somos classificados de acordo com a nossa prestação e de acordo com a nota de um relatório.”

DAP_VI_PED_A_30

Este stress evidencia-se mais à medida que se aproxima o final do ensino clínico, não só pela avaliação sumativa realizada através das respectivas grelhas, mas também pela execução e entrega do relatório e do peso que o mesmo detém na classificação

final. Na semana que antecede a entrega do relatório quase tudo é vivenciado em função do mesmo o que, de alguma forma, influencia o seu trabalho diário.

“Apesar de verificar que eles dão muito relevo, muita ênfase e na semana em que eles tem que entregar o relatório, eles estão sob tensão e sob pressão, porque cria-lhes bastante apreensão o relatório. Apesar de eu achar que é um instrumento bastante útil onde transparece tudo o que aprenderam e como aprenderam, mas tem algum peso no seu dia-a-dia.” E_VI_PED_S_12

Os sentimentos de injustiça também emergem em alguns casos referentes, sobretudo, às diferenças do processo supervisivo, que se reportam à diversidade de supervisores e respectivas estratégias de supervisão utilizadas. As diferenças dos contextos podem originar distintas oportunidades a proporcionar aos alunos de que resultam naturalmente, em termos de avaliação, algumas diferenças.

“Por isso não concordo com a percentagem dada ao docente na atribuição da nota, visto que nos pouco dias em que se encontrou no serviço não serviram para avaliar o desenvolvimento do aluno e dificilmente entrou em contacto com os 20, tornando-se complicado a atribuição de uma nota.” R_II_A_14

“Tenho a plena consciência de que todas as minhas competências evoluíram ao longo deste estágio, ficando apenas uma certa “mágoa” pelo facto de ter sido, maioritariamente, avaliado apenas por quatro dias de estágio, quando o estágio durou quatro semanas.

Faço esta referência não como desculpa para a nota que tive porque se tivesse sido avaliado nas quatro semanas teria, talvez tido a mesma nota, mas para que tal possa ser evitado em próximos estágios, ou seja, acho que no processo de avaliação todos os orientadores de estágio deveriam ser consultados e não só aqueles que teoricamente teriam passado mais tempo connosco, no meu caso a enfermeira que deveria estar comigo no módulo apenas esteve uma semana e foi de férias ficando a enfermeira que me acompanhou e avaliou apenas quatro dias.” DAP_III_A_23

“Por outro lado, esta situação toma-se injusta na medida em que não acontece o mesmo com os outros grupos de estágio, ou seja, os outros professores não aparecem para colocar questões e, como tal, não há igualdade na avaliação.” DAP_IV_A_12

“Sobretudo nas primeiras semanas de estágio, o facto da Enf.^a supervisora não pertencer à equipa de enfermagem do serviço de internamento de Pediatria Médica fez com que sentíssemos alguma insegurança, nomeadamente pela ausência de feedback em relação ao nosso desempenho. Apesar disso, pudemos contar com o apoio e orientação das enfermeiras tutoras e da Enf.^a Chefe, bem como com a ajuda disponibilizada pela Enf.^a supervisora clínica. No entanto, consideramos que este factor

acarretou, também, algumas injustiças no que diz respeito à nossa avaliação, uma vez que esta foi feita pela supervisora que nunca nos acompanhou e que recorreu apenas a uma enfermeira para obter informações a nosso respeito. Assim, o trabalho desenvolvido junto de outras profissionais não foi, devidamente, devidamente, valorizado.” DAP_VI_PED_A_45

Estratégias de supervisão/avaliação não podem estar desligadas pois que dependendo do supervisor/docentes e da sua forma de estar na função que desempenha podem ser muito influenciador do desenvolvimento dos alunos. Se as estratégias se dirigem mais à observação do erro para penalizar o aluno isso não contribui para o seu desenvolvimento nem para que se estabeleça um clima afectivo-relacional favorável.

Poucas foram as referências neste sentido; contudo entendemos que, apesar disso, devemos trazer as mesmas para análise e discussão como forma de melhorar todo o processo supervisoivo.

“Eu se pudesse repetir este estágio faria algumas coisas de diferente. Em especial erros que se cometem. Porque é através do erro que nós aprendemos e eu fiz um erro ... foi no último dia de estágio, por isso não tive a possibilidade de poder ... como é que eu hei-de dizer ... de me poder corrigir. E esse erro acabou por se traduzir na minha nota, e eu fiquei muito desiludida com a minha nota, por causa disso.

Eu acho que a estratégia deve ser utilizada para visar um aluno como um todo, e ter atenção aos erros. Só visar os aspectos positivos ou negativos para se traduzir numa nota, isso não ensina ninguém. E não cresce ninguém e ninguém aprende. E eu infelizmente saí com essa noção. Por isso é que eu se calhar se repetisse esse estágio fazia algumas coisas de diferente.” E_IV_A_14

Dificuldades na supervisão

Nas referências ao processo de supervisão dos alunos emergem as dificuldades encontradas pelos supervisores no decurso dos ensinos clínicos e que se relacionam com a preparação para a tarefa de exercer supervisão, as características do próprio serviço, a época do ano em que decorre o ensino clínico e o modelo de acompanhamento protocolado.

Importa assim conhecer alguns aspectos referenciados pelos supervisores, como dificuldades sentidas e que, de alguma forma, ao poderem interferir no processo de supervisão e, conseqüentemente, no desenvolvimento de competências dos alunos.

A preparação para a tarefa é entendida por nós como a formação na área da supervisão clínica, a preparação específica do ensino clínico (dado que cada instituição recebe alunos de diferentes escolas, com filosofias igualmente diversas), implicando isto

nomeadamente, o conhecimento antecipado dos objectivos do ensino clínico, as metodologias de ensino aprendizagem da ESSUA e o background dos alunos.

“Primeiro, porque é a 1ª vez que eu estou numa situação destas. Apesar de termos tido já, enfim, alguns grupos de estagiários de outras escolas, essencialmente de Aveiro foi só o ano passado. Por acaso eu estava de férias nessa época. Mas apesar de termos grupos de estágios anteriormente não me estava atribuída a tarefa de ser supervisora, portanto, eu não sabia no fundo, acompanhávamos, acompanhávamos, mas sem a responsabilidade acrescida de termos ali alguém que depois teríamos que avaliar, e ver todo o desenvolvimento que se processava durante o estágio. No fundo a responsabilidade não era nossa.” E_III_S_04

“A falta de conhecimento real sobre os conteúdos programáticos das diferentes disciplinas faz com que por vezes nos possamos sentir inseguros em termos do que devemos ou não exigir dos alunos, mais concretamente no que respeita aos conhecimentos teóricos. No final do estágio fica sempre a dúvida se de facto tudo foi feito com vista a que cada aluno tivesse usufruído o máximo no seu estágio em termos das competências a desenvolver, embora no fundo eu acredite que esta dúvida está sempre inerente quando se pretende dar o nosso melhor.” DAC_IV_ANÓNIMO_3

“Dificuldades sentidas na supervisão dos alunos no decorrer do estágio clínico - Necessidade de formação actualizada de forma a acompanhar os alunos em estágio e ajudá-los na sua aprendizagem, no seu desenvolvimento profissional e pessoal.” DAC_V_S_10

As dificuldades decorrentes da época do ano estão relacionadas, sobretudo, com a pouca disponibilidade para a supervisão dos alunos, o que causa alguma frustração aos supervisores, nomeadamente por não poderem conhecer melhor cada elemento do grupo ou não terem oportunidade de colocar em prática algumas estratégias supervisivas que se afiguram como importantes no processo, o que é corroborado pelos alunos.

Outra das dificuldades está relacionada com a realização do ensino clínico no final do segundo semestre, o que coincide com a época de férias dos profissionais e consequentemente com alterações das dinâmicas dos serviços, levando assim à falta de oportunidades de desenvolver actividades em áreas importantes, mais especificamente em Saúde comunitária.

“Para tal é fundamental, entre outros requisitos, possuir algum tempo disponível para mais facilmente ter a oportunidade de acompanhar diariamente os alunos, no sentido de os ajudar a identificar esta ou aquela competência que é necessário desenvolver, assim como recolher toda a informação possível de modo a que a avaliação tenha o maior rigor possível, seja justa e objectiva. No entanto nesta altura do ano torna-se difícil este

acompanhamento. Estão muitos enfermeiros de férias o que implica nos presentes estarem assoberbados de trabalho, uma vez que o funcionamento na sede do Centro de Saúde é normal. Os supervisores clínicos são também atingidos por este condicionalismo sazonal.” DAC_III_S_20

“Finalmente, optei por expressar as dificuldades sentidas como conclusão de todo o diário de aprendizagem, uma vez que se aplicam a quase todos os dias deste Estágio Clínico III. Deste modo, considero que as dificuldades sentidas se ficam a dever ao facto deste ser um período em que parte dos profissionais se encontram de férias, impossibilitando que os serviços funcionem em pleno.” DAP_III_A_06

“Durante esta semana em que muitos profissionais se encontravam de férias, o número de consultas encontrou-se muito diminuído pelo que, apesar de estar destinada a minha passagem pelo PF, passei novamente pelo SAP.” DAP_III_A_29

Síntese - processo

Pela análise dos dados expostos podemos inferir da importância atribuída às actividades e podemos compreender a interligação entre as mesmas e as díades que se estabelecem, pois estas só se constituem porquanto se realizam actividades e as actividades realizadas pelos alunos levam maioritariamente à constituição de díades, uma vez que em contexto de prática clínica a execução de qualquer intervenção por parte do aluno pressupõe a supervisão de um profissional.

Tentamos assim, na figura 37, ilustrar um eventual processo de constituição de díade e conseqüente actividade molar, que pode ocorrer com frequência no decurso dos ensinamentos clínicos na medida em que a observação de um procedimento (actividade) dá lugar a uma díade observacional (aluno observa o enfermeiro e atribui significado a essa observação), posteriormente o aluno executa a actividade em colaboração com o enfermeiro (díade de actividade conjunta), que se constitui assim porque aluno e enfermeiro se percebem como fazendo algo em conjunto, como parte de um padrão integrado, dando lugar a uma actividade que, para os alunos, se transforma em actividade molar.

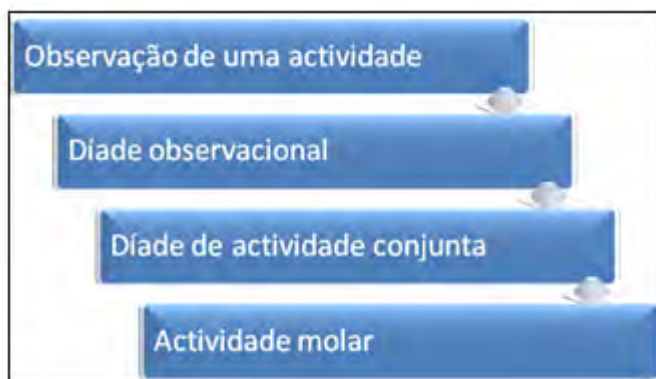


Figura 37 – Ilustração da inter-relação entre as actividades e o estabelecimento de díades.

O processo de supervisão e avaliação constituiu-se também como factor influenciador do desenvolvimento dos alunos. As estratégias referenciadas evidenciam o empenho dos supervisores, o que na maioria dos casos se traduz em sucesso dos alunos. Este empenho é manifesto no estabelecimento de uma relação supervensiva (supervisor-aluno) assim como na atmosfera envolvente que se cria em cada campo de estágio e que decorre muito da dinamização (muitas vezes antecipada) das equipas onde os alunos se integram, aspectos que já foram evidenciados em ponto anterior.

Este processo de supervisão dos alunos em ensino clínico não deixa de ser complexo pois estão associados ao mesmo diversos factores (figura 38). Tal como os aspectos relacionados com a “**pessoa**” estão interligados com o **processo** e os **contextos**, também este processo de supervisão está muito interligado com as pessoas os contextos e o tempo. Simultaneamente, identificamos aqui o **microsistema** (local onde decorre o ensino clínico); elementos do **exosistema** que se relacionam com o modelo de acompanhamento, protocolado entre a ESSUA e a instituição de acolhimento dos alunos; a distribuição temporal dos ensinamentos clínicos (época do ano), relacionada com o plano curricular do curso e o modelo de gestão de cada instituição que, concomitantemente, está inter-relacionada com o **macrosistema** (Políticas de Gestão em Saúde).



Figura 38 – Ilustração do processo de supervisão.

2.3– OS CONTEXTOS

À luz da perspectiva bioecológica de Bronfenbrenner e Morris (1998) o **contexto** é um dos quatro elementos importantes no desenvolvimento. Esta perspectiva ideológica considera vários tipos de contextos, uns mais próximos da pessoa, outros menos (microsistema, mesosistema, exossistema e macrosistema) como influenciadores do desenvolvimento da mesma.

Analisamos assim os dados emergentes das narrativas relativamente ao micro, meso, exo e macrosistema, de acordo com as categorias presentes na estrutura da “árvore” e no enquadramento teórico. Importa referir que, embora alguns dos dados compreendidos neste elemento já tenham sido objecto de análise, consideram-se aqui na sua inter-relação.

2.3.1– Microsistema

Dos dados emergentes das narrativas, foram já analisados aspectos que se enquadram neste contexto, nomeadamente os **papéis** desempenhados pelos alunos, **as actividades** e a **interacção** nos quais os mesmos se envolveram e a **atmosfera envolvente** nos diferentes locais onde decorreram os ensinamentos clínicos; porém é oportuno voltar à análise de alguns aspectos interligando-os com os contextos de forma a

compreender como os mesmos se podem constituir como facilitadores ou inibidores do desenvolvimento de competências dos alunos.

Consideramos assim cada microsistema como o “local de estágio” onde se realizou cada ensino clínico (estes de uma forma global foram já caracterizados em ponto anterior.) Neste sentido entendemos o microsistema como o local onde o aluno desenvolve as suas actividades as quais implicam uma interacção mútua e constante com outros elementos da equipa de saúde, colegas da escola e com os utentes e familiares (processos proximais), desempenhando diversos papéis: de aluno, de cuidador, de colega de grupo e de colega de equipa.

As actividades

Cada ensino clínico pressupõe que o aluno desenvolva actividades diversas, que integram as diferentes dimensões (técnica, comunicacional, cognitiva e atitudinal) num crescendo de complexidade e de responsabilização. Assim à medida que os ensinamentos clínicos decorrem os alunos vão-se integrando nas dinâmicas dos serviços e apreendendo a realidade de uma forma diferente resultante das vivências anteriores e do seu desenvolvimento pessoal, do que resulta alguma reflexão apresentada nas narrativas.

Da análise das mesmas salienta-se o facto de actividades idênticas realizadas em novos contextos poderem ter novos significados (referindo estes novos contextos, num sentido evolutivo dos ensinamentos clínicos), o que faz ressaltar a ideia de que à medida que decorrem os ensinamentos clínicos ao longo do curso, as experiências vivenciadas vão constituir-se como base de sustentação de novas experiências, porquanto os alunos vão reflectindo sobre as mesmas, atribuindo-lhes novos significados e trazendo para a acção o que lhes transparece como mais pertinente, demonstrando assim a sua competência em acção.

“Durante esta semana desenvolvi algumas actividades de Enfermagem, que de certa forma, apesar de não ter sido a primeira vez que as pratiquei, constituíram novas situações de aprendizagem, muito pelo contexto em que foram praticadas.”
DAP_V_ANÓNIMO_02

“Tendo em conta os resultados desta prática clínica – aspecto de que falarei mais adiante neste relatório – poderia afirmar que este Ensino Clínico constitui por si só uma grande e nova situação de aprendizagem, pelos seus contributos no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Embora nem todas as situações tenham constituído verdadeiramente uma novidade para mim (tendo sido já experienciadas em

estágios anteriores) a minha crescente maturidade e as minhas expectativas/objectivos conferiu-lhes um novo significado neste estágio – serviço de urgência.” R_VII_Urg_A_22

Por vezes os próprios alunos esperam de si um outro desempenho porque, não sendo algo de novo, era expectável já conseguirem realizar determinada actividade, porque já foi realizada em ensinos clínicos anteriores, o que não acontece pela diferença dos contextos e pela dificuldade que sentem na transposição dos conhecimentos para cada situação específica. Estas dificuldades são de alguma forma “naturais “ se relacionadas com o plano curricular da ESSUA (Exosistema), onde as temáticas de cada ano lectivo se vão tornando cada vez mais *complexas* (porque mais abrangentes e cumulativas) e, conseqüentemente, cada ensino clínico vai-se constituindo como um contexto onde a complexidade dos cuidados a prestar, se torna evidente exigindo dos alunos, a transposição dos conhecimentos necessários para agir em situação e por inerência um desempenho que se vai aproximando do esperado de um *enfermeiro de cuidados gerais*.

“Contudo, surgiram no início sentimentos de incapacidade, face à sensação de não ser capaz de satisfazer as necessidades do doente/família de uma forma eficiente. Não correspondia à falta de fundamentação teórica, mas à falta da capacidade de transpor a teoria para a realidade, embora já devêssemos estar preparadas para esta dificuldade devido aos estágios anteriores, desta vez a realidade tinha um ponto de vista diferente, entrámos no contexto da doença.” R_IV_A_21

“O contexto de CC revelou-se para mim uma realidade totalmente nova, dotada de características muito particulares que inicialmente me criaram algumas dificuldades. Considero contudo que foram facilmente ultrapassadas, o que me proporcionou experiências de índole diferente ao que estava habituada, permitindo-me alargar os conhecimentos e atingir os objectivos do estágio.” R_VII_CC_29

“Nesta fase inicial, um dos aspectos que me influenciou bastante foi a percepção da falta de prática clínica, essencialmente no que concerne ao campo da destreza técnica. Na verdade, fui-me apercebendo dos tempos de resposta para a realização de alguns procedimentos, das vezes que não conseguia realizar os mesmos na primeira tentativa, ou da necessidade de alguma ajuda para a realização de outros. Neste campo, que conseguiu por vezes, desmotivar-me, vejo agora o reverso da medalha. Todo o trabalho que me exigiu permitiu-me alcançar uma maior desenvoltura nos mesmos, sendo satisfatórios os ganhos que tenho vindo a atingir neste domínio.” DAP_VII_UR_02

Relativamente aos ensinos clínicos anteriores (diferenças de contextos – evolução dos alunos) os alunos referem a importância dos mesmos como factor facilitador de

desenvolvimento, ou seja reconhecem que, no processo de desenvolvimento das suas competências, o que foi “adquirido” em ensino clínico anterior constitui-se como “motor gerador” de desenvolvimento de novas competências, ou mesmo aperfeiçoamento de competências adquiridas.

“Como o estágio clínico II foi o primeiro estágio prático, enfim, a nível hospitalar eu penso que todas as competências que eu adquiri no outro, neste estágio foram refinadas, foram melhoradas, podendo fazer um paralelismo que se calhar as competências neste e estavam mais bem apuradas e foram mais apuradas tentando se calhar a nível comunicacional os erros que eu fiz no primeiro, tentar evitar no segundo ocorrendo assim um maior desenvolvimento dessas competências.

A nível técnico sinto também muita destreza, acho que já tinha alguma destreza no 1º e melhorei essa destreza no 2º eu fiz, referi no diário escrito que a nível de injectáveis senti no início deste estágio um bocadinho de dificuldade e até disse que a destreza que eu ganhei no 1º estava um bocadinho "presa" devido à falta de prática como este semestre não houve nenhuma aula dedicada a injectáveis contudo verifiquei que a velocidade com que eu adquiri de novo a destreza neste estágio foi se calhar muito maior no que no primeiro, foi tipo um re-encontrar, não foi um procurar, foi um re-encontrar a destreza.” E_III_A_14

Alguns alunos optaram por realizar o módulo de opção numa área em que já tinham realizado um ensino clínico, nomeadamente em centros de saúde ou em serviço de cirurgia. O “mesmo contexto”, numa fase diferente, é entendido pelos alunos como promotor de novas oportunidades. Da nossa análise e observação ressalta um evidente desenvolvimento de competências dos alunos que, ao dialogarem de novo com os mesmos contextos, encontram novos elementos, que numa fase mais precoce do curso (pela sua complexidade) não souberam (puderam) compreender.

“Neste turno da manhã pude acompanhar e observar a Emília⁹⁰ nas suas actividades, no serviço. Desde a passagem de turno que foi evidente o seu desenvolvimento, porquanto planificou rapidamente o trabalho a realizar, de acordo com as prioridades dos utentes que iria cuidar. Apesar de referir inicialmente que estava mais “tensa” por eu estar a observar, rapidamente essa tensão se desvaneceu realizando as suas actividades de acordo com o esperado para esta fase do curso.” OBS_VII_OPÇÃO

Uma das referências feitas pela aluna num momento de reflexão (a meio da manhã) foi:

“É interessante ver agora que, quando passei por este serviço, no EC V, não me apercebi da complexidade das situações de alguns doentes, nem da complexidade da organização do serviço. Percebo agora porque é que os enfermeiros referiam que eram

⁹⁰ Nome fictício de uma aluna

um serviço de muita responsabilidade e muito cansativo. No EC V, nós estávamos sempre sob supervisão e havia actividades que não realizávamos, mas agora eu tenho a responsabilidade total dos meus doentes, tenho que pensar mais rapidamente e em tudo, ou seja em coisas tão diferentes como os cuidados de higiene ou a medicação, e em verificar se há material específico para o penso do Sr. João, para todo o fim-de-semana. Também, porque faço horário de roulement, me apercebi de aspectos diferentes, nos diferentes turnos, o que me dá assim a percepção do trabalho real de um enfermeiro”. OBS_V_CIRURGIA

Características dos contextos

Relativamente aos contextos salientamos ainda as suas características globais, que nos parece difícil desagregar e que optámos por designar de “toda a envolvência”: estrutura física, tipo de serviço, que transformam o serviço em mais ou menos “fechado” ao exterior; o movimento permanente que se observa nos serviços de saúde e que impede por vezes a concentração e limita a privacidade; as dinâmicas das equipas determinadas pelo tipo de serviço (consulta externa, internamento, foro médico ou cirúrgico, centro saúde, urgência, UCI- adultos/crianças); a complexidade dos serviços que advém do tipo de serviço; a imprevisibilidade (urgência, internamento, bloco operatório, bloco de partos) e em todos a “atmosfera envolvente”, já analisada em ponto anterior.

Podemos realçar alguns destes aspectos como geradores de stress, promotores de dificuldades de integração e de desenvolvimento dos alunos, ou como “contextos desafiantes” que promovem o seu desenvolvimento.

...o espaço... a luz ... são referenciados pelos alunos **como** facilitadores do seu desenvolvimento...

“O local de estágio foi muito importante para nós. Tinha condições muito boas a nível de espaço, as enfermarias eram espaçosas, iluminadas, dava para fazer um bom trabalho naquele espaço, que era bastante acolhedor.” E_II_A_10

“O local, nós estagiamos num hospital relativamente novo com, digamos aquilo que se pode de certa forma esperar. Foi o melhor hospital que eu vi até agora. E eu só conheço o Hospital Pedro Hispano, o Hospital S. Teotónio e o Hospital de Aveiro. O S. Teotónio tem muito boas condições, ou seja tem um conjunto de condições que nos favorece. É muito diferente estagiar num hospital com muito boas condições e num hospital com poucas condições, até inclusive trabalhar nele. Um hospital com poucas condições uma pessoa tem sem dúvida que improvisar muito mais do que num hospital com boas condições.” E_II_A_19

“Em termos de pontos positivos eu acho que é muito importante este departamento como elemento integrado dentro de um hospital geral. É muito diferente ter alunos em estágio noutra departamento de um hospital geral, e ter alunos em estágio num hospital de psiquiatria fora da população, com características até arquitectónicas diferentes. Aqui temos pessoas que estão num serviço, de um conjunto de serviços oferecidos por uma instituição, e isso para eles é um ponto positivo.” E_VI_PSI_S_25

...as dinâmicas das equipas ...organização do serviço ... abertura para apoiar alunos...são aspectos referenciados nas narrativas como facilitadores do desenvolvimento, porquanto permitem uma integração mais rápida e uma melhor apreensão da essência dos cuidados.

“Houve um factor bom para que as dificuldades de adaptação se ultrapasassem. O facto de haver protocolos de actuação, isso facilitou muito a integração dos alunos na forma de planear os cuidados de acordo com a Instituição/serviço.” E_II_S_01

“O serviço dispõe de protocolos para vários aspectos, os quais se tornam úteis para uma intervenção mais fundamentada. Há que saber usufruir da sua existência.” DAP_VI_PED_A_25

“No fundo foi uma equipa tão bem organizada e tão centrada nas nossas dificuldades e na nossa formação ... acho que o contributo foi máximo.” E_IV_A_22

“No serviço de cirurgia em que estagiei o método de trabalho é o método individual que a mim me agrada particularmente porque me sinto mais capacitada a desenvolver os cuidados de forma holística. O trabalho à tarefa terá as suas vantagens mas neste momento com a visão que me é permitida pela curta experiência no campo prático as vantagens do método individual ultrapassam largamente as vantagens do trabalho à tarefa, sobretudo agora que sabemos, ou que estamos mais atentos, à importância do psíquico do indivíduo para a sua saúde física, que reconhecemos a importância da visão holística do indivíduo que necessita de cuidados de saúde.” R_V_A_05

...a complexidade ...a imprevisibilidade... é mais evidente no serviço de urgência, onde é preciso agir em tempo útil e simultaneamente mobilizar conhecimentos diversos, de forma a dar resposta à situação dos utentes.

“O serviço de urgência é, no geral, o melhor campo de estágio para o processo de aprendizagem dos alunos, não só pela multiplicidade de situações clínicas, que surgem, das mais variadas especialidades, mas também da acutilância no atender das situações emergentes. É frequente, os alunos virem com alguma bagagem teórica mas com falta de exercício prático, obrigando o tutor a permanecer junto deles, às vezes inactivo, para

supervisionar e /ou ensinar/alterar procedimentos. Esta situação é muitas vezes incompatível com quadros emergentes pelo menos até que o discente adquira um mecanismo adequado de reacção.” DAC_VII_URG_S_26

“As particularidades e complexidades que caracterizam área de Urgência ditaram, desde início, a necessidade de uma revisão de conteúdos teóricos abordados ao longo de todo o curso. Contrariamente a outras especialidades, a Enfermagem de Urgência define-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença, representando uma área diversa e multidimensional.” R_VII_URG_A_06

“Sendo o serviço de urgência dotado de características muito particulares e específicas, como a exigência de grande intensidade de trabalho tanto físico como mental na prestação de cuidados a pessoas de todas as idades com diversas patologias constituiu por si só uma nova situação de aprendizagem, onde pude aplicar os conhecimentos que adquiri ao longo do curso. (...) Se inicialmente a complexidade do ambiente, por estar dividido em áreas tão diferentes e exigir constante adaptação a cada um dos locais, constituiu uma realidade verdadeiramente nova para mim, senti a própria dinâmica de trabalho como que um desafio e rapidamente estava integrada no serviço.” R_VII_URG_A_29

...o tipo de serviço... foi referenciado pelos alunos (quando questionados em entrevista) como factor influenciador do seu desenvolvimento. O tipo de serviço faz variar as actividades inerentes às situações clínicas, os recursos materiais de que é dotado cada serviço assim como a abertura para o uso do mesmo pelos alunos pode ser determinante para o seu processo de desenvolvimento.

Investigadora - De que forma o meio ou o local de estágio, o tipo de serviço em si, a interacção com a equipe, a dinâmica do serviço, o tipo de instituição hospitalar, e eventualmente o tipo de gestão do próprio hospital, contribuiu, ou não, para o desenvolvimento das suas competências?

Aluno - Contribuiu bastante. Primeiro porque é um hospital novo. Não nos faltava nada. Nunca ninguém nos impôs regras a nível de material. Podíamos usar, não deliberadamente, mas não ... era um hospital novo, uma boa gestão. Depois a nível ... o tipo de serviço. Para mim o serviço de Medicina é o que nos dá mais competências. É onde estão as patologias, onde nós temos que pensar, reflectir sobre estas patologias, é onde encontramos mais técnicas. É um serviço onde nós crescemos.” E_IV_A_14

Investigadora - De que forma o meio ou o local de estágio, tendo a ver o tipo de serviço, a interacção com a equipe de saúde, de que forma é que isto contribuiu, ou não, para o desenvolvimento das suas competências?

Aluna - Contribuiu muito. Eu considero o estágio, de facto, muito, muito, muito proveitoso. Mais do que o estágio que desenvolvi no serviço de obstetrícia, na medida em que este teve muito mais oportunidades de técnica, de variedade de patologias e do próprio relacionamento. Em todos esses aspectos. Portanto penso que o serviço, e então ... o serviço de medicina em que eu estava, que nem era específico de uma área, portanto, não era nem Neurologia, nem especificamente a Neurologia, nem a Pneumologia, tínhamos uma variedade de doentes com patologias diferentes. Isso fazia com que diariamente os nossos doentes, ou os do serviço porque nos íamos apercebendo disso na passagem de turno, no quadro afixado, íamos contactando com essas realidades. (...) Na Medicina não havia rotinas. Não havia casos iguais. As patologias podiam ser as mesmas e os cuidados eram completamente diferentes para um senhor de 60 anos ou para um senhor de 90. Tudo dependia. Para uma jovem de 23 anos os cuidados eram completamente diferentes e muito, muito, muito específicos para aquela pessoa.” E_IV_A_25

“O contacto directo com situações de urgência/emergência ajudou-me no desenvolvimento do meu raciocínio clínico, realizando (mentalmente) os planos de cuidados e estabelecendo prioridades de acção, de forma a responder urgente e atempadamente às Necessidades Humanas Fundamentais alteradas, transitando mais rapidamente entre as diferentes etapas que compõem a Metodologia Científica do Processo de Enfermagem, adquirindo assim autonomia na prestação dos cuidados emergentes. O ambiente de Urgências é desafiante: exige criatividade, flexibilidade, polivalência e prontidão na resolução de problemas em situação real e emergente. Oferece oportunidades para o desenvolvimento de competências técnicas, comunicacionais, cognitivas, atitudinais, bem como de capacidades como a observação, iniciativa, autonomia, pensamento crítico e tomada de decisão.” R_VII_URG_A_34

...a pediatria ...ressalta dos restantes contextos pelas suas particularidades, nomeadamente as relacionadas com a comunicação com a criança doente, as técnicas e os materiais, a presença constante dos pais, a metodologia de trabalho em parceria...

“A pediatria na minha opinião tem uma especificidade diferente dos serviços pelos quais eu entrevi, visto que requer maior rigor em todas as intervenções de enfermagem, e incentiva a estar desperto para interpretar: um choro de uma criança; o comportamento; as expressões faciais, pois irei estar com crianças que não verbalizam o que realmente lhes perturba, comunicando apenas, através de uma comunicação analógica. (...) Há um aspecto na pediatria, que pessoalmente acho que é óptimo, é o facto de haver uma flexibilidade de horários na prestação de cuidados, respeitando a vontade da criança e dos pais, que de certa forma evita as rotinas que são estabelecidas noutros serviços. Este sistema na minha opinião atende mais às necessidades do utente por exemplo se

o utente tiver necessidade de dormir, deixamo-lo dormir e não o acordamos simplesmente para tomar banho.” DAP_VI_PED_ANONIMO_01

“De entre as situações que constituíram então novidade destaco em primeiro lugar a metodologia de trabalho adoptada pela equipa, em que a organização de cuidados é flexível, centrada nos hábitos quotidianos da criança e reflecte as suas necessidades, o que não tem vindo acontecer em estágios anteriores onde as rotinas, ainda que erradas, assumiam algum peso.” R_VI_PED_A_22

“A presença dos pais durante o internamento da criança, proporcionou-me uma nova situação de aprendizagem, já que a comunicação em Pediatria assumia aspectos particulares, pois devia comunicar com a criança e com a família (comunicação em triangulação), o que exigiu uma adaptação, pela minha parte, a essa nova situação. A família constituía uma parte integrante do mundo da criança, e por isso, procurava, sempre, que os meus cuidados estivessem, também, vocacionados para os seus familiares.” R_VI_PED_A_26

2.3.2 – Mesosistema

Na perspectiva bioecológica de desenvolvimento humano, este sistema está relacionado com o conjunto de interações entre dois ou mais ambientes (microsistemas) em que os alunos podem participar e nos quais procuramos identificar factores que se constituíram como facilitadores ou como inibidores do seu desenvolvimento.

Analizamos assim as interações que os alunos podem estabelecer no decurso dos ensinamentos clínicos: **a participação multicontextual** - (Participação do aluno em diferentes meios); **a ligação indirecta** (quando o aluno não participa activamente em dois ambientes, mas pode ser estabelecida uma ligação entre o aluno e um dos ambientes através de uma outra pessoa.); **a comunicação intercontextual** – (Comunicação entre os diferentes contextos em que o aluno participa e a partir da qual os alunos podem obter informações); **o conhecimento intercontextual** - (informações sobre determinado contexto às quais os alunos têm acesso através de colegas que estiveram no contexto anteriormente, de relatório de estágio ou outras fontes).

Dos dados emergentes das narrativas não são muito frequentes as referências a estes aspectos, nomeadamente ao que se refere à ligação indirecta e à comunicação intercontextual, pelo que faremos apenas a análise referente à participação multicontextual e ao conhecimento intercontextual.

Participação multicontextual

Ressalta desta análise a participação multicontextual dos alunos, referida no EC III, que se evidencia pela própria organização dos Cuidados de Saúde Primários, em que, muitas vezes, os enfermeiros (os alunos) se deslocam aos domicílios dos utentes para lhes prestar os cuidados de enfermagem de que necessitam, ou se deslocam para extensões do Centro de Saúde, mais próximas das populações.

Desta participação em diversos contextos resulta, desde logo, uma influência positiva pela oportunidade de conhecer os contextos reais em que os utentes vivem conhecendo assim, uma parte da família e não o utente isoladamente. Este facto permite-lhes compreender melhor a realidade de cada família e adequar melhor as intervenções de enfermagem, nomeadamente a “educação para a saúde”, a cada situação específica.

“Realizei o meu estágio Clínico no Centro de Saúde Dr. M. S, em S V, onde tive a possibilidade de passar não só pelo Centro de Saúde, como também por sete das nove Extensões de Saúde deste concelho, que trabalham em articulação com o Centro de Saúde, facilitando assim o acesso da população, sobretudo a mais idosa, aos cuidados de saúde que necessitam. (...)

As visitas domiciliárias que pude realizar constituíram momentos especiais o longo do estágio, sendo um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, que este Centro de Saúde preconiza. Para além dos cuidados de saúde prestados, estas permitem ainda conhecer as condições de vida e saúde, identificando as suas características sociais (condições de vida e trabalho), os seus problemas de saúde, assim como o contexto e a dinâmica das relações familiares, em que o utente se insere.” R_III_A_06

“Neste serviço também tive oportunidade de participar em várias visitas domiciliárias, o que tornou o meu estágio ainda mais “enriquecido”, pois proporcionou-me mais experiências novas. Permitiu-me contactar com diversas pessoas e com os respectivos contextos onde vivem, o que possibilitou uma abordagem mais personalizada, mais adequada, pois permite detectar com mais precisão as necessidades do utente/família.” R_III_A_30

Estas visitas domiciliárias têm muitas vezes como intervenções prioritárias a realização de pensos a úlceras de decúbito de utentes acamados, que se faz sempre acompanhar da educação para a saúde nomeadamente sobre os posicionamentos do utente acamado no sentido de aliviar zonas de pressão, os cuidados de higiene, à alimentação do utente. Esta visita implica assim um cuidado à pessoa doente e a educação para a saúde aos familiares ou cuidadores informais, visando produzir um

efeito no sentido de diminuir ou evitar a perda de saúde e promover as melhores condições de bem-estar.

Como participação em vários contextos emergem também referências significativas no EC V, sobretudo relacionadas com o acompanhamento dos utentes ao bloco operatório durante a realização das intervenções cirúrgicas, sendo este facto vivenciado com muito interesse e referenciado como promotor de desenvolvimento, dado que lhes permite terem a percepção dos cuidados, pré, peri e pós-operatórios, num mesmo utente.

“Nesta semana tive oportunidade de prestar cuidados pré e pós-operatórios a duas doentes, o que me permitiu segui-las desde a sua entrada no serviço, ida para o bloco operatório e regresso ao serviço, o que se revelou fundamental para a prestação de cuidados holísticos. (...) A ida ao bloco operatório revelou-se bastante importante, na medida em que tive oportunidade de seguir de perto todo o processo cirúrgico, apercebendo-me de todos os cuidados prestados à doente, medicação administrada e sua reacção durante a cirurgia e no período que passou no recobro, assim como, me apercebi um pouco do funcionamento deste serviço e de toda a complexidade que envolve.” DAP_V_A_12

“Na terceira semana de estágio, tive oportunidade de ir ao bloco operatório assistir a uma cirurgia (prótese total do joelho). Inicialmente senti-me um pouco assustada, porque só fui avisada desta situação quando cheguei ao serviço, mas rapidamente me apercebi que seria uma excelente oportunidade para adquirir novos conhecimentos sobre o período peri-operatório, assim como, seguiria de forma mais aprofundada a situação da doente, podendo prestar-lhe os cuidados pré e pós-operatórios na sua globalidade. Perante tais circunstâncias, tive que reflectir sobre os cuidados que teria de prestar no pré e pós-operatório e qual a sua finalidade, ao mesmo tempo que me deparei com a necessidade de acalmar a doente, e lhe transmitir confiança e segurança, no sentido de diminuir a sua ansiedade, que era elevada.

Esta ida ao bloco operatório revelou-se bastante vantajosa, na medida em que tive possibilidade de seguir de perto todo o processo cirúrgico, apercebendo-me de todos os cuidados prestados à doente, medicação administrada e sua reacção durante a cirurgia e no período decorrido na unidade de recuperação pós-anestésica, assim como, me apercebi um pouco do funcionamento deste serviço e de toda a complexidade que envolve.” DAP_V_A_01

Num dos hospitais onde realizaram o Ensino Clínico V, agregado ao serviço de cirurgia funciona uma unidade de cuidados intermédios pós cirúrgicos, pela qual os alunos tiveram a oportunidade de “passar” durante um curto período. A participação neste novo contexto foi igualmente considerada como um factor positivo para o seu

desenvolvimento, dada a diferenciação dos cuidados nesta unidade, os recursos tecnológicos existentes, assim como a metodologia de trabalho. Foi igualmente positivo o acompanhamento de utentes ao serviço de Imagiologia para realização de exames auxiliares de diagnóstico, que complementam assim a visão dos cuidados de saúde de que o doente necessita e a participação dos vários grupos profissionais.

“Pude também visitar o serviço de radiologia e observar a realização de TAC abdominal, o que me permitiu perceber a importância do trabalho de enfermagem neste serviço.

Tive oportunidade de estar dois dias na Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intensivos (UCCI), o que se revelou muito benéfico para a minha aprendizagem. Permitiu-me ter contacto com doentes que necessitam de uma vigilância constante no período pós-operatório, uma vez que os riscos que correm são maiores. Em termos práticos, pude realizar o balanço hídrico do turno, “lidar” com as tecnologias de monitorização e prestar cuidados a pessoas totalmente dependentes e em situação de risco mais acentuado.

(...) Esta semana tive ainda oportunidade de assistir a uma cirurgia (colecistectomia por via laparoscópica), de assistir à passagem da utente pelo recobro e de lhe prestar os cuidados no período pós-operatório no serviço de cirurgia. Esta experiência no bloco operatório permitiu-me perceber mais facilmente no que consiste esta intervenção cirúrgica e quais os cuidados a prestar nos períodos pré e pós-operatório, assim como todo o processo de anestesia geral. Pude também constatar a importância do apoio psicológico para a redução da ansiedade, no período de transporte da doente desde a enfermaria até à sala de acolhimento no bloco operatório.” DAP_V_A_43

A mudança de serviço, a meio do ensino clínico, teve como objectivo dar aos alunos oportunidade de cuidar em contextos distintos – serviço de homens, serviço de mulheres. Este facto não se prende apenas com as diferenças de género mas sobretudo com as diferenças das situações dos doentes internados e, naturalmente, com os diferentes cuidados de que necessitam. Este facto constituiu-se num primeiro momento como gerador de stress e insegurança, mas no final foi consensual a mais-valia do mesmo para o desenvolvimento de competências, nomeadamente no que se refere à fase de integração, que já se verificou mais rápida, no segundo serviço.

“A mudança do serviço de Ortopedia Homens para Ortopedia Mulheres permitiu alargar o leque de experiências pois proporcionou o contacto com pessoas que encaram de forma diferente a doença/internamento (na minha opinião a maioria dos homens são mais tolerantes e pacientes, enquanto as mulheres são mais dependentes e apelativas), permitiu o contacto com uma maior diversidade de patologias e quadros clínicos e fez com que o Estágio se torna mais dinamizador pois exigiu um esforço redobrado para efectuar uma “segunda integração.” R_V_A_15

Ainda como factores facilitadores do desenvolvimento foram consideradas as experiências no EC VI, em Psiquiatria, nomeadamente a participação nas consultas externas, no hospital de dia, em visitas domiciliárias e em Pediatria, nos serviços de Neonatologia, de consulta externa ou na urgência pediátrica. Estas participações nos diferentes contextos permitiram uma visão mais alargada dos cuidados de enfermagem/saúde a prestar nas diversas situações e nos diversos contextos.

“A passagem pela Consulta Externa e a Visitação Domiciliária foi uma outra actividade desenvolvida de carácter importante para compreender o papel do enfermeiro na avaliação do indivíduo com distúrbio psiquiátrico no seu contexto social, económico, familiar e cultural, identificando assim outros problemas/necessidades além dos cuidados específicos inerentes à sua patologia mental.” R_VI_PSI_A_15

“Ao longo do EC VI tive oportunidade de prestar cuidados em diversas valências do departamento de Psiquiatria, tais como no internamento, Consulta Externa (CE) e Visitação Domiciliária (VD), o que tornou esta experiência ainda mais enriquecedora nas dimensões cognitiva, atitudinal e técnica.” R_VI_PSI_A_01

“A passagem por outros serviços como a Urgência Pediátrica, a Neonatologia e a Consulta Pediátrica proporcionou-me um enriquecimento de experiências na medida em que pude participar no acolhimento da criança ao ambiente hospitalar numa situação de urgência, no acompanhamento da criança internada e sua família e nas visitas periódicas ao hospital. Assim, observei e participei na prestação de cuidados à criança e sua família em diferentes contextos.” R_VI_PED_A_15

Conhecimento intercontextual

Este conhecimento, sobretudo quando é prévio ao início do ensino clínico, constitui-se, na perspectiva dos alunos, como inibidor do desenvolvimento das suas competências, principalmente pelas experiências menos positivas de colegas de grupos anteriores que já tinham realizado o respectivo ensino clínico nos mesmos locais, induzindo-lhes assim maiores níveis de ansiedade.

“Este era um dos estágios de que mais tinha ouvido falar pelos meus colegas, que era um estágio diferente, mais complicado e de maior trabalho visto que requeria um maior número de conhecimentos sob diversas patologias e sob os diversos cuidados a prestar...

Enfim, era um estágio que de certa forma temia por todas as situações que poderia encontrar e pelo medo de ser incapaz de conseguir lidar com elas.” DAP_IV_A_39

“Nas semanas que antecediam ao presente estágio, senti exactamente o mesmo receio e nervosismo comparativamente aos estágios anteriores. Intrigada com o porquê destes sentimentos, procurei reflectir sobre os mesmos e cheguei à conclusão, que estes receios, iniciais, estavam relacionados, não só, com algumas experiências “menos boas” vivenciadas por colegas meus, neste mesmo campo de estágio, mas também com o facto de me ter que deslocar para uma nova terra, para um novo hospital com metodologias e especificidades ligeiramente diferentes daquelas a que estava habituada.” DAP_VII_CC_A_11

“A dificuldade que eu identifiquei é que ela vinha muito ansiosa, por comparações de estágios anteriores não de cirurgia. Neste caso deu para perceber que a informação que aluna trazia do docente orientador neste campo de estágio foi factor muito inibidor.” E_VII_OPC_S_07

2.3.3 – Exosistema

Este sistema “mais afastado” dos alunos não deixa de ser influenciador do desenvolvimento das suas competências, tal como os mesmos referenciam nas suas narrativas. Salientamos neste exosistema; o **Relacionamento inter-institucional**, entre a ESSUA e a instituição onde ocorre o ensino clínico e que está dependente do protocolo de colaboração entre as instituições; a **Organização ensino clínico** nomeadamente a escolha dos locais, preparação dos supervisores, distribuição dos alunos por local e o **Currículo do Curso**, no que se refere à interligação entre conteúdos leccionados na componente “teórica” e sua relação com os contextos da prática de cada estágio específico.

Relacionamento inter-institucional

Este relacionamento é um elemento importante em ensino clínico porque dele depende, o número de alunos colocado em cada serviço e logicamente a distribuição (dispersão) geográfica das instituições, o modelo de acompanhamento e supervisão dos alunos.

Relativamente a este aspecto salientam-se, assim, nas narrativas dos alunos e supervisores clínicos a referência ao modelo de acompanhamento e supervisão, protocolado para cada ensino clínico com cada instituição.

O modelo de acompanhamento que está estabelecido, quando não sofre grandes alterações ao longo dos anos, facilita o entendimento/colaboração entre docentes e profissionais da prática. Esta compreensão e colaboração permitem aos supervisores

assumir estratégias de supervisão mais consonantes com a filosofia da ESSUA (sobre as quais já fizemos uma análise anteriormente). Por outro lado quando este facto se mantém em diversos locais os próprios alunos referem uma concordância de estratégias de supervisão que se revela facilitadora de todo o seu processo de desenvolvimento.

“Também o protocolo existente entre a Universidade e o hospital e pronto, a proximidade que temos, e que se vai estabelecendo ao longo dos anos.” E_IV_S_08

“A articulação da escola e da instituição é também muito importante, e principalmente a relação aí é entre o docente e o supervisor. Porque isso depois tem reflexos, portanto, a nível quer do acompanhamento dos alunos, como também os próprios alunos sentem-se muito mais acompanhados se esta articulação for feita de uma forma adequada e à medida que eles necessitam.” E_IV_S_22

“O modelo de acompanhamento tem sido o mesmo utilizado nos outros estágios, portanto já estou "familiarizado" com este, o que facilita a minha integração na equipa de enfermagem, até porque é um modelo no qual nos é atribuída, a nós alunos, uma significativa autonomia. (...) O modelo de acompanhamento utilizado, embora, nos deixe, no início, um "pouco à deriva e quase sem orientação", permite-nos ganhar mais autonomia e confiança na prestação de cuidados.” DAP_VI_PSI_A_38

“Considero que o método utilizado no estágio - apenas dois alunos terem os mesmos tutores - é vantajoso, pois favorece a aprendizagem promovendo o diálogo, a reflexão das práticas diárias e partilha de informação, facilitando o processo de avaliação.” R_VII_CC_A_29

Contudo, há aspectos relacionados com o modelo de acompanhamento dos alunos que é referenciado pelos mesmos como inibidores do seu desenvolvimento, nomeadamente: a presença pouco marcante dos docentes nos locais onde decorre o ensino clínico⁹¹; as diferenças de estratégias supervisivas nos diferentes ensinos clínicos; as diferenças entre os modelos de acompanhamento; ou o modelo em si que não foi ao encontro das expectativas dos alunos.

“Também acho que a docente orientadora deveria estar mais tempo lá, porque me senti mais segura nas últimas semanas em que estive na patologia porque tinha sempre lá a docente. No puerpério como a docente só ia lá uma vez por semana senti-me mais perdida.” E_II_A_18

⁹¹ Relembramos que, dependendo do protocolo estabelecido entre a ESSUA e a Instituição onde decorrem os ensinos clínicos, o supervisor clínico pode ter também o papel de Docente, pois que sendo um profissional do serviço, fez um contrato com a UA, como docente para supervisionar os alunos no contexto clínico. Na maioria dos casos os alunos só conhecem e estabelecem relações com este docente no início do ensino clínico, pelo que não os reconhecem como docentes, mas sim como supervisores.

“Outro aspecto é talvez o acompanhamento, o acompanhamento de grupo, ou pessoal que se possa fazer. Eu sinto e considero que tivemos disponibilidade e acompanhamento das nossas enfermeiras tutoras. Mas às vezes é um acompanhamento que fica na teoria por “Está tudo a correr bem?” ou “Têm alguma dificuldade? Se tiverem digam.” E de facto elas têm disponibilidade para qualquer coisa que se passe connosco. Mas se calhar um tempo de paragem efectivo faz com que até a própria enfermeira tenha mais disponibilidade para nos questionar, ou para ir ao encontro do que podem ser dificuldades ou preocupações, ou até aspectos, por que não?

Assim como nós teríamos, provavelmente, outro à-vontade para nesse momento específico que eu nem digo que precisasse de ser individual, acho que pode e até poderia ser muito rico ser em grupo. Isso implicaria, se calhar, uma análise diária?! Uma análise semanal?! Se calhar semanal seria o suficiente.” E_IV_A_25

“Como críticas ou aspectos “menos positivos” aponto para o facto de não sermos acompanhados no serviço sempre pela mesma enfermeira para um melhor acompanhamento do progresso do aluno. Contudo compreendo a dificuldade desta situação devido à incompatibilidade de horários.” R_VI_PED_A_15

Organização dos ensinós clínicos

Quanto à organização dos ensinós clínicos, pretendemos identificar factores que se possam ter constituído como facilitadores ou inibidores do desenvolvimento das competências dos alunos, nomeadamente o número de alunos por local, o tipo de serviço e de utentes, o horário semanal e a preparação dos supervisores.

O número de alunos reduzido (2 ou 3) por serviço foi evidenciado como um factor facilitador dado que as experiências a partilhar aumentam consideravelmente e, do mesmo modo, aumenta a coesão entre os elementos do grupo e uma proximidade maior com os supervisores de que resulta uma maior confiança e progressiva autonomia Este facto verificou-se sobretudo nos Hospitais de menores dimensões e em Centros de Saúde.

“Seremos apenas duas alunas a estagiar, ao mesmo tempo, neste serviço foi outro aspecto muito proveitoso, na medida em que foram muitas as possibilidades de poder colocar em prática muito do que havia aprendido, além de que o apoio disponibilizado pelos demais profissionais para nos orientarem foi bastante notório e muito proveitoso para nós.” DAC_IV_A_11

“Numa outra visão, um aspecto que agora compreendo actuar como facilitador do processo de aprendizagem (sendo, contudo, algo que compreendo ser de difícil

gestão/distribuição) relaciona-se com o tamanho do grupo de estagiários. Denota-se que, por me encontrar somente com mais uma colega, tal dá-nos mais possibilidades, sendo que o acompanhamento é realizado de uma forma mais próxima, o que, sem o exagero de nos tirar o grau de autonomia que temos considerando a fase de aprendizagem em que nos encontramos, permite aos profissionais supervisores conhecerem melhor as nossas capacidades e dificuldades. Este feedback associado à nossa própria auto-avaliação considero ser de extrema importância para a nossa evolução.” DAC_IV_A_02

“Em relação aos factores facilitadores acho que posso apontar o reduzido número de estagiários lá no serviço. Acho que pronto deu maior leque de oportunidades para nós experienciarmos e isso foi muito facilitador. Também o facto de ser um hospital pequeno, com 28 camas é uma coisa pronta, os enfermeiros têm muito maior oportunidade para estarem connosco. Também são 5 enfermeiros para as 28 camas, e os enfermeiros estavam connosco. Também não tinham o mesmo número de utentes que os outros colegas tinham e isso também foi facilitador.” E_IV_A_22

A preparação de alunos e supervisores (realização de *workshop* prévio ao ensino clínico) é um aspecto importante para a compreensão da filosofia da ESSUA, relativamente ao processo de desenvolvimento do aluno em contexto de ensino clínico, aproximando cada vez mais os profissionais das diferentes instituições, não só pela partilha de saberes, mas também pelo reconhecimento que lhes é devido pela colaboração na formação dos alunos, fomentando assim um trabalho mais de parceria do que de colaboração.

“E a própria preparação do supervisor, principalmente no conhecimento das necessidades individuais de cada aluno, de todo o seu suporte curricular portanto, isto são tudo aspectos que vêm influenciar muito este desenvolvimento, a organização do próprio estágio e a própria dinâmica, portanto, que depois lhe é inculcida para o desenvolvimento das competências dos alunos.” E_IV_08

“Eu acho que realmente é muito positivo por parte da escola a realização de workshops, no fundo, a articulação que se estabelece entre a escola e o supervisor.

E acho que o caminho é muito por aí. Portanto, de nos apoiar, de nos formarmos, orientar para nós conseguirmos também, portanto, responder aos objectivos da escola e mais concretamente a cada aluno. Acho que isso é uma sugestão importante. Porque ... é diferente, eu com a escola estabelecer uma relação, do que se fosse um grupo todo. Portanto, há os supervisores, e como estão definidos é óptimo. A proximidade é óptima. Acho que deve continuar. Acho que estamos no caminho certo.” E_IV_S_22

A realização de horário de *roulement*, que surge sobretudo a partir do EC V pela necessidade de colocar um maior número de alunos por local, mas simultaneamente, para que estes façam uma aproximação à prática nos seus diversos aspectos, permite uma dinâmica diferente na medida em que o número de elementos é muito mais reduzido e em que as intervenções planeadas são maioritariamente diferentes das do turno da manhã.

“O facto de realizar os turnos da manhã e da tarde proporcionou-me novas situações de aprendizagem a vários níveis, quer a nível interpessoal quer de destreza manual e técnica, em que o trabalho de equipa desenvolvido foi fundamental na prestação de cuidados. Assim, comparando as actividades realizadas nestes turnos verifiquei que o turno da manhã exige uma planificação temporal mais rigorosa, devido maior diversidade de intervenções estipuladas, nunca esquecendo que surgem sempre situações inesperadas que também têm de ser solucionadas.” DAP_V_A_01

“Um acontecimento marcante no meu processo de aprendizagem, ao contrário que eu imaginava, foi o facto de fazer tarde logo na primeira semana de estágio, pois o facto de estar sozinha no serviço, isto é, sem os meus colegas, levou a que eu assumisse uma atitude mais responsável, não só pela minha doente como também pelas deles, porque fui eu, durante essa tarde, que lhes prestei os cuidados de enfermagem.” DAP_V_ANÓNIMO_02

“Uma vez que este EC tem como objectivo fundamental a integração à vida profissional, não posso deixar de salientar, como uma das principais situações de aprendizagem, a realização desta PC em *roulement*, o que me permitiu perceber a dinâmica completa do serviço, ao longo das vinte e quatro horas.” R_VII_OPC_A_06

Para além disto também a oportunidade de contactar com os familiares, que se deslocam ao serviço no “horário de visita”, é um aspecto importante referenciado pelos alunos para o seu processo de desenvolvimento, pois permite-lhes compreender aspectos que são importantes para a progressão do processo terapêutico.

“Durante a terceira semana de estágio, tive a possibilidade de fazer duas tardes o que creio que foi benéfico no sentido em que pude contactar mais de perto com os familiares dos utentes. A princípio senti-me um pouco apreensiva pois, tinha que efectuar procedimentos diante deles, tais como a avaliação de sinais vitais, a administração de terapêutica, a avaliação dos níveis de glicemia, o que me deixava francamente nervosa. Pude verificar também que as tardes possibilitam ter mais tempo disponível para dialogarmos com os utentes e familiares e retirarmos informações pertinentes que poderão contribuir para o bem-estar e melhoria do estado geral do doente.” DAP_V_A_13

“A não restrição ao turno da manhã – pela realização de tardes – revela-se vantajosa por facilitar, no meu entender, uma melhor integração, maior consciência da real prática e dos diferentes aspectos necessários de se considerarem. Permite igualmente uma melhor compreensão e conhecimento de uma nova dinâmica de trabalho. A realização deste turno permite também contactar com as famílias dos utentes, aspecto primordial neste âmbito pois facilitam o conhecimento dos utentes, que por vezes não estão receptivos à comunicação. São um complemento essencial, nomeadamente num serviço de psiquiatria.” DAP_VI_PSI_A_02

Como factores inibidores do desenvolvimento de competências dos alunos, salientamos o número (elevado) de alunos por local onde decorre o ensino clínico havendo apenas um supervisor. Este facto perturba muitas vezes as dinâmicas de trabalho assim como o ritmo de cada aluno, pois não podendo realizar a maioria das intervenções sem uma supervisão directa, fica dependente da disponibilidade do supervisor para dar continuidade às suas actividades. Este facto está relacionado com os protocolos interinstitucionais e ainda com a filosofia, das instituições onde decorrem os ensinamentos clínicos.

“Um dos aspectos que dificulta também esta integração no serviço é o facto sermos cinco alunos num turno, em que o supervisor que está connosco não pode estar com todos e como tal também ao ficarmos com os diferentes profissionais observamos diferentes técnicas na realização de procedimentos. Isto é vantajoso no aspecto em poderemos optar por aquela que consideramos mais correcta e que conseguimos alcançar destreza. No entanto, torna o processo de aprendizagem mais difícil porque há alguma divergência entre os profissionais, e que ainda exige um nível de reflexão muito complexo.” DAP_V_A_03

As alterações ocorridas relativamente à mudança de supervisor, ou serviço, foram também referidas por alguns alunos como factores negativos e por isso inibidores do seu desenvolvimento. Estas alterações surgiram, em alguns casos, pelo facto de ser um período de férias, o que obrigou a alterações, não só de elementos da equipe como também da dinâmica dos serviços.

“Esta semana de estágio foi marcada pela passagem para o serviço de Ortopedia Mulheres. A mudança gerou certos receios e algum stress pois não sabia ao certo que tipo de doentes iria encontrar. (...) Penso que o nosso grupo de estágio esta semana não foi muito bem orientado pois a nossa orientadora foi de férias e parecia que estávamos um bocadinho “por nossa conta”. Para mim a semana foi mais complicada que as anteriores pois, associada à mudança de serviço ainda ocorreu a mudança de enfermeira orientadora. Na minha opinião estarmos a mudar de orientadora a meio do

estágio poderá ser prejudicial pois teremos que nos adaptar a um outro tipo de supervisão e até talvez a um outro método de trabalho.” DAP_V_A_15

“O facto de quase no final destas duas semanas de estágio ainda não ter feito um turno com a minha tutora acaba por ser a única coisa menos positiva, porque além de ficar quase todos os dias com enfermeiros diferentes, o que me exige uma constante adaptação (o que não deixa de ser algo positivo), não sei quais são as expectativas da tutora e o que espera de mim, ao fim destas semanas, que consistiriam no meu período de adaptação, esperando com este pequeno trabalho melhorar essa parte.” DAP_V_A_26

A partilha do local de ensino clínico com alunos de outras escolas foi também um factor perturbador das dinâmicas de trabalho dos alunos, porquanto se sentem mais inibidos ou mesmo impossibilitados de realizar determinadas intervenções, ou porque passam a ter que “redistribuir” os utentes, ou sentem que estão constantemente a ser comparados com os outros alunos, mesmo que estejam com objectivos diversos, por se encontrarem em fases distintas do curso.

“Nesta semana, um outro grupo de estágio começou a estagiar no nosso serviço, o que se tornou um pouco complicado, porque como tínhamos todos os doentes do serviço distribuídos por nós, tal significava que as novas alunas teriam que ficar com alguns dos nossos doentes e, claro, que teríamos menos procedimentos para efectuar, pois elas também tinham que aprender e efectuar diversos procedimentos técnicos. E nestas duas últimas semanas em que se espera uma maior autonomia por parte das alunas, tal não foi possível, pois às vezes não sabíamos se seríamos nós a efectuar os procedimentos ou as outras alunas.” DAP_V_A_26*

A organização temporal dos ensinamentos clínicos em alguns casos vem perturbar as suas dinâmicas nomeadamente no ECVI e EC VII. No caso do ECVI o primeiro “módulo” decorreu em simultâneo com aulas, na escola⁹², fazendo assim uma sequência de 4 dias de ensino clínico e 3 dias de interrupção. No caso do ECVII, este coincidiu com períodos de férias escolares e semana do “enterro do ano”⁹³. Este facto (que posteriormente analisaremos em relação com o microtempo), constituiu-se como muito perturbador do desenvolvimento dos alunos, porquanto as diversas interrupções implicavam uma “regressão” no seu estágio de desenvolvimento.

⁹² O EC decorreu durante 8 semanas de segunda a quinta-feira. Os alunos à sexta-feira tinham 7 horas de aulas na ESSUA, o que obrigava a que todos os alunos à quinta-feira viajassem para Aveiro (os que estavam deslocados noutros locais), para participar nas aulas e posteriormente se deslocarem para o fim-de-semana nas suas residências familiares.

⁹³ - Na UA na semana académica do Enterro do Ano não há actividades lectivas pelo que os alunos também fazem interrupção dos ensinamentos clínicos que possam estar a decorrer.

“Considero que as férias de Carnaval constituem um ponto negativo, pois provocam uma quebra na dinâmica do estágio principalmente porque ainda estamos numa fase de integração, pelo que seria benéfico trocar a data das mesmas.” R_VII_A_12

“Penso que 8 semanas de estágio, mesmo não tendo estágio às sextas-feiras, que eram ocupadas por aulas, é demasiado longo e cansativo, levando a determinada altura, a uma certa "saturação" dos alunos e enfermeiros do serviço, sendo prejudicial para ambos.” DAP_VI_PSI_A_38

“(…) As interrupções nos estágios mais uma vez. Principalmente, em serviços específicos que exigem uma continuidade porque é muita informação que o aluno tem que receber há uma série de procedimentos que contêm muitas etapas e que eles começam a ter percepção de se ia conseguir realizá-las, mas quando vêm de uma interrupção grande têm alguma dificuldade em recordar todos esses passos e voltar a colocá-los em prática. Quando nós os lembramos desses conhecimentos que transmitimos eles facilmente chegam lá e recordam e reconhecem onde falharam. Mas de facto há uma quebra na continuidade do estágio desse aluno.” E_VII_OPC_S_23 e E_VII_OPC_S_24

Currículo do curso

Quanto ao Currículo do curso pretendemos identificar de que forma o desenho curricular do CLE da ESSUA (nomeadamente as temáticas dos diferentes anos e a consequente interligação entre conteúdos leccionados na componente "teórica" e os contextos da prática de cada estágio específico), são vivenciados pelos alunos como influenciadores do seu desenvolvimento.

Dos dados emergentes nas narrativas evidenciaram-se no EC II⁹⁴, o maior número de referências a dois aspectos: a constatação de uma dicotomia teoria-prática e a relevância dos conhecimentos teóricos para aplicação no contexto clínico, existindo contudo referências à importância da prática para a confirmação do que “aprenderam na escola”.

“O estágio foi sem dúvida muito bom pois permitiu-me aplicar à prática os conteúdos teóricos adquiridos na escola, isto é sem dúvida muito importante pois é completamente diferente executar os procedimentos nos manequins da escola e fazê-los em pessoas.

⁹⁴ - Salientamos este ensino clínico por ser o primeiro contacto com o contexto de prática clínica, contudo apercebemo-nos, através das leituras das narrativas e pela observação directa enquanto docente neste ensino clínico que, nesta fase, os alunos têm muita dificuldade em perceber as intervenções de um forma mais global ou que não sejam exactamente “formatadas”, tal como foi demonstrado e treinando em laboratório. O cuidar do utente trás, por inerência de unicidade do mesmo, alterações aos procedimentos definidos “em livro”, obrigando a um ajuste a cada situação, o que num primeiro ensino clínico é visto, não nesta perspectiva mas como dicotomia teoria prática.

(...) Um outro aspecto que convém salientar é o facto de que nem tudo o que aprendemos na escola se aplica na prática, por vezes as algaliações, os banhos não são feitos tal como aprendemos, eu compreendo que assim seja pois caso contrário perderíamos muito mais tempo, e por vezes este aspecto é sem dúvida muito importante. (...) Quando os conteúdos são dados teoricamente ficamos com uma ideia muito abstracta das coisas, daí a importância da componente prática durante o estágio aprendi também algumas coisas que não podem ser dadas na escola como a comunicar com as utentes, a interagir com os outros profissionais de saúde.” DAP_II_ANÓNIMO_3

De um modo geral as referências feitas, por alunos e supervisores, ao currículo do curso evidenciam a concordância dos conteúdos teóricos com as necessidades dos ensinamentos clínicos, o que facilita o desenvolvimento dos alunos.

“No que diz respeito a estes alunos, quer os ensinamentos prestados aos utentes, quer as explicações dadas para justificar determinados procedimentos, mostram que os conhecimentos adquiridos em tempo de aulas teóricas e práticas estão em conformidade com os objectivos do ensino Clínico.” DAC_III_S_09

“Eu acho que os aspectos teóricos estavam muito bem relacionados com a prática. Não havia discrepância. Eu para preparar um estágio, eu faço sempre uma pequena brochura que faz um apanhado geral da matéria dada no semestre, na disciplina e o que eu tinha naquela brochura estava de acordo com o que se passou de real no estágio.” E_IV_A_14

Na leitura das narrativas identificamos ainda alusões à organização e sequência lógica do plano curricular, em conformidade com a sua capacidade de evolução. Sobretudo o EC VII – Urgência e Cuidados Continuados, em que os alunos revelam ser este o momento mais oportuno para a realização destes ensinamentos clínicos associando, não só o desenvolvimento de competências, mas também a maturidade que deve estar inerente à prestação de cuidados em serviços com estas características.

“Em termos de colocação do estágio nesta fase do curso, a semanas ou a dias de terminar o curso, este será o período mais indicado para um serviço com estas características que exige alguma maturidade, algum sentido de responsabilidade, sobretudo naquela percepção do fim de vida e dos direitos, portanto isto num segundo ou terceiro ano era uma coisa que não se ajustava, nem a maturidade dos alunos nem a maturidade tanto pessoal como profissional. Eu penso que não, os cuidados continuados tem as patologias quase todas representadas e eles já levam currículo académico e muito mais conhecimentos que lhes permitem prestar cuidados ao doente e família que exigem deles alguma...maturidade.

Que se pensarmos em termos de ciclo de vida é o fechar de um ciclo, essa perspectiva está muito ali, fechar de um ciclo mais ou menos doloroso em termos de idade da pessoa, não deixa de ser neste caso neste serviço específico é quase o fechar de um ciclo que é preciso alguma maturidade para perceber isso e cuidar nestas situações. Eu acho que sim, que estando ali no primeiro ano nunca, no segundo ano, penso que não. Acho que eles têm que ter maturidade e tem de ter estofa para aguentar o que vêm.”
E_VII_CC_S_21

O ensino clínico VII é evidenciado como o culminar do seu desenvolvimento e é portanto natural que os alunos façam alusão a todo o percurso formativo, reforçando a ideia da interligação da componente teórica e componente de ensino clínico como elementos que sustentam toda a sua evolução.

“Agora finalizada a prática profissional, sinto que todos os procedimentos, bem como os conteúdos interiorizados nas aulas práticas e teóricas foram, indubitavelmente valiosos para poder prestar os cuidados com dignidade, perfeição e competência.”
R_VII_CC_A_07

“A Prática Clínica é o complemento do ensino escolar que, mesmo com as modalidades pedagógicas mais eficazes, não se pode substituir a este directo com a realidade. Desta forma, cada Ensino Clínico constitui um momento rico em aprendizagens para qualquer aluno com o objectivo de atingir o profissionalismo, bem como o momento ideal para aplicar na prática profissional os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso de Licenciatura em Enfermagem.” R_VII_CC_A_15

“Cada EC é uma oportunidade de pôr em prática os conhecimentos ao longo do curso. O EC VII – Urgência tem como principal objectivo a integração à vida profissional e, como em todos os EC (S) anteriores, pressupõe a integração dos conhecimentos adquiridos previamente. Salienta-se, pois, que neste EC não é valorizada nenhuma cadeira teórica, uma vez que necessito de todos os conhecimentos teóricos adquiridos durante o Curso de Enfermagem. Todos estes conhecimentos aplicados na prática tinham como principal objectivo desenvolver “competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em contexto hospitalar, colaborando na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa e sua família abordando de forma holística e singular a criança e o indivíduo jovem, adulto e idoso, em contexto de saúde e doença.”
R_VII_URG_A_23

“Tudo o que aprendi ao longo do curso revelou-se extremamente importante para evoluir como pessoa e futura enfermeira, uma vez que a escola e os professores sempre me inculcaram uma filosofia de cuidar baseada no respeito pela dignidade e humanidade do doente, prestando cuidados individualizados e direccionados para as verdadeiras

necessidades do doente, tendo sempre em conta que todas as nossas intervenções devem ter um fundamento científico, pois os cuidados não surgem do nada.”

R_VII_CC_A_12

Relativamente a aspectos inibidores do desenvolvimento de competências dos alunos relacionados com o Currículo do curso, não foram feitas quaisquer considerações.

2.3.4 – Macrosistema

Nas narrativas não se observaram referências explícitas a factores inerentes ao macrosistema como influenciadores do desenvolvimento de competências dos alunos, o que não é de estranhar dado que as reflexões incidiram principalmente sobre aspectos relacionados com os contextos mais próximos, cuja influência poderia ser facilmente reconhecida.

Da nossa análise só encontramos justificação para o facto porquanto alunos e supervisores não tiveram a percepção de que há factores que, observados à luz da perspectiva ecológica, e embora situando-se num contexto mais distante (macrosistema) podem ter sido influenciadores desse desenvolvimento.

Apesar de não terem sido identificadas de forma clara, encontramos contudo diversos indícios de que o macrosistema influencia o desenvolvimento de competências dos alunos, na medida em que o mesmo determina não só as políticas de formação em cada momento mas também as políticas de saúde, com consequências na gestão dos serviços. Além disso influencia as expectativas dos utentes relativamente ao perfil dos profissionais de saúde, o que vai determinando a matriz conceptual dos cuidados de saúde.

A reflexão sobre as condições encontradas numa visita domiciliária, associadas à falta de estruturas sociais de apoio, indicia conhecimento das políticas de saúde e de apoio social.

“Das visitas domiciliárias quero registar uma que me impressionou particularmente. Uma Sra. que vive numa casa no meio do campo, sozinha, em condições de higiene deficientes, sem efectivo apoio da família, dependendo de apoio social para a alimentação, higiene corporal e alguma vigilância.

Apesar de conhecer a realidade da pobreza por natural interesse pessoal, não esperava encontrar assim um caso num meio desenvolvido como é aquela região.

Não consigo ficar indiferente a estas situações e elas ocupam-me o pensamento naquele momento, e voltam mais tarde quando reflecto acerca das redes sociais de que dispomos e até que ponto elas solucionam efectivamente os problemas actuais; também

me levam a questionar acerca da actuação do enfermeiro enquanto profissional e... indissociável, pessoa.” DAP_III_A_25

As políticas de formação que determinaram a realização do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem para obtenção do grau de Licenciatura, por parte dos enfermeiros no exercício, levaram a uma diminuição de recursos humanos e consequente alteração das dinâmicas de alguns serviços sendo, por isso, referenciada e por nós entendida como influenciador do desenvolvimento de competências dos alunos.

“As principais dificuldades sentidas neste Estágio Clínico prenderam-se com o facto de este ser um período em que parte dos profissionais de saúde se encontra de férias ou a concluir o Complemento de Enfermagem, impossibilitando que os serviços de saúde funcionem em pleno. Por outro lado, o facto de nem sempre ser possível deslocarmo-nos para as Extensões de Saúde, não só pela distância geográfica, mas também pelo facto de não estarem em serviço todos os dias, levou a que, na maior parte das vezes permanecêssemos no SAP que, como já referi anteriormente, se destina sobretudo à prática de cuidados curativos e que portanto dificultou a nossa intervenção.” R_III_A_06

...Em síntese

Os contextos, tal como evidencia a perspectiva bioecológica, são um elemento importante no desenvolvimento de competências dos alunos em contexto de ensino clínico, sendo por isso referenciados os factores facilitadores e os factores inibidores desse desenvolvimento (figura 39).

Salientamos o microsistema, o mesosistema e o exosistema, sobre os quais emergiram inúmeros aspectos influenciadores do desenvolvimento dos alunos, enquanto num contexto mais distante no macrosistema, apenas observámos alguns indícios de factores que influenciam o seu desenvolvimento, o que não significa que não estejam subjacentes outros factores.

Acresce realçar aqui a interligação deste elemento – **Contexto** – com os outros elementos do modelo (**Pessoa, Processo e Tempo**) pela dificuldade que sentimos em diferenciar os diferentes aspectos.

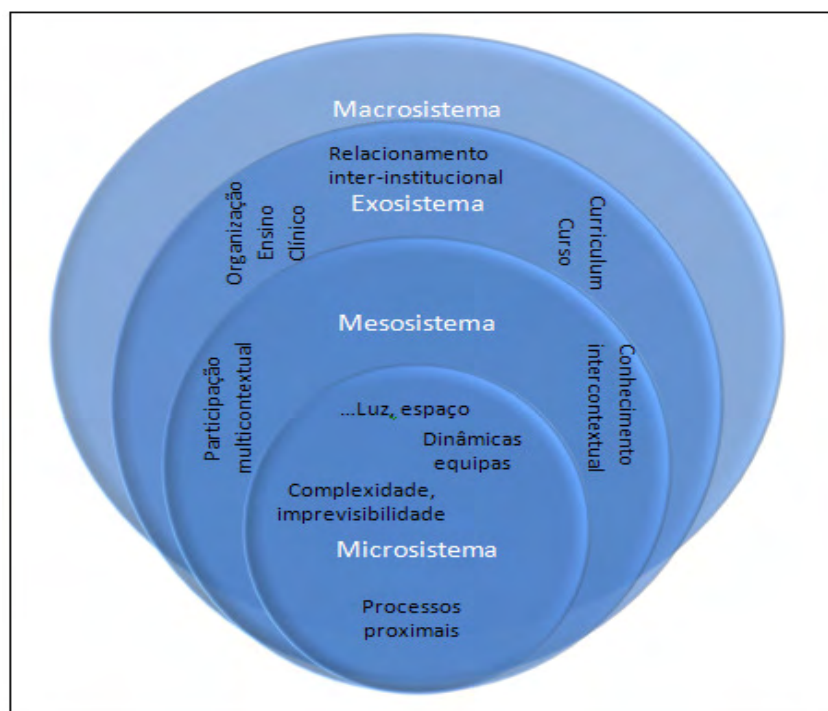


Figura 39 – Ilustração dos aspectos emergentes dos contextos e influenciadores do desenvolvimento de competências dos alunos.

2.4 – O TEMPO

O tempo, presente na perspectiva bioecológica, é um elemento difícil de perceber. Contudo ele está sempre presente e vai emergindo nas narrativas de forma mais ou menos explícita: o **microtempo** referente à continuidade *versus* descontinuidade das actividades nos processos proximais; o **mesotempo** relativo à periodicidade destas actividades em intervalos de tempo maiores (dias, semanas) e o **macrotempo** relativo aos acontecimentos e expectativas de mudança na sociedade, no âmbito de uma ou de várias gerações, na medida em que afectam ou são afectadas pelos processos e resultados do desenvolvimento humano (duração do curso) e também relativamente aos acontecimentos que ocorrem na vida de uma pessoa e que afectam o seu desenvolvimento pessoal.

2.4.1 – Microtempo

À luz da perspectiva ecológica o microtempo emerge nas narrativas de forma subtil, mas indiciando a importância da continuidade *versus* descontinuidade como factores influenciadores do desenvolvimento de competências sobretudo a continuidade

que advém do tempo de duração do ensino clínico permitindo a realização de actividades de forma progressiva e com complexidade crescente.

Das referências à duração dos ensinamentos clínicos, os períodos de 6 semanas⁹⁵ foram evidenciados como os mais adequados ao desenvolvimento e consolidação das competências dos alunos.

“Eu penso que houve um desenvolvimento das minhas competências ao longo do estágio sobretudo, porque este estágio teve 6 semanas de duração o que me permitiu ir desenvolvendo de forma progressiva. Enquanto no início me sentia muito apreensiva e com alguma inibição, isso foi-se ultrapassando ao longo do estágio, perante as tarefas que tinha que desempenhar e os procedimentos que ia realizando e também pelo relacionamento com as enfermeiras, com os próprios doentes, porque nos íamos conhecendo melhor.” E_IV_A_25.

“Em relação à duração do estágio ... partindo do princípio que considero 6 semanas o tempo suficiente, achei que esse tempo também contribuiu para o meu desenvolvimento, porque um estágio muito curto nunca nos permite sentir-nos, não sei, nunca nos permite sentirmo-nos realmente integrados no serviço. Sentimo-nos sempre como ... passando lá e indo embora.

Assim, 6 semanas considero ser adequado. Porque as 4 primeiras semanas são sempre de integração, não só de integração no serviço, mas de integração na dinâmica, início do desenvolvimento da nossa autonomia e assim nas 6 semanas, as 2 últimas semanas é quando já nos sentimos realmente bem no estágio.” E_V_A_32

A continuidade dos cuidados a um determinado utente, durante um determinado período, foi também percebida pelos alunos como factor positivo na medida em que estreita as relações aluno-utente e facilita, não só o conhecimento do utente, como permite uma visão mais integrada das necessidades do mesmo, promovendo assim um desenvolvimento de competências de forma mais global.

“O facto de ter à minha responsabilidade um doente nesta primeira semana incentivou-me e permitiu uma integração progressiva em que direccionei a minha atenção sobretudo para um doente, facilitando a aquisição e consolidação de conhecimentos numa fase em que há uma grande diversidade de informação disponível.” DAP_V_A_01

É ainda pertinente interligar o microtempo, com o que já foi referido no ponto 2.3, da segunda parte deste trabalho, referente à contextualização do estudo, relativamente à organização temporal dos ensinamentos clínicos. É evidente nas narrativas de alunos e supervisores que, a descontinuidade das actividades, que advém da organização dos

⁹⁵ - A duração dos ensinamentos clínicos, tal como já foi referenciado é de 4 semanas no 2º ano e de 6 semanas a partir do 3º ano.

ensinos clínicos ou da sua interrupção por férias ou, pela semana académica do enterro do ano, se constitui como factor negativo para o desenvolvimento de competências.

“Um aspecto que gostaria de salientar nesta reflexão relaciona-se com a quebra que três dias consecutivos sem estágio provocam, visto ficarem somente quatro dias de estágio. Este facto, em que o período de estágio é quase o mesmo que estamos fora do serviço (quatro para três) considero ser nefasto, para a continuidade de cuidados/acompanhamento e pelo período significativo de afastamento do serviço. Creio que seria conseguido, numa fase de formação, um melhor trabalho e aperfeiçoamento de competências se esta situação não se verificasse.” DAP_VI_PSI_A_02

“Durante este estágio ocorreram duas interrupções, devido às férias da Páscoa e Semana Académica, que prejudicaram a continuidade do aperfeiçoamento e consolidação dos novos conhecimentos e cuidados.” R_VII_OPC_17

“Achamos diferenças, entre este grupo e o anterior dado que, este estágio teve algumas particularidades, interrupções que digamos que não são muito habituais. Porque atendendo as especificidade deste serviço... Implica que haja uma continuidade para que eles possam aperfeiçoar os procedimentos que eles aprenderam e o que todos nós sentimos foi que acho que para as pausas que eles tiveram durante o estágio quando eles regressaram vieram para um patamar inferior. Tivemos que recomeçar do, não foi do zero, porque o zero foi a primeira semana. Mas tivemos que recomeçar a repetir muitas coisas que eles já tinham interiorizado antes de relembrar exactamente. Procedimentos e técnicas que eles já faziam com alguma destreza e que quando chegaram cá depois das pausas tinham um certa dificuldade de apresentar algumas dificuldades.” E_VII_OPC_S_23

2.4.2– Mesotempo

A periodicidade dos processos proximais, a qual é inerente ao conceito de mesotempo, relaciona-se em parte com organização do plano curricular ou seja à forma como os ensinos clínicos estão estruturados no Currículo do CLE, da ESSUA. As reflexões emergentes das narrativas apontam para uma coerência entre esta periodicidade e as necessidades dos alunos tornando assim, cumulativas e sinérgicas as suas vivências e potenciando o desenvolvimento das suas competências.

“Em estágios anteriores sempre referi que a minha primeira dificuldade se relacionava com a comunicação com os utentes num primeiro contacto, o que me deixava um pouco inibida. Contudo, e nesta semana, este aspecto nem se levantou significando, portanto, para mim um avanço no meu processo de aprendizagem, um “patamar” subido na escalada que tenho percorrido enquanto aluna de enfermagem.” DAP_IV_A_02

“Devo de reconhecer que o estágio anterior (estágio de medicina) foi bastante benéfico para a minha formação e para a realização deste estágio, pois a maior parte dos procedimentos invasivos realizados nesta semana como a punção venosa, algaliação, etc... foram todos praticados no estágio anterior o que me permitiu realizar estes procedimentos com maior confiança, apesar de ter havido um período de aulas entre os dois estágios.” DAP_V_ANÓNIMO_01

“Ao longo destes quatro anos de Licenciatura em Enfermagem, tive a excelente oportunidade de passar por inúmeros campos de estágio, com metodologias e especificidades diferentes, o que me possibilitou adquirir, em cada momento, de forma gradual, não só um vasto leque de conhecimentos mas também uma maior destreza a nível comunicacional, atitudinal, técnico e cognitivo.” DAP_VII_CC_A_11

Embora na maioria das reflexões o intervalo de tempo entre os diferentes ensinamentos clínicos tenha sobressaído como factor facilitador do desenvolvimento, houve também referências em sentido oposto (como inibidor) por ser demasiado longo.

“Foi durante esta primeira semana que eu me deparei com algumas dificuldades que eu já pensava que tinha ultrapassado, nomeadamente a nível de injectáveis. Quando fui a administrar o meu primeiro injectável, senti-me um bocado perdida e apercebi-me que grande parte da destreza que eu já tinha adquirido no estágio passado, tinha desaparecido.” DAP_III_A_14

“Num olhar mais atento sobre esta semana, e que creio decorrer da ausência de uma prática contínua (porque o ensino clínico IV decorreu há cerca de 4 meses) consistiu, na percepção que tive da ocorrência de uma diminuição da agilidade/destreza em técnicas/procedimentos que no final do estágio anterior me sentia a vontade.” DAP_V_A_02

2.4.3 – Macrotempo

Relativamente a este elemento as reflexões de alunos e supervisores não o referenciaram de forma directa; contudo percebemos ao longo do trabalho a influência do mesmo no desenvolvimento de competências dos alunos.

Destacamos por isso a forma como apreenderam os conceitos de enfermagem, de cuidar, da relação de ajuda... e que emergem da reflexão sobre as diversas perspectivas epistemológicas, que estão subjacentes aos processos e aos contextos.

“Para mim foi especialmente marcante a percepção que tive da Enfermagem na sua dimensão mais humana. O contacto com os utentes/família, a relação constante de

ajuda que se estabelece, quer entre os utentes e os profissionais, quer entre estes e nós, estagiários, confirmam a abordagem holística do indivíduo pretendida pela Enfermagem.” R_II_A_45

“A maioria dos doentes é bastante vulnerável, não só do ponto de vista físico mas também psicológico, necessitando de alguém que converse com eles e que os escute. De acordo com PHANEUF (1995, p.22) verifiquei que “A relação de ajuda, pelas suas qualidades humanas vem acrescentar uma mais-valia, um suplemento de alma. Tomou mesmo tal importância no decorrer dos anos que se tornou uma condição *sine qua non* dos cuidados de enfermagem de qualidade.” A relação de ajuda inscreve-se portanto, num amplo quadro do cuidar em enfermagem. É por isso fundamental que cada um de nós dê o seu tempo, a sua competência, o seu saber, a sua capacidade de escuta, a sua compreensão, procurando partilhar vivências consideradas importantes.

Sendo o cuidar, a essência da nossa profissão, do nosso existir, procurei estar ciente de que a prestação de cuidados exige não somente um saber, mas também um saber ser um saber fazer e um saber estar para com o doente. O desenvolvimento deste tipo de saber é crucial, permitindo-me centralizar-me na especificidade da pessoa humana, tendo em conta o seu universo biopsicosociocultural.” DAP_VII_CC_A_11

“O papel de Enfermagem torna-se muito amplo de modo a cuidar e ajudar a pessoa em sofrimento, pois os conteúdos psico-afectivos, as expressões e significados são únicos e pessoais, e é nesta perspectiva que terão de ser compreendidos. É frequente percebermo-nos que uma pessoa está em sofrimento pelas atitudes e comportamentos, onde a nossa avaliação subjectiva é imperativa. (...) Assim, compreender e aliviar o sofrimento são elementos fundamentais do cuidar. DAP_VII_CC_A_16

As perspectivas actuais que defendem a aprendizagem ao longo da vida e a actualização permanente para dar resposta às descobertas científicas e tecnológicas emergem das reflexões, demonstrando assim a influência dos valores que marcam este período histórico.

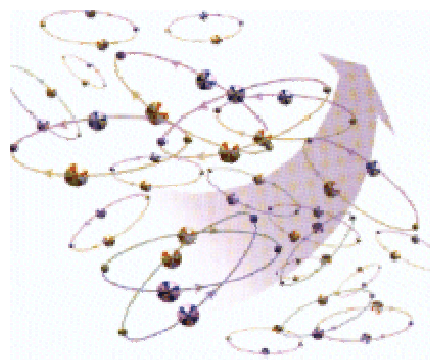
“A evolução constante e permanente do nível de conhecimentos teóricos e práticos que é imposto aos profissionais de enfermagem foi também uma das aprendizagens deste estágio. O enfermeiro tem que estar em constante evolução e estudo, todos os dias surgem novos protocolos a seguir, com novas medicações, novos efeitos, a que o enfermeiro tem que estar apto para lidar.

Um enfermeiro tem que estar sempre actualizado a nível da saúde, pois todos os dias é confrontado com inovações a que este tem que estar apto para lidar. E importante estar desperto para uma constante e permanente evolução com vista a uma melhor qualidade de cuidados.” DAP_II_ANÓNIMO_06

Em síntese...

Apesar de não termos encontrado nas narrativas, de forma muito explícita, referências a aspectos que possam ser relacionados com o *tempo*, na dimensão que lhe é atribuída na perspectiva bioecológica, não podemos deixar de evidenciar a sua importância do *tempo* como elemento subjacente a todo o desenvolvimento de competências dos alunos (**peçoas**), sendo o mesmo, na perspectiva bioecológica, transversal a todos os **processos** e **contextos**.

Concluída a apresentação e análise dos dados (quantitativos e qualitativos) obtidos realizamos no ponto seguinte a discussão dos mesmos confrontando-os com os trabalhos de outros investigadores.



**CAPÍTULO III -
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA**

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA

Os dados apresentados e analisados no ponto anterior emergiram das narrativas dos alunos e supervisores como consequência das suas reflexões em resultado das suas confrontações com a prática clínica e, ainda, da nossa observação. Muito embora tenhamos já introduzido alguns comentários aos mesmos, reservamos a sua discussão para este ponto no qual efectuamos a análise dos aspectos mais marcantes, quer pelo seu significado, quer pela comparação com resultados encontrados em estudos análogos e com diversas perspectivas.

Ressaltam assim destes resultados os factores inerentes ao desenvolvimento dos alunos e que, analisados à luz da perspectiva de Bronfenbrenner e Morris (1998), se podem discutir interligando os quatro elementos: Pessoa, Processo, Contexto e Tempo. Contudo, outros aspectos ou perspectivas estão em confronto nesta discussão, nomeadamente as resultantes de trabalhos realizados no nosso país nas áreas de Enfermagem e de Ciências da Educação e relacionados com os percursos de formação dos alunos de enfermagem.

Optámos assim por discutir os resultados de forma integradora, tendo subjacente o sentido evolutivo no tempo de formação dos alunos, com o objectivo de encontrar resposta para as questões de investigação formuladas, as quais convergem para compreender o processo de desenvolvimento de competências do aluno do CLE no contexto ecológico de ensino clínico, identificando factores que se constituíram como facilitadores ou como inibidores desse mesmo desenvolvimento. Justificamos assim o tema orientador desta discussão: **O desenvolvimento de competências do aluno em contexto de ensino clínico.**

Adoptando como base referencial a perspectiva bioecológica de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e Morris (1998), podemos definir o desenvolvimento de competências dos alunos como um fenómeno contínuo e mutável de construção pessoal que tem lugar através de processos progressivamente mais complexos, de interacção recíproca com as situações reais, que ocorrem com alguma regularidade e durante um determinado período de tempo.

Na procura da confirmação desse desenvolvimento e tendo em conta os dados apresentados anteriormente, podemos depreender dos mesmos, de uma forma global, que esse desenvolvimento é resultante de diversos factores que estão estreitamente interligados com o próprio aluno (as características da **pessoa**), os **processos** que ocorrem na sua interacção com outras pessoas e no envolvimento em actividades, em

contextos variados e em que o elemento tempo assume grande relevância, tal como tentamos ilustrar através da figura 40.

Para melhor compreender a nossa perspectiva passamos a explicitar a figura, na qual interligamos o aluno enquanto pessoa em desenvolvimento, com os quatro elementos do modelo **PPCT** (linhas pretas). Estes elementos estão interligados entre si (linhas tracejadas laranja). Relativamente aos Contextos o macrosistema relaciona-se com o exo, o meso e o microsistema, assim como o micro e o mesotempo se interligam com o macrotempo (**Tempo**). Relacionamos ainda entre si, através das linhas azuis, os elementos presentes no **Processo** e, como tal, directamente relacionados com a **Pessoa**.

As linhas tracejadas roxas ilustram a inter-relação das actividades dos alunos, inerentes ao seu papel, com as actividades desenvolvidas, e que podem ser geradoras de dificuldades e de sentimentos diversos. Consideramos ainda em ligação com o aluno, enquanto pessoa os diferentes papéis assumidos (linhas contínuas azuis), assim como as suas características de demanda, as disposições e os recursos bioecológicos.

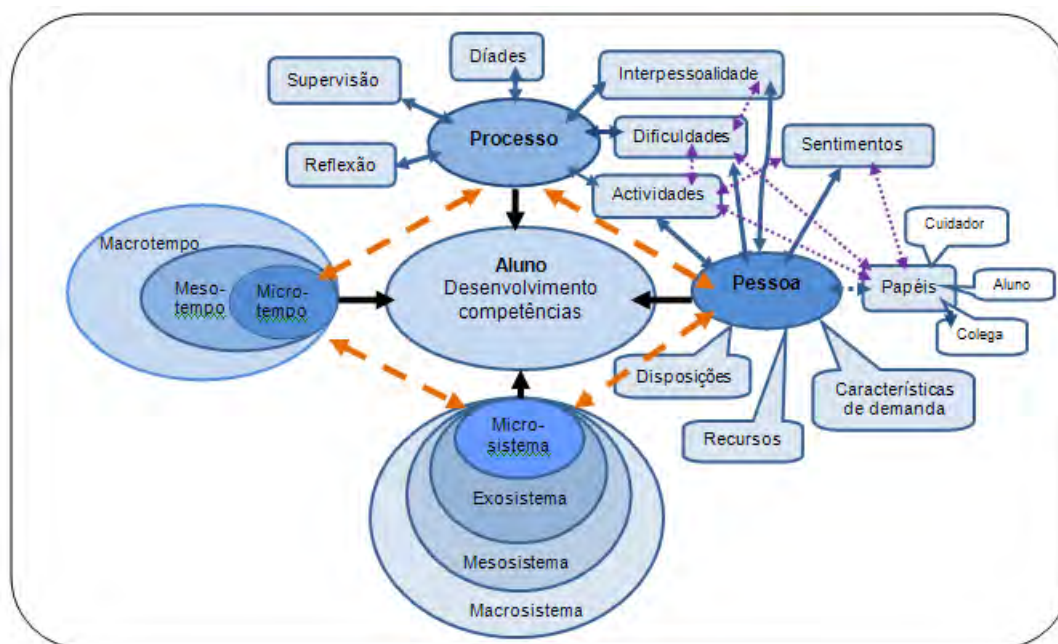


Figura 40 – Factores influenciadores do desenvolvimento de competências.

Tal como já referimos na apresentação dos dados, todos estes elementos estão tão intrincados entre si que se torna difícil objectivar a discussão dos resultados separadamente. Retomamos nos pontos seguintes as questões de investigação e os objectivos do trabalho para tentar sistematizar esta discussão.

1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ALUNOS EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO.

Na procura da confirmação do desenvolvimento de competências dos alunos analisámos as classificações obtidas pelos alunos, em cada ensino clínico ao longo do curso. Procurámos assim extrair dessas classificações, evidências que pudessem confirmar, ou não, as proposições da referida teoria confrontando-as com resultados de outras investigações.

Os resultados obtidos devem ser compreendidos no contexto do “caso” em estudo⁹⁶, relacionando o mesmo com os aspectos que o caracterizam e que foram explicitados ao longo do trabalho⁹⁷, nomeadamente com o nosso acompanhamento de todo o processo, que nos permitiu um conhecimento profundo do percurso formativo dos alunos.

... as classificações e a confirmação de desenvolvimento de competências

As classificações obtidas (tabela 1 e gráfico 4) partem de um patamar inicial, já elevado, onde a média das diferentes dimensões (cognitiva, comunicacional, atitudinal e técnica) varia entre 14,076 (sd 1,456) e 16,948 (sd 0,889) para um patamar final onde a média varia entre 17,086 (sd 0,8317) e 17,922 (sd 0,6802). Estes resultados demonstram uma tendência de evolução positiva das classificações dos alunos em todas as dimensões de competência: cognitiva, atitudinal, comunicacional e técnica o que, de alguma forma é expectável considerando o plano curricular da ESSUA em que cada ensino clínico se vai constituindo como período integrador de aprendizagem, desenvolvendo-se num *continuum* crescendo de complexidade e abrangência para que as competências adquiridas ao longo do percurso de formação sejam cumulativas, sinérgicas e interactivas. É evidente ainda nestas classificações uma diminuição da sua dispersão, não só entre os alunos como também nas diferentes dimensões, como mostram os valores do desvio padrão das mesmas que, no ensino clínico II, variam entre 1,554 (dimensão comunicacional) e 0,889 (dimensão atitudinal) e vão diminuindo, apresentando, no ensino clínico VII, uma variação entre 0,831 (dimensão cognitiva) e 0,680 (dimensão atitudinal).

⁹⁶ - Não pretendemos, tal como já referimos na metodologia, generalizar os resultados obtidos, mas se possível encontrar padrões de comparação com outros contextos similares.

⁹⁷ Ponto 2 do Capítulo I, da Parte II - Metodologia -Contextualização do estudo – Formação em Enfermagem na ESSUA.

Ao relacionarmos estas classificações com as características dos diferentes ensinamentos clínicos, podemos depreender que é manifestamente evidente o desenvolvimento dos alunos na medida em que, face às diferenças dos contextos e de forma congruente com os objectivos propostos, acompanham as exigências dos cuidados obtendo classificações mais elevadas.

Estes resultados presumem que os alunos vão adquirindo uma concepção mais ampliada, diferenciada e válida do contexto, demonstrando maior motivação e capacidade para se envolver em actividades cada vez mais complexas, que sustentam cada contexto (Bronfenbrenner 2002).

Este desenvolvimento convoca uma mudança, no sentido do crescimento nas competências dos alunos, através de um processo dinâmico, dialéctico e progressivo que implica não só uma reorganização nos domínios da percepção e da acção, como também uma certa continuidade ao longo do tempo e do espaço (Alarcão e Tavares, 2003). Subentende-se, assim, que os alunos desenvolveram uma crescente capacidade de interacção com os contextos (actividades, relacionamento interpessoal) por forma a dar resposta ao crescendo da complexidade das situações em que se envolveram.

Encontramos aqui um paralelismo entre este processo de desenvolvimento e os níveis de desenvolvimento profissional propostos por Benner (1984), os quais reflectem mudanças em aspectos gerais do desempenho, gerando um movimento de confiança em princípios abstractos para a utilização de experiências concretas e uma mudança na percepção e entendimento da exigência de uma determinada situação, evoluindo da percepção da mesma como a soma das partes, para uma concentração no aspecto fulcral do problema.

Na “leitura” destas classificações podemos tentar compreender ou identificar a evolução dos alunos ao longo do curso, a nível das diferentes dimensões: cognitiva, atitudinal, comunicacional e técnica.

A dimensão atitudinal sobressai das restantes durante todo o percurso formativo, pelas classificações mais elevadas; as dimensões cognitiva e técnica apresentam proximidade em termos classificativos (ao nível mais baixo) enquanto a dimensão comunicacional se mantém numa posição intermédia entre os níveis referidos. Os níveis de classificação apresentados em cada dimensão são congruentes, não só com as narrativas dos alunos e supervisores, mas também com as características de cada contexto.

Relativamente à sobressaliência da **dimensão atitudinal**, não podemos confrontar os nossos resultados com os de outros trabalhos realizados pois não encontramos resultados referentes ao estudo desta dimensão na mesma lógica que utilizámos; contudo, encontramos no trabalho de Carvalho (2004) referência a esta

dimensão como sendo um dos aspectos mais valorizados pelos docentes na avaliação dos alunos em ensino clínico. Tal como o referido autor, também fomos observando ao longo do trabalho uma valorização da dimensão atitudinal que é de salientar, nomeadamente, como referem alguns supervisores, tendo em conta a idade dos alunos e o contexto sócio-cultural actual (macrotempo). Esta dimensão pode ainda ser debatida à luz das diferentes perspectivas de desenvolvimento humano, sobretudo as que se referem ao desenvolvimento da pessoa com idade compreendida entre os 17 e 22 anos - “Jovem adulto” (Chikering e Reisser, 1993; Erikson, 1976; Heath, 1994) mais especificamente, com o que é esperado destes jovens adultos, aquando da sua entrada no ensino superior, nomeadamente os trabalhos realizados em Portugal por, Tavares (2003), Fernandes (2003), Araújo (2005), Diniz e Almeida (2006) e Moreira (2007).

Pudemos observar que as dificuldades referentes a esta dimensão, emergentes das narrativas, são manifestamente inferiores (em número), às referidas para as dimensões restantes. São dificuldades sobretudo iniciais, em cada ensino clínico, referentes à participação nas actividades do serviço e à forma como se devem posicionar face aos profissionais e que decorrem naturalmente do desconhecimento do contexto e da assunção do seu papel de aluno.

As **dimensões cognitiva e técnica**, tal como referimos, apresentam valores muito próximos durante todo o percurso formativo, o que pode ser justificado pela associação que se faz entre as duas dimensões, ou seja, o “agir em situação” (muito ligado ao conceito de competência) na execução de um procedimento técnico implica a mobilização reflectida de conhecimentos e a transposição dos mesmos para a acção situada.

As duas dimensões estão indiscutivelmente interligadas, entre si, mas também associadas à complexidade dos contextos (das situações apresentadas pelos utentes) e com as próprias características cumulativas e sinérgicas das mesmas.

Acresce ainda salientar que as mesmas estão relacionadas com o próprio desenvolvimento dos alunos [veja-se os trabalhos realizados na área do desenvolvimento dos alunos do ensino superior por Chickering (1992), transpostos para a formação em enfermagem, em Portugal, por Araújo (2005)].

É para nós evidente que a evolução observada a este nível é resultante de diversos factores (a serem discutidos posteriormente), mas sobressai o significado atribuído à experiência pessoal em cada contexto, ou seja, à reflexão sobre a acção, à (re)estruturação da sua própria acção após o *diálogo* com a situação (**back talk**) tal como perspectiva Schön (1983, 1987) e à confrontação com as suas capacidades e objectivos. É ainda evidente a importância do tempo (microtempo e mesotempo) (Bronfenbrenner e Morris, 1998), sobretudo na dimensão técnica que pressupõe o desenvolvimento de uma

destreza manual (saber fazer) que só é possível de adquirir fazendo, aprendendo a fazer fazendo (**learning by doing**), (Schön, na linha de Dewey). Contudo, para que esse desenvolvimento seja efectivo é necessário que as actividades em que se envolve se realizem numa base regular e por períodos mais ou menos prolongados (Bronfenbrenner e Morris 1998). As classificações dos ensinos clínicos VI e VII, cujo período de tempo é consideravelmente superior aos ensinos clínicos anteriores, vem ao encontro desta perspectiva bioecológica.

A **dimensão comunicacional**, em termos classificativos, encontra-se numa posição intermédia relativamente às restantes dimensões; contudo acentuamos a importância que a mesma tem, no contexto global de desenvolvimento de competências, na medida em que esta dimensão se assume como muito importante no desempenho profissional dos enfermeiros. As dificuldades sentidas nesta dimensão são congruentes com as classificações obtidas e a sua pequena variabilidade ao longo do curso é reflexo das características de cada ensino clínico, que pressupõe logo à partida que a comunicação com utentes diferentes varia, não só no que se refere à situação clínica, mas também relativamente à faixa etária.

Podemos ainda citar as dificuldades de comunicação relacionadas com os restantes elementos da equipe de saúde, nomeadamente nas passagens de turno ou na execução de registos, encontradas por outros investigadores (Leitão 2000; Fernandes 2004; Ferreira 2004).

As dificuldades sentidas nesta dimensão resultam da complexidade da mesma, na medida em que ela está presente em todas as actividades que os alunos vão desenvolvendo, mas também pelo grande enfoque relativamente às intervenções do domínio técnico, por um lado deixando pouco “espaço” para o domínio comunicacional e, por outro “exigindo” competência neste domínio (comunicacional) criando assim uma ambivalência geradora de ansiedade e de conflitos intrapessoais.

Na nossa leitura dos resultados queremos salientar a concordância dos mesmos com o contexto actual dos cuidados de saúde mais especificamente com os cuidados de enfermagem. Apesar da evolução da enfermagem nas últimas décadas é ainda manifestamente evidente, se não mesmo predominante, uma prática de cuidados centrada nos cuidados físicos e nas intervenções interdependentes em detrimento das intervenções autónomas de enfermagem. Este facto faz realçar a vertente técnica dos cuidados, à qual está subjacente um determinado conhecimento científico e uma perspectiva biomédica (Collière, 1989; Pearson e Vaughan, 1986), assente numa organização do trabalho em função das actividades (perspectiva tayloriana, da organização do trabalho), o que por sua vez, faz emergir uma dicotomia entre esta “enfermagem real” e a “enfermagem teórica”, a que se ensina na escola e que

tendencialmente se enquadra mais numa perspectiva humanista tendo subjacente a “escola de cuidar”. Face a esta dicotomia é frequente os alunos procurarem “imitar” o profissional de referência, Supervisor ou Tutor, apropriando-se da sua forma de “estar e de fazer enfermagem” e procurando minimizar as dificuldades sentidas sobretudo na fase inicial de cada ensino clínico.

... as classificações e os estádios de desenvolvimento de competências

Pretendemos ainda da análise das classificações identificar possíveis estádios de desenvolvimento dos alunos ao longo do curso. Estes, não sendo explicitamente evidentes apenas pelas classificações, são contudo “observáveis” através da triangulação das classificações com as características de cada ensino clínico, com as narrativas e com a nossa observação. Encontramos assim indícios de “saltos” no desenvolvimento de competências, não só ao longo do curso como dentro de cada ensino clínico.

Ao longo de cada ensino clínico podemos referir o período inicial, que propicia a integração nos serviços e que se verificou ser importante consubstanciando todo o processo promotor de desenvolvimento (incluímos aqui as actividades, os papéis e a interacção). Podemos assim considerar este período como exploratório, no qual os alunos procuram familiarizar-se com os contextos, nomeadamente no que se refere aos recursos, humanos e materiais, apropriando-se das metodologias utilizadas e dos hábitos ou “rotinas”, ou seja, dos esquemas de trabalho desenvolvidos pela equipa de enfermagem, em cada turno e que caracterizam a cultura de cada serviço.

Nas suas narrativas os alunos referem este período como **facilitador** do seu desenvolvimento, sempre que se verifica da parte da equipa uma disponibilidade e um apoio evidente, estabelecendo-se assim uma atmosfera envolvente que promove a sua participação nas actividades do serviço, sem o receio de demonstrar as suas dificuldades, os seus medos ou a sua (in)capacidade para agir em situação. Estes resultados estão em consonância com Fernandes (2007:209,287), acrescentando ainda a autora que “integrar-se no espaço de estágio é integrar-se nos saberes emergentes do trabalho colectivo”, o que permite aos alunos, na nossa perspectiva, um maior envolvimento nas actividades sentindo-se em muitos casos como elemento integrante da equipa referindo mesmo sentir-se “quase enfermeiros”.

Da análise da nossa observação participante feita com base na grelha de observação criada (referenciada no ponto da metodologia), este período de integração, na maioria dos casos decorre durante a primeira semana, sendo evidente, nas semanas seguintes, a participação mais activa dos alunos nas actividades dos serviços, como resultado de um desenvolvimento nas diferentes dimensões.

Esta primeira semana é entendida como “integradora” das dinâmicas do serviço, não só pelos alunos mas também pelos diferentes profissionais, pelo que estes dão especial atenção aos alunos nesta fase. Observa-se frequentemente a utilização de estratégias de supervisão que vão ao encontro das referenciadas por Schön, nomeadamente, a demonstração acompanhada de reflexão (**follow me**) e a experimentação em conjunto (**joint experimentation**).

Quando não é proporcionado aos alunos este período de integração, ou quando o mesmo não é vivenciado desta forma, os alunos referem um maior nível de stress (Fernandes 2003) e mais dificuldades no desenvolvimento das suas competências, ao longo do ensino clínico (Fernandes 2007).

Durante este período, sobressaem as dificuldades dos alunos no que se refere à transposição dos conhecimentos para o contexto real demonstrando assim, dificuldades de integrar os saberes, mesmo os emergentes de outras vivências de ensino clínico, nos novos contextos. Estas dificuldades estão muito interligadas com os sentimentos que têm que gerir, nomeadamente, a ansiedade, o medo, a insegurança (que são simultaneamente geradores e resultantes das dificuldades sentidas).

Na perspectiva de Caires (2001)⁹⁸, a integração, vista numa perspectiva mais “sócio-institucional”, pode ser uma das tarefas mais desafiantes do próprio estágio sendo assim determinantes do sucesso do mesmo.

Ultrapassado este período de integração, decorre um período em que se observa uma evolução, mais ou menos constante, evidenciada numa maior disponibilidade e motivação para participar nas actividades do serviço (Carvalho, 2004; Fernandes, 2007), apenas perturbada pela aproximação do final do ensino clínico e, conseqüentemente, da apresentação do relatório e da avaliação final. Esta fase, ainda que nem sempre seja muito evidente, pode ocorrer e ser influenciadora do desenvolvimento de competências na medida em que, por vezes, os alunos ficam tão ansiosos com a avaliação que não conseguem concentrar-se nas actividades do serviço, descuidando aspectos que já não seriam esperados, ou perdendo oportunidades de participação em actividades que lhe proporcionariam um maior desenvolvimento de competências.

Sempre que se inicia um novo ensino clínico, este período de integração recomeça, pois existe sempre o factor do desconhecimento do contexto, do iniciar novas relações, do aumento da complexidade dos cuidados; contudo o tempo necessário a essa integração vai sendo menor, porquanto mais rapidamente compreendem e se integram nas dinâmicas dos serviços.

⁹⁸ Referente à adaptação à instituição de estágio, no caso da formação de professores.

É frequente, neste período, os alunos fazerem referências à dicotomia teoria prática, sobretudo quando não compreenderam ainda as diferenças das “culturas das organizações” e não conseguem ainda ter uma visão global dos serviços, dos utentes e dos cuidados (congruente com o nível de principiante definido por Benner, 1984). Este facto pode constituir-se como gerador de stress, na medida em que se confrontam com um contexto real que não é de todo sobreponível às expectativas criadas, gerando insegurança e incertezas sobre o modo de agir e a forma de estar (Fernandes, 2007; Franco, 2000).

Assim, de uma forma global, pudemos observar maiores e mais rápidos níveis de integração em cada contexto de ensino clínico à medida que decorria o curso, o que em termos de socialização à profissão pode ser considerado um bom indicador de desenvolvimento. Do mesmo modo, as referências às diversas dificuldades e as estratégias utilizadas para as superar são também indicadores de desenvolvimento e de uma crescente consolidação da identidade profissional.

Relativamente aos estádios de desenvolvimento de competências ao longo do curso⁹⁹, foi para nós evidente, de acordo com a perspectiva de Benner (1984), que no ensino clínico II, III e IV, os alunos demonstraram estar no nível de **Principiante**. Este nível é congruente com a falta de experiência (vivências) na prestação de cuidados e, conseqüentemente, com a impossibilidade de confrontação com situações análogas que lhes permita uma reflexão e um julgamento discricionário (Pereira, 1998).

Torna-se assim visível a necessidade que os alunos sentem de apoio dos supervisores e de toda a equipa, recorrendo com frequência aos protocolos existentes na instituição para orientação das actividades a desenvolver, as quais, frequentemente, desenvolvem por modelagem, após a observação dos profissionais, e pela realização de actividades, sempre muito próxima do enfermeiro que os supervisiona, como refere Fernandes (2004:190), em que os alunos se tornam a “*sombra da enfermeira*”, o que é igualmente congruente com os resultados de Carvalho (2004) e evoca a perspectiva de Benner (1984) relativamente ao nível de principiante.

A complexidade dos contextos, em nosso entender, nem sempre é percebida pelo aluno na sua totalidade, uma vez que não se conseguem desligar dos protocolos e apenas observam as situações como “um somatório” de aspectos a observar.

Talvez seja possível identificar no final do ensino clínico IV, na maioria das situações, um nível de desenvolvimento que se poderá coadunar com o que Benner (1984) definiu como nível 2 – **Iniciado avançado**, dado que os alunos vivenciaram já um conjunto de situações que lhes permitem, por si mesmos, ou com orientação do

⁹⁹ Realçamos mais uma vez que não pretendemos generalizar os resultados, mas que à nossa interpretação está subjacente o desenho curricular do CLE e a perspectiva de formação na ESSUA.

supervisor, em situações análogas, identificar os aspectos que lhes possibilitam agir com pertinência demonstrando assim um determinado grau de autonomia na realização das suas actividades. É ainda observável, nesta fase, uma maior exigência consigo mesmos, na execução dessas actividades, demonstrando assim uma preocupação com a qualidade dos cuidados que prestam e um sentido ético inerente ao processo de cuidar.

A partir do ensino clínico V, sobretudo após o período de integração, podemos observar um nível de desenvolvimento sobreponível ao que Benner (1984) designa por **Competente**. Em termos de classificações, é evidente a evolução do ensino clínico IV para o ensino clínico V, o que se explica porque nesta fase os alunos já vivenciaram experiências, num período de estágio anterior, que lhes permite sentirem-se mais capazes de fazer frente aos imprevistos de cada situação. Demonstrem já uma maior flexibilidade na transposição dos conhecimentos, para dar resposta à especificidade de cada situação; estruturam mentalmente, com maior facilidade, as suas actividades, descrevendo-as de forma compreensível e justificando as suas acções com base na reflexão emergente da confrontação com cada situação (Fernandes, 2007). O espírito crítico e a reflexão espontânea estão patentes na capacidade de solicitar apoio sempre que a situação exige um nível de perícia que está para além do seu papel de aluno, demonstrando assim responsabilidade e avaliando as consequências dos seus actos. Alguns destes aspectos são referidos como essenciais ao processo de desenvolvimento profissional, nomeadamente por Schön (1987), Alarcão (1996), Sá-Chaves (2002), Alarcão e Tavares (2003) e, na nossa perspectiva, ao serem identificados nos alunos em contexto de ensino clínico, são indicadores do nível do desenvolvimento referenciado, porquanto em níveis inferiores estes aspectos não são expectáveis.

Ocorre aqui salientar que, para além deste nível, não conseguimos “definir fronteiras” ou mesmo afirmar que os alunos atingem os níveis sobreponíveis aos de **Proficiente** e de **Perito** definidos por Benner (1984), porquanto o nível Proficiente pressupõe uma experiência significativa de forma que as novas situações possam ser compreendidas na sua globalidade, identificando as características específicas das mesmas e prevendo as manifestações seguintes. O nível de Perito é, na perspectiva da autora, o nível mais elevado de desenvolvimento e, como tal, por si só já pressupõe um período de tempo de trabalho efectivo num mesmo local, por forma a ter tido um conjunto de experiências suficiente que possa abarcar a maioria das situações com as quais se possa deparar. Esta experiência promove a compreensão intuitiva de cada situação apreendendo directamente os problemas sem perder tempo com um *largo leque de soluções ou de diagnósticos estéreis*.

Esta dificuldade em confirmar um nível de desenvolvimento mais elevado surge, não só pela nossa observação e pela análise dos resultados, mas também pela aparente

contradição que emerge das reflexões de supervisores e alunos. Embora alguns supervisores confirmem o nível de desenvolvimento sobreponível ao de Perito, outros, supervisores e alunos assumem a dificuldade em atingir esse nível, porque enquanto alunos não é possível apreender a concepção holística e integradora da realidade, onde o biológico, o psicológico e o sociocultural representam dimensões parciais de uma realidade complexa.

Relativamente a estes níveis progressivos de desenvolvimento, Benner (1994) é de opinião que os mesmos não são transferíveis de contexto para contexto, ou seja, admite sempre a necessidade de integração quando se muda para um novo contexto e afirma que esta integração recoloca o enfermeiro num nível inferior ao que demonstrava num contexto anterior com o qual estava familiarizado. Esta foi uma constatação nossa, não só através da observação como também através das narrativas, ou seja, sempre que os alunos iniciam um ensino clínico observa-se que o seu estágio de desenvolvimento é inferior ao observado no final do ensino clínico anterior.

O facto de não ousarmos afirmar que pudemos observar (de uma forma global e explícita) um nível de desenvolvimento sobreponível ao de proficiente e ao de perito, está relacionado com a duração de cada ensino clínico e a periodicidade dos mesmos, ou seja, cada ensino clínico tem uma duração máxima de seis semanas num mesmo local, ou área e, para além disso, há ainda intervalos de tempo “longos” entre os ensinamentos clínicos II, III, IV, V e VI, que podem ser influenciadores do desenvolvimento, tal como perspectivam Bronfenbrenner e Morris (1998), ao considerarem o Mesotempo. Todavia em algumas situações, pudemos observar indícios de uma apreensão da situação de forma intuitiva, estruturando já as suas acções de forma determinante.

Em algumas das narrativas, pudemos identificar aspectos que poderiam colocar os alunos ao nível de perito ou de proficiente, pois que a reflexão sobre a acção e a reflexão sobre a reflexão na acção que fazem, pressupõe um distanciamento da situação vivenciada, mas simultaneamente uma visão global da mesma com a apreensão dos aspectos essenciais, analisando-os a um nível que pode ser considerado como crítico-emancipatório (Abrantes, 2005). Nestas reflexões, encontramos aspectos que deixam transparecer um nível de desenvolvimento de proficiente ou perito na medida em que realçam a importância da interacção entre o conhecimento (teorias científicas) e o desenvolvimento de competências sustentado pela reflexão, pela discussão de ideias com os pares, pela confrontação com as situações reais, evidenciando-se aqui a confirmação de que não há cuidados standards, mas esquemas de acção que podem gerar cuidados singulares, tal como assume Fernandes (2004) relativamente aos resultados obtidos no seu trabalho.

Concluimos assim que a diversidade dos contextos dos ensinamentos clínicos ao longo do curso, assim como o tempo de duração de cada um, não se coadunam com a estabilidade e a persistência na execução das actividades, necessárias a um desenvolvimento que permita atingir níveis de competência superiores (Proficiente e Perito), tal como perspectiva Benner (1984). Esta influência do tempo no desenvolvimento é igualmente salientada por Bronfenbrenner e Morris (1998), ao evidenciar a importância do micro e do mesotempo.

Por outro lado, poderemos eventualmente declarar que é esta diversidade de contextos que promove o desenvolvimento dos alunos, porquanto nos diferentes contextos eles vivenciam realidades diversas, não só referentes às áreas de prestação de cuidados, às interações que estabelecem e aos papéis que desempenham como, também, integram diferentes culturas institucionais (Abreu 2007), cuja complexidade se transforma muitas vezes num desafio a ultrapassar promovendo o uso de estratégias que potenciam o seu desenvolvimento. O que entendemos ser concordante com Sá-Chaves (2007:120) quando a autora se refere, ao *efeito multiplicador da diversidade*, “como inquestionável forma de enriquecimento dos processos de construção pessoal e colectiva dos saberes” e ao *princípio da experiência em contextos diversificados*, ao qual se atribui um potencial de desenvolvimento que é “tanto maior quanto mais rica for a natureza e o número de vivências em contextos diversificados.” (Alarcão e Sá-Chaves 1994:218)

Em síntese, podemos afirmar que, de alguma forma, o desenvolvimento observado nos alunos está em consonância com a perspectiva da aprendizagem experiencial de Kolb (1984), a qual se inscreve como um ciclo em que o contexto de ensino clínico permite aos alunos ter a experiência (concreta) e esta, através da observação reflectida, faz emergir os conceitos (conceptualização abstracta) que vão servir de guia a novas experiências transformando assim a aprendizagem num processo cíclico, através da activação de experiências anteriores e integração de novos conhecimentos.

2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ALUNOS EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO À LUZ DO MODELO BIECOLÓGICO PPCT

Considerando este trabalho como um “*short-term longitudinal study*” (Bronfenbrenner, 2005) realizado com jovens adultos, não podemos deixar de reconhecer que estão a ocorrer, em simultâneo, o desenvolvimento pessoal e o desenvolvimento de competências pré-profissionais, cuja sustentação pode ser evidenciada nas perspectivas de Bronfenbrenner (1979, 1989, 1992, 2005), Chikering e Reisser (1993), Sá-Chaves (1997), Simões e Simões (1997), Bronfenbrenner e Morris (1998), Alarcão e Tavares (2003), Tavares (2003), Fernandes (2003), Araújo, (2005), entre outros.

Assim, o que já foi referido sobre o desenvolvimento das competências encontra ainda mais significado se observado à luz da perspectiva bioecológica de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e Morris e das adaptações da teoria bronfenbreniana à formação profissional defendidas por Alarcão e Sá-Chaves (1994) e Oliveira-Formosinho (1997, 2001).

A compreensão do desenvolvimento do aluno do CLE em contextos de ensino clínico, à luz destas perspectivas é agora facilitada porque nos permite ter um olhar sobre a globalidade dos aspectos que podem estar presentes e influenciar o desenvolvimento das suas competências, tal como pretendemos ilustrar com a figura 42, apresentada e explicitada anteriormente.

Dos factores identificados, na nossa investigação, como influenciadores do desenvolvimento de competências dos alunos, podemos numa primeira “linha” evidenciar – a **pessoa**, o **processo**, o **contexto** e o **tempo**.

Ao evidenciarmos a **Pessoa**, aluno, estamos a imputar-lhe simultaneamente dois atributos, como influenciador do desenvolvimento e como resultado desse mesmo desenvolvimento, pois o seu desenvolvimento está dependente de diversos factores, entre eles as suas características individuais e essas características vão evoluindo ao longo do seu desenvolvimento, transformando-se assim num processo em espiral, que não termina, porquanto a pessoa está em desenvolvimento permanente.

Assim, relativamente aos alunos (enquanto **pessoas**) em desenvolvimento e na perspectiva bioecológica, identificámos aspectos relacionados com: as suas características, os papéis que desempenharam, as actividades que foram desenvolvendo, as interacções que estabeleceram, as dificuldades que sentiram, as novas relações que estabeleceram, os sentimentos que vivenciaram, tudo isto num **processo** cíclico, onde a reflexão sobre o mesmo foi o ponto essencial, que nos permitiu

compreender o seu percurso e identificar os factores que se tornaram mais (ou menos) favoráveis ao seu desenvolvimento, enquadrados num **contexto** mais ou menos próximo (micro ao macrosistema) e no seu **tempo** histórico (macrotempo), (Bronfenbrenner e Morris, 1998; Abreu 2007).

... alunos enquanto Pessoas

Relativamente às características pessoais evidenciaram-se como factores facilitadores do seu desenvolvimento, a capacidade de se envolverem nas actividades, progressivamente mais complexas (processos proximais) ao longo de cada ensino clínico e ao longo do curso (Bronfenbrenner e Morris 1998), a qual resulta, em grande parte, da sua motivação, que suscita uma procura constante, não só de novos conhecimentos que possam dar respostas efectivas às dúvidas suscitadas pelas situações reais, como também de aperfeiçoamento das suas intervenções com o objectivo de melhorar os cuidados de enfermagem que prestam aos utentes (Carvalho, 1996, 2004; Pereira, 1998; Leitão, 2000).

É neste processo de interacção com os contextos (pessoas, objectos e símbolos) que os alunos se vão confrontando com as suas capacidades concretizando apropriações, “mais ou menos duradouras“, que conformam as suas competências futuras (Abreu, 2007).

Os dados obtidos apontam para a emergência da maturidade ao longo dos ensinamentos clínicos, que se inter-relaciona com esta motivação e que advém, com salientam Chikering e Reisser (1993), Tavares (2003), e Araújo (2005), do seu próprio desenvolvimento pessoal e enquanto aluno do ensino superior, o que está em consonância com a perspectiva de Dewey (1974), citado por Schön (1992).

Como factores inibidores do desenvolvimento, relacionadas com as características dos alunos, evidenciou-se a timidez, o que, em nossa opinião, se relaciona mais com o modo como essa timidez foi interpretada pelos supervisores ou equipa, ou seja, não que esta fosse limitativa das intervenções a realizar, mas porque causava inibição, ao aluno, perante algumas situações e era por isso interpretada como falta de destreza, de iniciativa, de conhecimento ou mesmo dificuldade em comunicar.

Estes resultados encontram eco na perspectiva de Bronfenbrenner (1992) reconceptualizada em 2005, quando refere o temperamento, o carácter e a personalidade como competências pessoais e afirma que nenhuma destas características da pessoa existe ou exerce influência no desenvolvimento de forma isolada, porquanto estão fortemente interligadas e encontram os seus significados em cada ambiente em particular. Nesta nova moldura concepcional, o autor (re)caracteriza as mesmas

designando-as de características sócio-emocionais e motivacionais, cujos potenciais envolvem simultaneamente aspectos cognitivos, sócio-emocionais e motivacionais que, tradicionalmente, eram separados como capacidades cognitivas, por um lado e qualidades de temperamento e de personalidade por outro.

Do mesmo modo, Abreu (2007) refere a perspectiva de Kolb (1984) sobre os estilos de aprendizagem e as características do aluno, nomeadamente o ser mais extrovertido ou mais introvertido, o que pode levar o professor a interpretar de forma incorrecta o seu nível de aprendizagem.

Dos papéis que os alunos desempenharam no decurso dos ensinamentos clínicos e que nós consideramos como elementos importantes no desenvolvimento das suas competências salientamos o *papel de aluno* que se evidenciou perante: o supervisor, os utentes, enquanto aprendiz de prestador de cuidados; os restantes elementos da equipa de saúde e o docente orientador do ensino clínico (Leitão, 2000). Podemos assim afirmar que todos os papéis estão interligados, mas o papel central é o de aluno sendo a partir deste que se definem os restantes.

Neste papel de aluno salientamos o envolvimento nas diversas actividades desde a observação até à execução, com a autonomia congruente com o mesmo, de actividades cada vez mais complexas inerentes ao processo de cuidar. Estas actividades constituem-se como elemento importante no processo de desenvolvimento sempre que se considerem actividades molares, isto é, plenas de significado e, por inerência do papel de aluno, se constituem as díades: aluno supervisor; aluno utente (Bronfenbrenner 1979, 2005).

Relacionado com estas actividades está implícito o processo de supervisão, que evidencia o papel do docente e especialmente do supervisor referenciado como elemento substancial no seu processo de desenvolvimento, tal como encontramos nos resultados de Leitão (2000).

Nas reflexões sobre o seu papel de aluno é manifesta a importância que atribuem aos ensinamentos clínicos no seu processo formativo, resultante das dinâmicas, da complexidade, da instabilidade e da imprevisibilidade dos contextos, como se em cada contexto novo sentissem novas oportunidades de desenvolvimento, como um processo de formação inacabado, o que enforma na perspectiva Sá-Chaves (2000), relativamente ao *princípio do inacabamento* sendo também congruente com a perspectiva de Abreu (2003) e os resultados de Fernandes (2004).

Realçam ainda a convicção de que cada utente, pela sua unicidade, é também uma “fonte de aprendizagem”, porquanto os faz compreender a fragilidade da condição humana, que lhes mostra como o sofrimento pode modificar o sentido das “pequenas

coisas”, que os coloca perante dilemas éticos que nem os conhecimentos teóricos nem a prática laboratorial podem substituir.

Embora o papel de aluno tenha surgido como principal, o papel de colega de grupo foi realçado com alguma veemência, na medida em que, por diversas vezes, se constituiu como forte apoio ao seu desenvolvimento não só na troca de experiências como na ajuda pontual para a realização de determinadas actividades, sendo por isso promotor do desenvolvimento das competências de trabalho em equipa, tão importante nos cuidados de saúde (Le Boterf, 1994), de desenvolvimento de atitudes de colaboração, de respeito e de compreensão de sentimentos e de dificuldades (Longarito 1999; Leitão 2000; Fernandes 2004; Abreu 2007).

Porém, este relacionamento com os pares foi também entendido por alguns alunos como elemento inibidor do desenvolvimento sempre que se verificou alguma competição da qual resultava um relacionamento menos favorável ao desenvolvimento, nomeadamente a não partilha de informação, a disputa pela realização de determinadas actividades, ou quando este relacionamento era gerador de ansiedade (Carvalho, 1996; Fernandes, 2003).

É ainda de considerar a importância do sentimento de pertença à equipa (papel de colegas de equipe). Este é um factor importante de reconhecimento das suas competências por parte dos elementos das equipas onde estavam integrados, reconhecimento este que era promotor de novos desafios de querer ir mais além, assim como do aumento da auto-confiança (Abreu 2007).

Salientam-se ainda como importantes outros papéis desempenhados na família, na comunidade, no grupo, na medida em que o aluno continua inserido na sua família e no seu grupo sócio-cultural. Foram diversas as referências a esses papéis, sobretudo pelo apoio que deles advinha no início de cada ensino clínico ou nos momentos de maior angústia.

Todos estes papéis desempenhados e valorizados pelos alunos nas suas reflexões são congruentes com uma visão ecológica do desenvolvimento, que temos vindo a assumir.

A interpessoalidade destacou-se como componente essencial ao longo dos ensinamentos clínicos, ressaltando nos nossos resultados a relação supervisiva, a relação de apoio e a atmosfera envolvente.

A importância da relação supervisiva está muito interligada com a Supervisão enquanto **processo**, (a discutir posteriormente), ou seja, a relação supervisiva emerge da especificidade do papel de aluno no qual está implícita a supervisão de um profissional (docente, supervisor ou tutor). Neste âmbito esta relação vai-se construindo numa dinâmica emergente dos próprios contextos, onde se identifica uma *dissimetria* (na nossa

perspectiva, mais inicial) em que o supervisor “tem o saber e o poder”, é ele quem regula todo o processo e o aluno sente-se numa posição de subordinação, deixando-se conduzir e legitimando assim o papel do supervisor, o que é concordante com a perspectiva de Lesne (1984), apresentada detalhadamente por Santiago, Alarcão e Oliveira (1997) e é também congruente com os resultados de Leitão (2000).

Esta relação, contudo, tem tendência a evoluir no sentido de se verificar (sobretudo no ensino clínico VII) um *equilíbrio de poder* (Bronfenbrenner 1979), que é manifesto na avaliação que os supervisores fazem do desenvolvimento de competências dos alunos e na forma como ocorre o processo superviso, em que há um reconhecimento das competências dos alunos e a supervisão das actividades é “apenas confirmatória”.

Dos elementos constantes nas narrativas depreendemos a importância desta relação supervisiva no processo de desenvolvimento de competências do aluno, como facilitador do mesmo, sempre que esta relação se constitui como um suporte e um factor mediador desse desenvolvimento e que, à luz da perspectiva brofenbrenniana, se entende como a participação dos alunos em processos proximais, cada vez mais complexos, constituindo com o supervisor relações diádicas mais activas. O potencial de desenvolvimento dos alunos que pode advir desta relação está relacionado com a reciprocidade, o equilíbrio de poder e a relação afectiva que se estabelece entre alunos e supervisores (Bronfenbrenner 1979). Encontramos nos trabalhos de Leitão (2000), Fernandes (2003), Fernandes (2004) e Abreu (2007), consonância com os nossos resultados relativamente a este aspecto.

Como confirmatório, os alunos referem nas suas reflexões, a influência, no sentido inibidor do seu desenvolvimento, de uma relação supervisiva cujas características não se sobrepõem às referenciadas, sobretudo quando a vertente afectiva não teve muito significado.

Observámos, do mesmo modo, a importância da relação de apoio sentida pelos alunos durante os ensinamentos clínicos, na medida em que, pelo papel que desempenham relativamente à prestação de cuidados, estes necessitam de uma supervisão permanente, de apoio, de incentivo, os quais devem advir de toda a equipa de forma recíproca, espontânea, colaborativa e solidária. Quando sentida pelos alunos, esta relação transformou-se num factor positivo para o seu desenvolvimento promovendo a integração, a resolução de problemas e o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva. Resultados semelhantes foram referenciados por Leitão (2000), Longarito (2002) e Fernandes (2004).

Esta componente relacional, integradora da relação supervisiva e da relação de apoio de toda a equipa, que se estabelece em cada contexto, gera uma *atmosfera*

afectivo-relacional envolvente que é referenciada pelos alunos como essencial a todo o processo de desenvolvimento sempre que se torna favorável, levando a uma diminuição da ansiedade, dos medos e das dificuldades e promovendo a autoconfiança, o que vai ao encontro da perspectiva de Alarcão e Tavares (2003) e dos pressupostos da perspectiva ecológica de desenvolvimento humano.

Ao longo dos ensinamentos clínicos os alunos foram narrando situações que, pelas suas características, se transformaram em situações marcantes, mais no sentido de terem sido confrontados com situações reais, que são diferentes dos seus referenciais culturais, construídos pelas experiências dos docentes, pelas leituras, pelas imagens da comunicação social ou pelas suas vivências enquanto utentes dos serviços de saúde.

Nestas situações marcantes, que adjectivámos como **deslumbramento, o contacto com a realidade social, a morte e o sofrimento**, verificámos de algum modo uma evolução no seu desenvolvimento, dado que a identificação das mesmas se fez através das suas narrativas, de uma forma sequencial ao longo dos ensinamentos clínicos, o que nos leva a afirmar que a reflexão sobre os aspectos marcantes só foi possível pelo significado que vão atribuindo às suas vivências, construídas pelo diálogo com a própria realidade (*back talk*), o que é coerente com o *princípio da significação*, que se pode encontrar na perspectiva de Dewey (1933), Schön (1983) e Alarcão (1996, 2001).

Salientamos, das situações marcantes, o **contacto com a morte** como a mais referenciada ao longo das narrativas e podemos mesmo afirmar que foi o que mais marcou os alunos, por diversas razões. Do ponto de vista racional os alunos sabem que “a vida tem um início e um fim”, mas quando isso acontece, para eles pode significar um insucesso no processo de cuidar. Do ponto de vista afectivo-relacional, a morte é vista como uma perda, a perda de alguém com quem mantinham uma relação ou mesmo alguma ligação afectiva e a gestão das emoções resultantes desta perda pode ser difícil para os alunos sobretudo se tivermos em conta a sua idade, a sua cultura e as possíveis experiências de contacto com a perda de alguém. Do ponto de vista cultural e espiritual a morte continua a ter algo de oculto e de misterioso, de sagrado e de profano, e os alunos não estão desligados de todos estes aspectos, o que se evidencia nas suas reflexões.

Sobre esta temática da morte Oliveira (1999) apresenta um trabalho interessante – *Desafio da Morte* – no qual estuda as representações sociais, sobre a morte, dos estudantes de Enfermagem, Medicina e Biologia. Nos resultados deste trabalho, encontramos conformidade com os nossos resultados relativamente ao contacto dos alunos com a morte, muito embora não tenhamos observado os respectivos resultados numa perspectiva de investigação idêntica.

Queremos também salientar os trabalhos de Hennzel (1997, 2000, 2001, 2003), de Kübler-Ross (1991) e de Oliveira (1999), que trazem à luz do dia reflexões pertinentes

sobre a morte e o direito a morrer com dignidade. Talvez algumas das reflexões dos alunos tenham sido apoiadas nestes autores, na medida em que os mesmos são utilizados como autores de referência na ESSUA.

Podemos inter-relacionar estas situações com a perspectiva brofenbreniana, ou seja, ficou evidenciado nas narrativas que os alunos identificam as situações marcantes conferindo importância às situações reais nos contextos micro-sistémicos e verificando-se o *princípio da significação*.

Olhando os alunos enquanto pessoas, sobressai desde logo uma componente afectivo-emocional que, sendo intrínseca, os mesmos transportam para os ensinamentos clínicos. As reflexões deixam perceber a importância que a mesma assume no processo de desenvolvimento das suas competências, com maior ou menor ênfase, de acordo com a percepção e o significado que cada um atribui às suas vivências (porque pessoais e singulares).

Esta componente, que designámos como **sentimentos**, está fortemente interligada com o **processo** e o **contexto**, mas também com a dimensão pessoal dos alunos que, pela sua constante interacção com o meio e por inerência com os papéis e as actividades desenvolvidas, vivenciam sentimentos que se afiguram como elementos influenciadores do seu desenvolvimento, tanto no sentido positivo (facilitadores), como no sentido negativo (inibidores).

O medo, a insegurança, a autoconfiança emergem como mais significativos nas vivências dos alunos, sendo frequentemente associados às actividades e, conseqüentemente, percebidos pelos supervisores (Carvalho, 1996, 2004; Carvalho et al 1999; Silva 2003; Fernandes, 2004; Ferreira, 2005). Também estes sentimentos estão interligados porquanto se influenciam mutuamente.

O medo de errar, de causar danos, de não estar à altura das expectativas dos utentes, dos profissionais e dos docentes está relacionado com a insegurança e são resultantes: do confronto com a prática clínica (integração nas dinâmicas da profissão); da consciencialização da dicotomia teoria prática (enfermagem idealizada e a enfermagem praticada pelos enfermeiros); do desconhecimento dos contextos (da cultura, da complexidade, da imprevisibilidade de cada serviço); da inexperience da prestação de cuidados em contexto real (transposição de conhecimentos para agir em situação, em tempo útil, falta de destreza manual).

Este complexo de sentimentos poderá ser facilmente ultrapassado se os supervisores e a equipa promoverem uma atmosfera envolvente favorável aos alunos, transformando-o num desafio às suas capacidades, conduzindo a um aumento da autoconfiança e facilitando o desenvolvimento das suas competências.

A necessidade da gestão dos sentimentos e emoções decorrente das situações clínicas é um aspecto que o aluno, em contexto de escola, nunca tinha vivenciado mas que, em contexto de ensino clínico, surge com muita frequência. Essas emoções surgem no Ensino Clínico II, ao presenciarem um parto ou ao pegarem pela primeira vez num recém-nascido, ou ainda porque têm que cuidar de uma mulher que acabou de perder um filho *in útero*. Mas ao longo do curso são muitas as referências a outras emoções que é necessário gerir para continuar o ensino clínico com um nível de stress saudável. O sofrimento e a morte são aspectos sobre os quais os alunos fazem inúmeras reflexões, sobretudo referindo-se à sua incapacidade para minorar esse sofrimento (em algumas situações), ou à sua impotência perante uma morte anunciada ou mesmo súbita.

Pudemos assim confirmar a importância da componente afectiva e emocional, no desenvolvimento de competências dos alunos, porquanto incrementa as “disposições geradoras”, manifestada por: uma apropriação mais rápida das dinâmicas dos serviços; um aumento da segurança na prestação de cuidados e conseqüentemente maior nível de qualidade dos mesmos; uma melhoria das relações interpessoais que estabelecem com a equipa, os colegas e os utentes.

Encontramos na perspectiva bioecológica (Bronfenbrenner e Morris 1998) elementos que confirmam esta importância, ou seja, o autor salienta a importância de uma forte ligação emocional entre a criança e o adulto com quem se envolve nas actividades, ao longo do tempo, para que ocorra desenvolvimento. Do mesmo modo observamos essa componente emocional entre alunos e supervisores.

... alunos e Processo

Considerando o **processo** no qual os alunos estiveram envolvidos e que, à luz da perspectiva bioecológica (Bronfenbrenner e Morris 1998), assume um papel relevante no desenvolvimento das suas competências, pudemos confirmar a importância do mesmo assim como a sua complexidade decorrente da inter-relação que se pode observar entre os diversos elementos que lhe estão inerentes.

Nesta discussão sobre o processo interligamos as actividades desenvolvidas pelos alunos, as quais pressupõem a supervisão de um enfermeiro, com o qual constituem díades (processo supervisivo) e sobre as quais recai a avaliação do desempenho e, por consequência, a extrapolação para o nível de desenvolvimento de competências dos alunos.

Dos dados analisados sobre o processo emergiram as actividades em que os alunos se envolveram ao longo dos ensinamentos clínicos e às quais atribuíram significado, as quais, na terminologia bronfenbrenniana, se designam por actividades molares. Estas

actividades resultam não só da prestação directa de cuidados de enfermagem, numa vertente técnica e comunicacional, mas também englobam os aspectos que são inerentes às mesmas, numa dimensão atitudinal e cognitiva. É sobretudo a persistência e o crescendo de complexidade destas actividades em que os alunos se envolvem, que são referidos por eles como factor facilitador do desenvolvimento das suas competências, o que é congruente com o pressuposto no modelo bioecológico que temos vindo a considerar.

Do mesmo modo identificam como factor inibidor desse desenvolvimento a falta de oportunidade em executar determinadas actividades ou o longo intervalo de tempo (Mesotempo) entre a execução das mesmas.

A reflexão sobre a importância das actividades está congruente com as perspectivas de aprendizagem experiencial de Dewey (1933), Schön (1983), Kolb (1984), apresentadas e defendidas por Alarcão em diversos trabalhos sobre a formação de professores e a escola reflexiva.

Das actividades mais referidas, identificamos as relacionadas com procedimentos técnicos, mais centradas nos cuidados físicos (cuidados de higiene, administração de terapêutica, intervenções interdependentes), o que demonstra que, nos contextos de prática clínica, ainda se manifesta como muito dominante a perspectiva biomédica dos cuidados de enfermagem, de que são exemplo as “rotinas” dos serviços (Bento, 1997; Fernandes, 2004). Contudo, não foram menos importantes as actividades relacionadas com a comunicação, não só com os utentes (educação para a saúde, relação de ajuda), como com os profissionais (passagem de turno, registos) e que, na sua globalidade, exigem não só uma maior perícia manual mas simultaneamente uma mobilização de conhecimentos empíricos, estéticos, éticos, processuais, relacionais, culturais e tácitos (Abreu, 2007).

Consideramos também importantes as actividades realizadas em “paralelo” com os ensinamentos clínicos como forma de sustentar o seu desenvolvimento, nomeadamente a **pesquisa**, que muito se relaciona com as características de demanda de cada aluno, mas também com as estratégias de supervisão utilizadas, o que é concordante com os resultados de Fernandes (2004).

Como factor importante para o desenvolvimento das competências dos alunos identificámos a **reflexão**, que favorece a apropriação do “sentido” da enfermagem, das dinâmicas e das culturas profissionais, permitindo compreender o mundo da saúde e desenvolver a identidade profissional. Foi frequentemente utilizada como estratégia para ultrapassar dificuldades, sobretudo a reflexão na acção e a reflexão sobre a acção, num constante diálogo com o contexto. A reflexão sobre a reflexão na acção, realizada já num nível crítico-emancipatório, pressupõe um desenvolvimento pré-profissional em que o

aluno assume o papel de “quase enfermeiro” e, na sua reflexão, procura respostas para questões de ordem mais alargada, ou seja, demonstrando um distanciamento da situação mas simultaneamente uma proximidade e uma integração compreensiva dos diferentes aspectos, o que nos leva a reconhecer um elevado nível de autonomia e desenvolvimento e responsabilidade social.

Na realização da maioria das actividades referenciadas, os alunos constituíram com os supervisores, ou com outros elemento da equipa, díades que, de uma forma global foram evoluindo no sentido de se observar um equilíbrio de poder em favor dos alunos, ou seja, houve situações em que o papel de observador se transpôs do aluno (numa fase inicial) para o supervisor (numa fase final de ensino clínico), o que de alguma forma demonstra o reconhecimento da evolução das competências do aluno pelo supervisor. A importância destas díades é por nós reconhecida na medida em que as mesmas sustentam o processo de desenvolvimento dos alunos porquanto (re)criam as situações nas quais os alunos vão desenvolver as suas actividades em interacção com terceiras pessoas, desde que estas apoiem as actividades desenvolvimentais, o que confirma as hipótese 7 e 8, da perspectiva ecológica inicial de Bronfenbrenner (1979).

Salientamos aqui sobretudo no Ensino Clínico VII em contexto de Pediatria, onde o trabalho em parceria com os pais se constituiu, na perspectiva bronfenbreniana como um sistema (N+2), isto é, a prestação de cuidados à criança de acordo com o “modelo de cuidados” de Anne Casey, pressupõe o envolvimento dos pais como parceiros no cuidar pelo que, as díades que se estabelecem envolvem o aluno, supervisor, criança e pais.

No decorrer destas actividades o processo de supervisão está sempre subjacente, pelo que o mesmo é extremamente influenciador do desenvolvimento de competências dos alunos e isso depende não só da relação supervisiva, como também das estratégias de supervisão adoptadas e da atmosfera envolvente gerada em cada contexto.

Tal como era expectável, pela diversidade de supervisores e de contextos, foram diversas as estratégias de supervisão identificadas ao longo dos ensinamentos clínicos mas, na sua maioria, constituíram-se como facilitadoras do desenvolvimento de competências dos alunos. Independentemente das estratégias em si salientamos, sobretudo, os princípios inerentes às mesmas com vista à facilitação do processo de desenvolvimento dos alunos, nomeadamente o conhecimento mais individualizado de cada aluno, no sentido de compreender a sua singularidade e, conseqüentemente, poder implementar estratégias mais adequadas a cada momento promovendo assim uma auto-implicação reflectida e responsável.

Na análise das estratégias utilizadas, (exemplificação, experimentação em conjunto, *follow me*, questionamento, reflexão) ressaltou a consideração a diversos factores, designadamente o estágio de desenvolvimento dos alunos, os contextos em que

decorreram os ensinamentos clínicos, a experiência dos supervisores, os estilos de supervisão, assim como os “skills” interpessoais dos supervisores, estudados por Glickman (1985) e referenciados por Alarcão e Tavares (2003).

Apesar das particularidades encontradas, de uma forma geral, podemos afirmar que as estratégias utilizadas se coadunaram com cada situação; contudo, ressaltamos a ênfase dada à **reflexão** sobre as práticas, amplamente defendido por diversos autores (Dewey, 1933; Schön, 1983, 1987; Alarcão, 1992, 1996, 2000; Alarcão e Tavares, 2003; Sá-Chaves, 2000; Abreu, 2001, 2003, 2007).

Não sendo possível “medir” o resultado desta reflexão, foi possível identificar a mesma, como factor facilitador do desenvolvimento de competência dos alunos, pois promoveu a análise crítica de situações, uma revisitação e um diálogo com as mesmas, numa permanente interacção com “pessoas, objectos e símbolos” (Bronfenbrenner e Morris, 1998) impulsionando, na perspectiva de Freshwater (2004), *apud* Abreu (2007:156), o desenvolvimento de uma inteligência emocional (auto-descoberta, auto-consciência, auto-gestão, motivação e empatia) que facilitam o processo de auto-transformação.

Esta estratégia promovida pelos supervisores, muito em congruência com a filosofia da ESSUA, que preconiza a importância da mesma para o processo de aprendizagem do aluno, foi promotora do desenvolvimento de uma prática reflexiva, defendida por Dewey e por Schön, entre outros, tendo-se manifestado em diversos momentos, tanto de dificuldades como de sucessos dos alunos. Reflexo dessa prática pode observar-se neste trabalho, que tem subjacente um conjunto significativo de reflexões que nos permitem perceber não só o processo de desenvolvimento dos alunos, como também o significado que lhes atribuem.

Neste processo de formação, por alguns designado de *aprender a ser enfermeira(o)*, os alunos descobrem o sentido e a essência da profissão de enfermagem, emergindo em alguns casos dúvidas sobre as suas potencialidades ou “vocação”, mas descobrindo em “pequenas coisas” e gestos que ser enfermeira(o) é mais do que um somatório de competências ou de conhecimentos associados ao saber fazer. (re)descobrem o sentido e a importância da comunicação, da relação de ajuda, do saber estar, sobretudo nos primeiros contactos com a prática profissional, mas este sentido de descoberta mantém-se ao longo do curso, encontrando sempre algo de novo que os leva a novas reflexões.

Realçamos ainda que este processo de reflexão, assim como o significado que lhe foi sendo atribuído, era bem patente nas reuniões de avaliação de cada ensino clínico, em que participavam todos os alunos, docentes e supervisores envolvidos. Quando procuramos evidências da sua importância no processo de desenvolvimento de

competências dos alunos (em contexto de ensino clínico) encontramos, nos trabalhos mais actuais e dentro do contexto português, diversos resultados que vão no mesmo sentido dos nossos, nomeadamente Pereira (1998), Longarito (1999), Leitão (2000), Abreu (2001, 2007), Belo (2004), Carvalho (2004), Ferreira (2004), Araújo (2005), Fernandes (2006).

Pese embora a importância que hoje se atribui à reflexão e apesar dos pressupostos subjacentes aos ensinamentos clínicos, consideramos inevitável realçar que se observa ainda pouca disponibilidade para a reflexão¹⁰⁰, não só por parte dos alunos como também, por parte dos profissionais que os supervisionam (incluindo os docentes) e que é referida, sobretudo em reuniões mais informais, porquanto na prática urge dar repostas mais ou menos imediatas às necessidades dos utentes; mas também se verifica uma maior predisposição para a realização de intervenções de enfermagem interdependentes relegando, na maioria das vezes, a reflexão para segundo plano em detrimento das actividades de índole técnica. Esta nossa perspectiva encontra eco nos resultados encontrados por Fernandes (2006).

No seu trabalho, Carvalho (2004) confirma a importância atribuída à reflexão por parte dos docentes, pelo que a escola sobre a qual incidiu o seu trabalho promove semanalmente, em contexto escolar (e não no local contexto clínico) a realização de uma reflexão sobre as práticas. Porém, esta metodologia pode ser questionável na medida em que apenas permite a reflexão sobre a reflexão na acção, num contexto que, por si só, pode ser entendido, por um lado como desligado das situações sobre as quais incide a reflexão (nomeadamente sem a presença de todos os actores envolvidos) e, por outro, com uma ligação mais estreita com o processo de avaliação. Referindo este facto, o autor recomenda que “estes momentos de reflexão sejam autênticos e não perturbados por factores externos como a avaliação.” Carvalho (2004:212). Do mesmo modo Fernandes (2006) questiona-se quanto às “reuniões semanais na escola, discutir o quê”, evocando que as discussões dos planos de cuidados deveriam ser feitas em contexto real e não em contexto de sala de aula, onde diferentes actores dão parecer sobre uma situação que desconhecem.

No entanto, se analisarmos esta situação na perspectiva de Sá-Chaves (2007) poderemos encontrar um enriquecimento pessoal, na medida em que a mesma situação é vista por diferentes olhares trazendo contributos para a compreensão da mesma, efeito multiplicador da diversidade na concepção do “**hall of mirrow**” de Schön (1983).

¹⁰⁰ - Encontramos de alguma forma justificação para este facto na medida em que, nos contextos de prática, são muito valorizadas as intervenções de ordem mais técnica, em detrimento dos aspectos relacionais inerentes ao processo de cuidar.

Pretendemos ainda realçar, como estratégia supervisiva, a demonstração acompanhada de reflexão, **follow me** (Schön, 1983) e que, apesar de não ser muito evidenciada nas narrativas, foi por nós observada com bastante frequência, sendo igualmente usada por nós nos ensinamentos clínicos em que assumimos o papel de docente (sobretudo ensinamentos clínicos II e III), e nos momentos da observação participante.

Esta estratégia utiliza-se frequentemente para que os alunos integrem “os modos de fazer”, dos serviços, porquanto frequentemente referem observar uma dicotomia teoria prática. Esta dicotomia não deve ser entendida como falta de conhecimentos ou não actualização dos mesmos, mas como uma adequação desses mesmos conhecimentos ao contexto específico, de acordo com os recursos humanos e materiais disponíveis no momento. Salientamos aqui que à diversidade dos contextos onde se realizam os ensinamentos clínicos está subjacente uma diferença significativa entre as diversas instituições, nomeadamente os hospitais de Nível I ao Nível IV que, por consequência encerram diversos recursos e culturas.

Observámos ainda, ao fazermos uma leitura longitudinal de todos os ensinamentos clínicos, o que Sá-Chaves (2000) denomina de **efeito de zoom**, em que os supervisores, especialmente nos ensinamentos clínicos finais, em determinadas situações, se distanciam dos alunos para os observar e compreender as suas dificuldades e noutras situações, se aproximam para os apoiar, promovendo a autoconfiança e fomentando assim a sua autonomia.

Identificámos também aspectos respeitantes ao processo de supervisão que se constituíram como inibidores do desenvolvimento de competências dos alunos, tanto ao nível do microsistema, nomeadamente aspectos relacionados com as estratégias de supervisão (questionamento e avaliação), mas também relacionados com um contexto mais distante (exosistema), porém com repercussões directas sobre o aluno e o supervisor, tais como o modelo de acompanhamento dos alunos em ensino clínico, horários da equipa e dos alunos, dos quais resultam por vezes alguma incerteza e instabilidade relacional.

A questão das “quebras” no acompanhamento dos alunos (por horários de *roulement* dos supervisores) põe igualmente à prova a capacidade dos mesmos de “se encontrarem” perante a diversidade de “estar e de fazer” enfermagem dado que, na ausência do “seu supervisor”, ficam sob a responsabilidade de diferentes enfermeiros do serviço donde pode resultar alguma insegurança sobretudo nos ensinamentos clínicos iniciais, em que os alunos “dependem” quase completamente do apoio do supervisor e onde verificamos a existência de díades de actividade conjunta (Bronfenbrenner, 1979).

Estes dados contrariam os encontrados por Belo (2003) quando refere a escassa alusão dos alunos às estratégias de supervisão, justificando a mesma pelo facto dos

alunos não possuem conhecimentos nesta área da supervisão e conseqüentemente não terem expectativas elevadas sobre as mesmas.

Neste processo de supervisão está integrada a **avaliação** do desenvolvimento das competências dos alunos, sobre a qual encontramos nas narrativas alguma discrepância, pois esta é referenciada tanto como factor facilitador do desenvolvimento como também como factor inibidor desse mesmo desenvolvimento.

Assim, a avaliação foi referenciada como facilitadora, quando realizada com propósito formativo, ao longo dos ensinamentos clínicos, promovendo a identificação dos pontos fortes e das dificuldades dos alunos e discutindo-se, nesse contexto, as estratégias a utilizar para ultrapassar as dificuldades individuais ou do grupo. Foi citada como inibidora, mais no sentido de ser geradora de stress, a avaliação sumativa, realizada no final de cada ensino clínico, ou até durante o mesmo, mas apenas com o propósito de avaliar para classificar os alunos.

Das estratégias de avaliação utilizadas, mesmo tendo por base a grelha de avaliação da ESSUA, predominou a avaliação sumativa e, dentro desta, verificou-se ainda uma grande incidência na valorização de aspectos “negativos”, o que fez de alguma forma sobressair sentimentos de injustiça relativos a este processo, o que é consonante com os resultados apresentados por Carvalho (2004).

Importa aqui salientar a emergência destes sentimentos, não pelo número de referências aos mesmos, mas porque podem, de alguma forma, significar que o processo de avaliação dos alunos nem sempre é realizado tendo em conta todos os elementos que defendemos que devem estar presentes, numa perspectiva ecológica de desenvolvimento e considerando simultaneamente a singularidade de cada aluno.

Reconhecemos assim este facto como muito importante, sobretudo porque pretendemos, com este trabalho, trazer contributos para a compreensão (identificação) dos factores que influenciam o desenvolvimento de competências dos alunos em contextos de ensino clínico e propor, na medida do possível, estratégias a utilizar no sentido de minimizar os factores que se constituem como inibidores desse mesmo desenvolvimento, contribuindo assim para a melhoria do processo de formação dos alunos do curso de licenciatura em enfermagem.

Um aspecto que nos suscitou desde logo alguma apreensão foi o facto de esperarmos um maior número de referências à avaliação enquanto processo influenciador do desenvolvimento dos alunos, mas tal facto não se verificou. A única justificação que podemos encontrar para isso é o facto de a avaliação (sumativa) ser sempre realizada no final de cada ensino clínico e, nesse momento, os alunos já nos terem entregue os diários de aprendizagem e os relatórios, o que de alguma forma pode

explicar a pouca referência à avaliação, pois esta ainda não havia sido realizada relativamente ao Ensino Clínico em causa.

Ainda referente ao processo de supervisão pretendemos evidenciar aspectos que podem ser influenciadores do desenvolvimento de competências dos alunos, mas que, embora relacionando-se directamente com os supervisores, tem a ver com os contextos aos níveis **micro**, **exo** e **macro**, nomeadamente as dificuldades que os mesmos sentiram neste processo supervisivo.

Destas dificuldades merecem maior destaque as relacionadas com a **preparação para a tarefa**, defendida por Alarcão e Tavares (2003), na medida em que só muito recentemente os profissionais da prática foram chamados a intervir com um nível de responsabilidade acrescido no processo de formação em ensino clínico e numa grande maioria dos casos, não fizeram nenhuma preparação na área da supervisão clínica, para acompanhar os alunos, sendo até em algumas situações, “nomeados” pelas instituições, sem que para isso tenham demonstrado disponibilidade. Este aspecto pode fazer emergir um nível de desinteresse do supervisor que se vai repercutir em todo o processo supervisivo, nomeadamente no clima afectivo-relacional que se deve estabelecer entre supervisor e alunos. Há ainda a considerar a falta de disponibilidade dos supervisores, resultante do elevado número de alunos, no local de estágio e do modelo de supervisão protocolado entre instituições.

Numa visão ecológica desta problemática encontramos uma interligação com o **macrosistema e com o macrotempo**, na medida em que, no momento actual, se vivenciam grandes mudanças não só na formação a nível do ensino superior (mudanças de paradigmas de ensino aprendizagem no âmbito do processo de Bolonha), mas também, grandes alterações nas políticas de saúde, fazendo assim emergir novas expectativas sobre o perfil profissional do enfermeiro e conseqüentemente sobre o seu processo de formação.

Enquadramos ainda aqui o facto de todos estes aspectos trazerem à luz alterações no domínio da carreira docente e, previsivelmente, mudanças significativas, não só no número de docentes que acompanham os alunos em ensino clínico, como no papel dos docentes nos contextos de prática clínica. Sobre este aspecto Oliveira-Formosinho (1997, 2002), Franco (2000) e Carvalho (2004), apresentam resultados que apontam no mesmo sentido que os nossos, ou seja, a identificação de algumas dificuldades no processo supervisivo, pela falta de clarificação de papéis, pela falta de tempo e pela falta de preparação para a tarefa.

Este facto leva-nos a deixar uma proposta de melhoria de articulação entre escola e instituições onde decorrem os ensinamentos clínicos, promovendo a dinamização dos serviços para a formação dos alunos, privilegiando uma cultura partilhada que deve

assentar num conhecimento mútuo, com objectivos de formação assumidos em comum, com uma planificação e uma avaliação conjunta de processos e resultados, tal como defendem Alarcão e Rua (2005).

Ainda integradas no **processo**, porquanto se relacionam directamente com as actividades a desenvolver, mas também interligadas com a **pessoa**, os **contextos e o tempo** emergem, nas narrativas, as **dificuldades** sentidas pelos alunos no decurso dos ensinamentos clínicos. Estas são evidentes ao longo de todo o percurso de formação e são relativas às diferentes dimensões da competência (cognitiva comunicacional atitudinal e técnica) como já foi apresentado em ponto anterior.

O emergir das dificuldades, que de alguma forma são esperadas neste processo formativo, advém não só, da (in)experiência dos alunos, mas também das características dos contextos e das dinâmicas de trabalho (culturas) das diferentes equipas.

Os resultados obtidos apontam no sentido de uma persistência de dificuldades nas dimensões técnica e cognitiva, o que é consonante com as classificações obtidas e está também congruente com os resultados apresentados por Longarito (1999) e Carvalho (2004). Contudo as dificuldades no domínio comunicacional também estão presentes ao longo de todo o percurso formativo, o que de alguma forma evoca a complexidade da comunicação, sobretudo na prestação de cuidados de enfermagem, onde diversos factores, que podem influenciar a comunicação, estão presentes, nomeadamente: utentes com características diferentes; situações clínicas complexas; diferentes formas de expressão; dificuldades de relacionamento interpessoal. Neste âmbito da comunicação, também Carvalho (1996, 2004), Longarito (1999), Belo (2003) e Fernandes (2007) referem ter identificado dificuldades por parte dos alunos.

Na nossa óptica é importante relacionar as dificuldades que vão emergindo ao longo dos ensinamentos clínicos com os estilos de aprendizagem apresentados por Kolb (1984), os quais interferem no tipo de competências a desenvolver, ou seja, um tipo de aprendizagem divergente promove o desenvolvimento de competências relacionais, enquanto o estilo de aprendizagem convergente privilegia o desenvolvimento de competências de experimentação, o tipo de aprendizagem acomodativo está mais relacionado com as competências de acção e o estilo de aprendizagem assimilativo vai favorecer as competências de conceptualização.

Compreender estas diferenças, que se relacionam com o aluno (**pessoa**), é compreender a sua singularidade¹⁰¹ e, por consequência, a singularidade do processo de

¹⁰¹ -Apesar de termos presente a singularidade de cada aluno, tal como já referimos anteriormente, não fez parte dos objectivos do nosso trabalho, estudar a esta singularidade, pelo que esta reflexão apenas pretende lembrar aspectos que podem, de algum modo, influenciar o desenvolvimento de competências dos alunos. Um estudo diverso poderá, partindo da globalidade dos aspectos referenciados, aprofundar os aspectos que caracterizem a singularidade de cada aluno e consequentemente determinem o seu desenvolvimento.

desenvolvimento das suas competências e as suas dificuldades tendo em conta as suas características e disposições. É também assumir a complexidade dos cuidados de enfermagem, nas suas diferentes vertentes, assim como a possível dicotomia teoria prática (**processo**), fazendo face à imprevisibilidade dos **contextos** e das situações e, por conseguinte, à necessidade de um diálogo permanente com os mesmos. O **tempo** deve ainda ser entendido como promotor (ou não) de dificuldades, pois que estas, muitas vezes se relacionam com a continuidade/descontinuidade dos processos próximos (microtempo) ou mesmo com a periodicidade dos ensinamentos clínicos (mesotempo).

Ao longo do trabalho compreendemos que estas dificuldades surgiram diversas vezes interligadas com os sentimentos vivenciados, daí a nossa percepção de que a **componente emocional** é um elemento muito importante em todo este percurso de desenvolvimento do aluno. Podemos mesmo afirmar que esta componente emocional “está presente” (oculta por vezes, mas presente) em todos os momentos. Relativamente a esta componente, Abreu (2007:92), salienta que “os aspectos cognitivos e avaliativos são acompanhados de emoções que alimentam o processo de desenvolvimento pessoal através da configuração de uma inteligência emocional”.

Importa ainda realçar que, ao confrontarem-se com as diferentes dificuldades, os alunos mobilizaram diversas estratégias para as ultrapassar, o que na maioria dos casos se constituiu simultaneamente como um desafio e como um factor facilitador de desenvolvimento. Salientamos assim a observação reflectida e os questionamentos que os alunos se colocam e que convergem para uma dimensão metacognitiva que Sá-Chaves (2007) refere como sendo um mecanismo de auto-regulação que provoca o conhecimento de si próprio (partindo do pressuposto da indissociabilidade das dimensões pessoal e profissional nos espaços de formação).

Evocando aqui a perspectiva ecológica, podemos afirmar a identificação dos **processos próximos**, como presentes em todos os momentos, na medida em que os alunos estão em interacção permanente com os supervisores, os utentes, outros elementos da equipa, assim como com o próprio meio envolvente. É esta interacção, que se torna progressivamente mais complexa no decurso dos ensinamentos clínicos, que promove o desenvolvimento de competências dos alunos.

... alunos e Contextos

Revisitando os **microsistemas**, onde se realizaram os ensinamentos clínicos, reforçamos, assumindo uma perspectiva ecológica, a importância das actividades, dos papéis e da interacção que os alunos desenvolvem em cada contexto. Consequentemente, das actividades (para além do que já foi anteriormente referido),

importa realçar que os resultados que encontramos relacionados com as actividades em contexto de laboratório *versus* contexto real confirmam a **Proposição F** de Bronfenbrenner (1979), a qual refere que os diferentes tipos de ambiente originam padrões distintos de papéis, actividades e interacção, para as pessoas que participam nesses ambientes.

Este laboratório (embora diferente do conceito de laboratório a que o autor se refere) tem, apesar de tudo, características diversas dos contextos de prática clínica na medida em que as actividades podem ser controladas, reorganizadas, repetidas; contudo, faltam-lhe os elementos que as tornam complexas, ou seja, as mesmas são realizadas em manequins que não estabelecem com os alunos qualquer interacção do mesmo modo que não é possível avaliar os resultados das próprias actividades tornando assim difícil a apropriação da complexidade das situações reais e dos contextos.

Destacamos ainda a referência a que actividades idênticas em novos contextos, ou nos mesmos contextos mas numa fase do curso diferente, convocaram novos significados, o que significa mudança na forma de vivenciar cada situação, mas simultaneamente pode estar relacionado com a evolução dos alunos, com a passagem de um nível de desenvolvimento para outro nível superior tendo por base de sustentação as vivências anteriores, as actividades realizadas anteriormente, os diferentes papéis que foram desempenhando neste percurso formativo e as interacções que foram desenvolvendo.

Percebemos aqui a existência de transições ecológicas (Bronfenbrenner, 1979) e com elas a alteração das capacidades de observação, de análise e de percepção que, associadas à reflexão sobre a acção, vão dando expressão à evolução dos alunos e, por consequência ao desenvolvimento das suas competências para “agir em contexto”.

As características de cada contexto, que designámos de “toda a envolvência”, foram aspectos referenciados como sendo influenciadores do desenvolvimento de competências dos alunos, na medida em que, de alguma forma, interferem nas dinâmicas dos serviços, nas suas culturas e constituem-se como elementos importantes, muito embora possam passar despercebidos. Estes contextos, na opinião de Abreu (2007:93), “encontram-se repletos de mensagens implícitas que tornando-se formativas, condicionam os comportamentos pessoais e colectivos”.

São sobretudo as características específicas dos serviços de pediatria e de urgência que são referenciadas como mais diferenciadas e com culturas muito específicas, onde a imprevisibilidade e a complexidade das situações exige um maior esforço dos alunos, mas conseqüentemente se tornam mais aliciantes e promotores de desenvolvimento.

No que reporta ao **mesosistema**, encontramos evidências de influências positivas da *participação multicontextual* e do *conhecimento intercontextual*, pelo facto de proporcionarem aos alunos uma visão mais alargada dos diferentes contextos, mas também porque permitem uma visão mais integradora dos mesmos, convergindo assim para uma perspectiva mais humanista e ecológica da enfermagem.

Os resultados obtidos estão em consonância com o *princípio da relação intercontextual* e o *princípio da organização de matriz conceptual*, apresentados por Alarcão e Sá-Chaves (1994:221), na medida em que, tal como referem as autoras “a análise das situações ao nível dos subsistemas que os integram revela a coerência das suas relações estruturantes e evoca estratégias de pré-acção apropriadas às contingências da situação”, o que, em nossa opinião é factor promotor do desenvolvimento de competências dos alunos.

De acordo com a **Hipótese 29**, proposta por Brofenbrenner (1979), este desenvolvimento é intensificado em função directa do número de ambientes estruturalmente diferentes em que os alunos participam formando díades de actividade conjunta, sobretudo com seus os supervisores. Esta hipótese pressupõe que este envolvimento em actividades conjuntas, em diferentes ambientes (caso do aluno que em contexto de ensino clínico III, faz com o seu supervisor visitas domiciliárias) exige uma adaptação a novas situações promovendo assim o desenvolvimento de competências não só cognitivas (transposição dos conhecimentos), como também atitudinais, comunicacionais (numa vertente social) e técnicas. Confirma-se assim, através dos resultados, a **Hipótese 30** (Brofenbrenner, 1979), que pressupõe que o desenvolvimento aumenta quando estes ambientes em que os alunos participam são cultural e subculturalmente diferentes entre si exigindo, por isso, um constante (re)ajuste às novas situações.

Salientamos, contudo, que o conhecimento intercontextual pode constituir-se como factor inibidor deste desenvolvimento, sobretudo nos casos em que o mesmo se refere a vivências menos positivas, de outros alunos, que fazem aumentar os níveis de ansiedade inicial e conseqüentemente vão inibir ou dificultar o relacionamento interpessoal entre os alunos e a equipa em que se vão integrar.

A nível do **Exosistema** identificámos factores que se constituíram como influenciadores do desenvolvimento de competências dos alunos relacionados com o *Relacionamento Interinstitucional*, a *Organização dos Ensinos Clínicos* e o *Currículo do Curso*.

Embora apresentados e analisados (em ponto anterior) de forma separada, estes aspectos estão estreitamente relacionados porquanto foi, em primeira instância, o currículo do curso e a filosofia que lhe estava subjacente que determinou, de alguma

forma, a organização dos ensinamentos clínicos e também, em parte, os aspectos inerentes ao relacionamento interinstitucional. Simultaneamente podemos afirmar que estes elementos se relacionam com um contexto ainda mais distante – **Macrosistema**, mas também com o **Macrotempo**, na medida em que estão, de algum modo, interligados com as políticas de formação, que induziram aspectos essenciais do currículo do curso e com as políticas de saúde, que determinaram alterações dos sistemas de Gestão Hospitalar, das quais decorrem alterações nos protocolos interinstitucionais.

O *relacionamento interinstitucional* é um dos aspectos que, estando integrado no exossistema, influencia as dinâmicas do ensino clínico. Deste relacionamento emergem os protocolos que determinam todos os aspectos logísticos relacionados com os ensinamentos clínicos e o modelo de acompanhamento e supervisão dos alunos. À semelhança de outras escolas, também a ESSUA estabelece com as instituições “acolhedoras” protocolos de parceria, donde resultam diversos modelos de acompanhamento dos alunos, que se referem não só à filosofia subjacente à supervisão dos alunos, mas sobretudo à definição de funções dos diferentes actores envolvidos. Sobressaem destes protocolos uma maior ou menor disponibilidade dos *supervisores*, *orientadores cooperantes* ou *tutores* para apoiar os alunos, assim como o número de alunos em cada local e as diferentes dinâmicas supervisivas.

Tendo por base os diferentes protocolos, alunos e supervisores referenciaram o “modelo de acompanhamento” de alunos, por um lado, como factor facilitador do desenvolvimento de competências, quando os supervisores compreenderam e assumiram estratégias de supervisão consonantes com a filosofia da ESSUA e, conseqüentemente, os alunos não encontram diferenças nos diferentes contextos de ensino clínico ao longo do percurso formativo; por outro lado, referem como factor inibidor o facto de os supervisores, em função do modelo adoptado, assumirem diferentes estratégias supervisivas, gerando assim nos alunos insegurança e ansiedade, tal como foi discutido anteriormente.

Da leitura destes resultados, que são congruentes com os apresentados por Franco (2000) e Leitão (2000), sobressai a importância das parcerias que são estabelecidas entre escolas e instituições acolhedoras de ensinamentos clínicos, das quais deve resultar um trabalho congruente com a formação adequada de profissionais cujo perfil é determinado não só pela Escola, como também pela emergência político-social e económica do momento histórico.

Urge assim realizar um trabalho conjunto onde a responsabilidade da formação de profissionais de saúde deve ser partilhada pelas escolas e pelas instituições onde se realizam ensinamentos clínicos, numa perspectiva ecológica, articulando recursos e saberes e

contribuindo assim para a formação de melhores profissionais, perspectiva que é compartilhada conosco por Franco (2000), Leitão (2000), Araújo (2005) e Abreu (2007).

Quanto à *Organização dos Ensinos Clínicos*, salientaram-se como factores facilitadores, o número reduzido de alunos em cada local, permitindo uma maior aproximação entre alunos, supervisores e equipa, um maior número de oportunidades de realização de actividades e presumivelmente um maior desenvolvimento de competências. Constituíram-se como factor inibidor do desenvolvimento de competências dos alunos as situações em que o número de alunos no local era elevado, não só quando eram alunos da ESSUA, como também quando eram alunos de outras escolas de enfermagem. Estas situações obrigavam a uma reorganização das dinâmicas dos ensinos clínicos, não só para os supervisores e equipa, como também para os próprios alunos.

Salientamos ainda um aspecto que apenas ocorreu no ensino clínico VI, (a simultaneidade de ensino clínico nos serviços de saúde e aulas na ESSUA), mas que exigiu uma alteração das dinâmicas do ensino clínico, submetendo os alunos a deslocações à escola, à sexta-feira, o que implicava para alguns percorrer dezenas de quilómetros num só dia, entre os locais onde decorria o ensino clínico, a ESSUA e a sua residência familiar, onde habitualmente se deslocam aos fins-de-semana.

Relativamente ao Currículo do Curso, foram referenciados aspectos que se prendem, na maioria das vezes, com a capacidade de transpor os conhecimentos para cada situação, interpretando isso como uma dicotomia teoria prática, não sendo contudo muito relevante a alusão que fazem ao Currículo num sentido negativo; pelo contrário encontram na estrutura do mesmo e na sua organização temporal, uma consistência com as suas necessidades em contexto de ensino clínico, sendo assim entendido por nós que o Currículo do Curso é, de uma forma global, facilitador do desenvolvimento de competências dos alunos, uma vez que lhes possibilita uma aproximação progressiva à prática profissional, tanto em termos de conhecimentos para uma mobilização reflectida, nos contextos reais, como de aproximação temporal entre os “conteúdos teóricos” e a prática clínica.

Referente ao **Macrosistema**, entendido na perspectiva ecológica como um contexto mais distante dos alunos, mas exercendo influência sobre os contextos mais próximos, não encontramos referências explícitas; contudo, resultante do nosso trabalho, podemos afirmar que estiveram presentes factores que, se entendidos num enquadramento macrossistémico, e reafirmamos aqui a interligação entre o **Macrosistema** e o **Macrotempo**, têm resultados directos nos microsistemas e consequentemente são influenciadores de aspectos diversos que, por sua vez, influenciaram o desenvolvimento de competências dos alunos, nomeadamente as

tendências da matriz conceptual dos cuidados, as tendências sócio-culturais contemporâneas, os novos paradigmas da educação, assim como as políticas emergentes na área da educação e da saúde.

... alunos e Tempo

Tal como referido em ponto anterior a dimensão **tempo** não emerge de forma explícita nas narrativas; contudo, vista à luz da perspectiva ecológica é um elemento importante no processo de desenvolvimento de competências dos alunos.

Alusivo ao **microtempo** identificámos a importância da continuidade *versus* descontinuidade dos processos proximais como forma de potencializar o desenvolvimento dos alunos, nomeadamente a importância, reconhecida, de cuidar um utente por um determinado período de tempo. Esta interacção (processo proximal) promove assim um maior conhecimento bidireccional (aluno-utente), um conhecimento mais profundo das suas necessidades e, conseqüentemente, promove uma resposta mais adequada dos alunos a cada situação específica.

À luz da perspectiva de Bronfenbrenner e Morris (1998), o **microtempo** e os processos proximais estão interligados na medida em que, de acordo com a **Proposição I**, do modelo, para serem efectivos, os processos proximais devem ocorrer de forma regular e por um período de tempo “significativo”, pois só assim podem ser entendidos como promotores de desenvolvimento, do qual advém como resultado evolutivo a *Competência*

Assim, cuidar um utente de forma continuada no tempo confirma os pressupostos a ter presentes para que os processos proximais sejam efectivos (Bronfenbrenner e Morris, 1998) permitindo aos alunos dialogarem com cada situação, alterando sempre que necessário as suas actividades, num processo dinâmico e reflectido, o que evoca simultaneamente a perspectiva de Schön (1983).

Os dados evidenciam da mesma forma a importância da periodicidade destes processos proximais o que, na perspectiva ecológica de Bronfenbrenner e Morris (1998), define o **Mesotempo**. Percebidos mais numa perspectiva de duração e periodicidade dos ensinamentos clínicos, ao longo do curso, encontramos indícios de que a estrutura curricular do CLE da ESSUA promove uma periodicidade e conseqüente aproximação temporal e coerente dos processos proximais, transformando-se assim num elemento sinérgico e potencializando o desenvolvimento de competências dos alunos.

A referência a esta periodicidade como factor inibidor do desenvolvimento de competências vem confirmar, à luz desta perspectiva, a importância do mesotempo.

O **macrotempo**, tal como já referimos, emerge de forma subtil mas sustentada, nas narrativas, muito interligado, como também já foi referido, com o **Macrosistema**.

A matriz conceptual, que os alunos foram apropriando e simultaneamente adoptando nas suas intervenções e nas suas reflexões, é reflexo desta interligação, do tempo histórico que se vivencia, das tendências sócio-culturais, políticas, científicas e tecnológicas.

Confirmamos assim a importância deste elemento como factor influenciador do desenvolvimento de competências dos alunos.

Em síntese

Dos resultados obtidos e da sua discussão ressaltam os aspectos mais importantes que dão resposta às questões de investigação formuladas, aos objectivos do estudo e às nossas expectativas enquanto investigadora. Neste âmbito apresentaremos os mesmos nas conclusões com que terminamos este nosso trabalho.

Queremos evidenciar a importância de uma visão ecológica que deve reportar-se a todo o contexto de enfermagem, desde a formação, passando pela de prática profissional e estando subjacente à formação ao longo da vida.

Do enquadramento teórico deste estudo pudemos evidenciar o Paradigma da integração, que perspectiva os fenómenos como multidimensionais e relacionados com os contextos e consequentemente perspectiva a visão da Pessoa como um todo integrado num determinado contexto. A teoria da enfermagem transcultural de Leininger, inscrita no Paradigma da transformação e na escola do Cuidar, convoca alguns dos aspectos da perspectiva ecológica que fomos referenciando, na medida em que reconhece a importância da cultura no desenvolvimento da pessoa e, por consequência na sua perspectiva de saúde que, numa visão holística, e na teia de relações que compreende o pensamento ecológico, exige do enfermeiro, nas suas áreas de intervenção, uma percepção crítica referente ao saber, saber-ser e saber-fazer, comprometido com transformações que afloram das emoções, dos sentimentos, como premissa para a qualidade e existência da humanidade.

Salientamos ainda a teoria das transições de Meleis (1997) e Meleis *et al* (2000), como elemento importante para a compreensão do desenvolvimento dos alunos (enquanto pessoas) no seu processo de transição para o papel de cuidadores muito congruente com a perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1979) e o seu conceito de transições ecológicas.



CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

A conclusão deste estudo, cujo desenvolvimento pode também ser entendido numa perspectiva ecológica, é para nós como uma visão caleidoscópica de um conjunto que, hoje, faz mais sentido e nos permite “olhar” o aluno sob uma nova perspectiva.

Pensar ecologicamente o desenvolvimento de competências dos alunos em contexto de ensino clínico implica ter em consideração diversos factores inerentes aos alunos, aos supervisores, aos contextos, aos processos e ao tempo, numa interacção que se pretende dialéctica e permanente. Este foi o fio condutor que procurámos manter ao longo deste percurso, pese embora as dificuldades e as limitações inerentes à própria investigação. Estamos conscientes de que a investigação científica na área das ciências da saúde, mais especificamente a que se relaciona com a formação, é um processo complexo pelo que entendemos que o trabalho aqui apresentado representa apenas um pequeno contributo para a compreensão do fenómeno em estudo, sem a pretensão de generalização global dos resultados obtidos.

No início deste trabalho a nossa visão sobre o fenómeno estava ainda distanciada, pouco clara e objectiva; contudo, à medida que o mesmo decorria, foi-se tornando mais evidente o foco central da investigação, o que nos permitiu “ver” o fenómeno em estudo com um olhar mais claro, o que o tornou mais compreensível. Verificou-se o *efeito de zoom*, para utilizar uma expressão metafórica de Sá-Chaves (2000).

Podemos assim, olhando agora de forma mais integrada e sistematizada, identificar aspectos importantes em todo este percurso.

A certeza da relevância dos ensinamentos clínicos para o desenvolvimento de competências dos alunos marcou as nossas questões de investigação e os objectivos deste trabalho.

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 da teoria Ecológica de Desenvolvimento Humano, que sustenta o nosso trabalho, foi a pedra basilar de todo o **Processo** contribuindo para o delinear da

metodologia, no sentido de modelar a taxonomia e a construção da “árvore” que nos permitiu analisar os dados recolhidos e, sobretudo, para sustentar toda a análise e discussão dos resultados obtidos.

De todo este processo emergiram dados que, após a sua análise e discussão, face às questões de investigação colocadas e aos objectivos do trabalho, fazem sobressair algumas conclusões, que apresentamos para finalizar este trabalho, fazendo também referência às limitações do mesmo e deixando algumas sugestões e propostas de trabalho futuro.

Conclusões

Ao longo do percurso heurístico que realizámos fomos identificando elementos que respondiam às questões de investigação e aos objectivos formulados para este trabalho. Outras dúvidas emergiam e confirmava-se a complexidade do fenómeno em estudo. Mas todo este processo contribuiu para a sua compreensão.

Como resposta à 1ª questão de investigação¹⁰², verificámos que, ao longo do curso, se consubstanciou o desenvolvimento de competências dos alunos, de forma integradora, sendo visível a apropriação da natureza dos cuidados de enfermagem e o valor emergente da diversidade dos contextos dos ensinamentos clínicos realizados, conferindo assim sentido ao *efeito multiplicador da diversidade* (Sá-Chaves, 2000) e ao *princípio da experiência em contextos diversificados* (Alarcão e Sá-Chaves, 1994), congruentes com a perspectiva da aprendizagem experiencial de Kolb (1984).

Este desenvolvimento está patente nas múltiplas evidências recolhidas, não só as que se referem ao agir em contexto, o qual foi sujeito a uma avaliação formal, mas também as que emergem nas narrativas, onde a reflexão sobre todo este processo de “*aprender a ser enfermeiro*” nos remete para o carácter complexo e dinâmico em que a multiplicidade de factores envolvidos concorre para uma diversidade de resultados finais. Concordamos com Fernandes (2003), quando defende que a diversidade de resultados finais é fortemente condicionada pelas idiosincrasias dos contextos, do tempo e dos intervenientes que dão corpo a todo o processo e convocam a grande variabilidade intra e inter-individual encontradas, assim como o seu carácter assimétrico e em espiral, igualmente defendido por Alarcão e Tavares (2003).

Dos resultados obtidos podemos confirmar os pressupostos de que a competência é de natureza integradora pois combina sinergicamente recursos de diferentes

¹⁰² - “Como se evidencia nas classificações e é vivenciado o desenvolvimento de competências do aluno de enfermagem em contextos da prática clínica na perspectiva dos diversos actores?”

dimensões (cognitiva, atitudinal, comunicacional e técnica), que são mobilizados em cada contexto em função das características e das exigências da situação. A conjugação de todos estes elementos, em cada um dos ensinamentos clínicos, permite analisar a natureza evolutiva do desenvolvimento das competências dos alunos, como um processo dinâmico, dialéctico e progressivo que implica uma reorganização dos domínios da percepção e da acção (Alarcão e Tavares, 2003), mas também uma continuidade ao longo do tempo e uma interacção progressiva com as pessoas, os objectos e os símbolos próprios do contexto profissional (Bronfenbrenner e Morris, 1998).

Concluimos então que, neste processo evolutivo, foi possível identificar diferentes estádios de desenvolvimento durante cada ensino clínico e ao longo do percurso de formação, muito em consonância com alguns estádios de desenvolvimento profissional identificados por Benner (1984). Evidencia-se assim, em cada ensino clínico, uma fase inicial de integração, cujo resultado depende sobretudo da relação supervisiva e da atmosfera envolvente, seguindo-se uma fase de desenvolvimento mais acentuada e uma fase final de consolidação do desenvolvimento e de demonstração de maior autonomia.

Da procura de resposta à segunda questão de investigação¹⁰³ evidenciam-se como conclusões, a existência de diversos factores que interferem no desenvolvimento de competências dos alunos e que passamos a referir em conformidade com os quatro elementos: Pessoa, Processo, Contexto e Tempo.

A multiplicidade de contextos, actividades e interacções que pautam este percurso formativo coloca desafios, indubitáveis, aos alunos que as suas características próprias também vão condicionar. Emergem, deste modo, como **factores facilitadores** do desenvolvimento de competências no que se refere às características da **pessoa**, a sua capacidade de envolvimento em actividades de complexidade crescente, a motivação para esse envolvimento, a maturidade demonstrada nessa interacção e as características de demanda, o que se apresenta congruente com as perspectivas de Bronfenbrenner e Morris (1998), Tavares (2003) e Abreu (2007).

Ainda enquanto pessoa, pois só assim se pode perceber o processo de interacção com os outros, a importância dos papéis desempenhados vai ao encontro da perspectiva inicial de Bronfenbrenner (1979), a qual salienta os diferentes papéis representados como forte contributo para o desenvolvimento.

Deste modo, no papel de aluno são diversas as mudanças que vão decorrendo, ao longo do percurso formativo, nomeadamente, no que se refere à percepção que os alunos têm de si próprios, às suas capacidades para fazer face aos desafios inerentes a cada ensino clínico, ao seu desenvolvimento e mesmo à projecção que fazem em termos

¹⁰³ - “Em que termos os elementos da teoria bioecológica de Bronfenbrenner e Morris são vivenciados e valorizados do desenvolvimento de competências do aluno em contexto de ensino clínico?”

de futuro profissional. Estas mudanças, observadas, evidenciam o seu desenvolvimento enquanto futuro profissional e enquanto pessoa e, simultaneamente, de alguma forma, influenciam a emergência de situações propiciadoras de desenvolvimento, tal como defendem Bronfenbrenner e Morris (1998).

Evidenciamos ainda a importância do papel de colega de grupo, na partilha de informação, no sentimento de pertença ao grupo gerado e, sobretudo, no desenvolvimento do sentido do trabalho em equipa, defendido por Le Boterf (1994) e referenciado nos trabalhos de Longarito (1999), Leitão (2000), Fernandes (2004) e Abreu (2007).

Para além dos papéis relacionados directamente com os ensinamentos clínicos, mereceram ainda destaque os papéis que os alunos desempenham na família, na comunidade ou no grupo, os quais podem ser entendidos como factores facilitadores do seu desenvolvimento.

Neste contexto de interacção emerge a interpessoalidade, sobre a qual concluímos que tem um peso significativo no desenvolvimento de competências, tanto no sentido facilitador como no sentido inibidor desse desenvolvimento. É sobretudo na relação supervisiva que assenta este significado, que se torna mais positivo à medida que a mesma se vai construindo, numa dinâmica emergente dos próprios contextos e no sentido de um *equilíbrio de poder*, decorrente das relações diádicas estabelecidas, o que está de acordo com a perspectiva de Bronfenbrenner (1979), Santiago, Alarcão e Oliveira (1997) e com os resultados apresentados por Leitão (2000), Fernandes (2003) e Abreu (2007). Resultante da interacção com outros elementos emerge a atmosfera afectivo-relacional envolvente que, à luz da perspectiva de Alarcão e Tavares (2003), sendo positiva, se constitui como factor facilitador do desenvolvimento.

Surgem ainda como importantes, os aspectos que foram referenciados como *situações marcantes* e que, de forma mais ou menos profunda, condicionaram o desenvolvimento de competências dos alunos, tendo sido por nós denominadas de *deslumbramento*, *contacto com a realidade social*, *contacto com a morte e com o sofrimento*. Estes aspectos evidenciam as experiências emocionalmente intensas que acompanham o ciclo de vida humano, “o nascimento” e “a morte”, incluindo também situações de sofrimento intenso relacionado não só com a dor, mas também com a inevitabilidade da morte. Encontramos, na visão antropológica de Collière (1898,2003), uma referência a estes acontecimentos (nascimento e morte), como os mais marcantes da vida, sendo simultaneamente considerados como passagens únicas inelutáveis que ritmam a vida.

A emergência destas situações marcantes vem confirmar o *princípio da significação* defendido por Alarcão (1996, 2001) e, simultaneamente, evoca as perspectivas de Dewey (1933) e de Schön (1983).

Entendemos neste âmbito que, sobretudo a confrontação com a morte e com as situações de sofrimento, implicam práticas de confrontação consigo mesmos, que promovem o desenvolvimento de competências atitudinais e comunicacionais e um “crescimento pessoal”.

Nestas conclusões relativas ao aluno, enquanto **pessoa**, queremos salientar a componente afectivo-emocional que, sendo intrínseca, é transportada para os contextos de ensino clínico, nos quais se revela de extrema importância. O medo, a ansiedade, a insegurança, a auto-confiança, a alegria, a tristeza, assim como a gestão desses mesmos sentimentos foram incremento das disposições geradoras, conforme são percebidas, na perspectiva bioecológica, por Bronfenbrenner e Morris (1998).

Tal como sustentam estes autores, também nós identificámos o **Processo** como o elemento central, o qual assume uma grande importância no processo de desenvolvimento.

Queremos salientar como conclusão que os **processos proximais** promovem o desenvolvimento das competências dos alunos, atestando, tal como pressupõe a Proposição II da perspectiva bioecológica, a evidência das características dos processos proximais, nomeadamente:

- 1) *Para que ocorra o desenvolvimento é necessário o envolvimento do aluno em diversas actividades;*

Só o envolvimento dos alunos em diversas actividades, inerentes ao “cuidar a pessoa” permite um nível de interacção essencial que a prática em laboratório, ou o conhecimento só por si, não poderiam proporcionar.

- 2) *Para ser efectiva essa interacção deve acontecer com alguma regularidade e manter-se por um período de tempo prolongado;*

O período de duração mais prolongada dos ensinamentos clínicos VI e VII (catorze e dezoito semanas respectivamente) foi notoriamente importante, permitindo aos alunos uma maior regularidade das actividades desenvolvidas e, conseqüentemente, um desenvolvimento progressivo e mais acentuado das suas competências.

- 3) *As actividades devem ser, progressivamente, mais complexas, daí a necessidade de um período de tempo estável;*

A sequência dos ensinamentos clínicos, directamente relacionada com as grandes temáticas de cada ano¹⁰⁴, permitiu aos alunos o envolvimento em actividades com um

¹⁰⁴ - Sequência das temáticas dos anos lectivos – Ano Propedêutico; Vida e Saúde; Vida e Doença; Cuidados Continuados e Integração à vida Profissional.

crescendo de complexidade e abrangência, promovendo, assim, o desenvolvimento das suas competências.

- 4) *Para que os processos proximais sejam efectivos deve haver reciprocidade nas relações interpessoais;*

Neste âmbito foi evidente a importância da interessoalidade, como factor influenciador do desenvolvimento de competências dos alunos. A *reciprocidade* e o *equilíbrio de poder* (Bronfenbrenner, 1979) foram observados como factores facilitadores do desenvolvimento neste processo de interacção permanente entre os mesmos e os supervisores nos diversos microsistemas.

- 5) *Para que a interacção recíproca ocorra, os objectos e símbolos presentes no microsistema devem estimular a atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação do aluno.*

Revisitando os diferentes contextos, confirmámos a importância desta característica dos processos proximais, ou seja, verificaram-se diferentes níveis de interacção entre os alunos e os contextos (pessoas, objectos e símbolos), em função das especificidades dos mesmos, levando os alunos a ter uma atitude mais ou menos interactiva, muito em função das necessidades dos utentes e do papel de aluno e, consequentemente, do seu grau de intervenção.

Muitos destes aspectos estão interligados entre si, pois apesar de se observarem a nível do microsistema, relacionam-se em boa parte com o Exosistema (Currículo do CLE da ESSUA), o Macrosistema e o Macrotempo, nomeadamente no que se refere às políticas de formação em enfermagem, as quais determinam que esta deve incluir uma componente prática de, pelo menos, 50% da carga horária total do curso, assim como as áreas em que obrigatoriamente esses ensinamentos clínicos devem decorrer.

Ainda relativamente ao processo, concluímos que as estratégias de supervisão utilizadas por cada supervisor são de extrema importância enquanto factores influenciadores do desenvolvimento de competências dos alunos. Salientamos assim a experimentação em conjunto (*joint experimentation*) e a demonstração acompanhada de reflexão (*follow me*) proposta por Schön (1983), sobretudo numa fase inicial do curso, como estratégias promotoras de desenvolvimento, e que se interligam frequentemente com o questionamento, levando assim à reflexão crítica sobre a prática e favorecendo a mobilização dos saberes em cada situação específica.

Defendemos ainda que o *efeito de zoom* (Sá-Chaves, 2000), se usado como estratégia supervisiva, pode constituir-se como promotor da autonomia dos alunos, dando-lhes espaço para as suas intervenções, mas, simultaneamente, estando suficientemente próximo para os apoiar se houver necessidade. Esta estratégia é, para o supervisor, também facilitadora do processo de avaliação, não só ao longo do ensino

clínico (avaliação formativa), como no final, quando o objectivo é avaliar os alunos relativamente ao seu nível de desenvolvimento, pois permitiu-lhe estar suficientemente perto para os conhecer enquanto pessoas, compreendendo a sua singularidade e estar suficientemente distanciado para fazer a *supervisão* do seu desenvolvimento compreendendo-o, na sua interacção com os contextos.

Sobre o processo de avaliação concluímos existir ainda alguma incongruência entre as perspectivas dos alunos e as dos docentes e supervisores. Por um lado, são resultantes da diversidade de contextos e, conseqüentemente, do elevado número de “actores” envolvidos; por outro lado derivam das grandes alterações que hoje se vivenciam em todo este contexto de formação. O contexto actual leva os profissionais da prática a assumirem funções para as quais nem sempre se sentem (ou estão) preparados (falta de preparação para a tarefa), tornando evidente a não clarificação dos papéis assumidos pelos supervisores e docentes, muito em função da diversidade de protocolos entre as instituições e da falta de conhecimento intercontextual.

Assumimos, deste modo, a necessidade emergente de estabelecer protocolos entre as instituições que facilitem a clarificação dos papéis dos diferentes actores e a partilha mais estreita de “conhecimentos” e que permitam uma maior convergência em termos de estratégias de formação entre a escola e as instituições acolhedoras de ensinios clínicos.

Para completar as conclusões relativas ao processo, importa salientar a componente afectivo-emocional que esteve presente e que evidenciámos anteriormente.

Na perspectiva ecológica que temos vindo a seguir, podemos afirmar que os **contextos** se instituem como elementos importantes no desenvolvimento de competências dos alunos, não só ao nível dos **microsistemas**, em que se evidenciam as relações directas entre os alunos, as pessoas e o meio (incluindo as actividades, papéis e interacção) já referenciadas, mas também ao nível do **meso, exo e macrosistema**.

Salientamos a forte interligação entre os contextos, sobretudo a nível micro, e o processo, na medida em que a especificidade de cada contexto incute a especificidade do processo, representando por isso uma oportunidade ímpar da aquisição de saberes específicos da profissão que, na perspectiva de Carper (1978) e Chinn e Krammer (1995, 1999) são sustentados pelos padrões de conhecimento empírico, ético, pessoal e estético. A forte inter-relação entre estes conhecimentos, que emerge da experiência, é factor determinante para o desenvolvimento dos alunos e só é possível verificar-se no contexto mesosistémico do ensino clínico.

Os microsistemas assumem especial relevância em todo o percurso do aluno. Contudo, também se verificam a nível do **mesosistema**, mais especificamente em termos de *participação multicontextual* e do *conhecimento intercontextual*, influências que

consideramos positivas no desenvolvimento de competências dos alunos, o que é congruente com a perspectiva de Bronfenbrenner (1979) e de Alarcão e Sá-Chaves (1994).

Do mesmo modo, inferimos a importância do **exosistema** salientando, sobretudo, o relacionamento interinstitucional, a organização dos ensinamentos clínicos e o currículo do curso, os quais concorrem para facilitar os processos de integração, de apropriação e de socialização à profissão, para além de sustentarem as dinâmicas de supervisão.

Relativamente aos contextos mais distanciados, **macrosistema**, concluímos existir uma forte ligação ao **macrotempo**, pelo que afirmamos que o contexto sociopolítico que vivenciamos, por inerência, influencia o desenvolvimento do aluno. As concepções actuais de saúde e do Sistema Nacional de Saúde desenham as políticas de saúde globais e institucionais criando a necessidade de cuidados diferentes, redesenhando a matriz conceptual da enfermagem e conseqüentemente da formação em enfermagem. Estas políticas de formação vão tão longe como o espaço europeu, onde se desenha hoje a construção de um espaço de formação, ao nível do ensino superior, mais completo, competitivo e atractivo, de forma a promover uma maior mobilidade de estudantes e professores.

Apesar das reflexões sobre cada ensino clínico não terem trazido à luz uma macrovisão sobre estes aspectos, no seu conjunto e como resultado das nossas observações e experiência pessoal, ousamos afirmar que os mesmos estiveram presentes influenciando, muito embora de forma subtil (mas que terá conseqüências futuras), o desenvolvimento das competências dos alunos.

No que se refere ao **microtempo** é evidente a sua importância no processo de desenvolvimento na medida em que a continuidade versus descontinuidade dos processos proximais, tal como defendem Bronfenbrenner e Morris (1998), na Proposição I, se constituí como fundamental, não só para uma mobilização adequada dos conhecimentos como para a apropriação de saberes e para o agir em conformidade com a situação (Le Boterf, 2003), num processo dinâmico e reflexivo.

De forma análoga, concluímos que o **mesotempo** se constituiu como elemento influenciador do desenvolvimento de competências dos alunos, pois que, em congruência com o exosistema (Currículo do GLE), a periodicidade dos ensinamentos clínicos permitiu, não só uma aproximação temporal entre “Teoria e Prática”, como também, um distanciamento necessário à reflexão e à procura de novos conhecimentos, para fazer face às dificuldades sentidas em cada ensino clínico anterior no sentido de um maior desenvolvimento.

Limitações do estudo

Ao dar por terminado este trabalho, não podemos deixar de ter em conta algumas limitações que fomos sentindo ao longo da sua realização e que nos parece pertinente partilhar com o leitor, para que se possa compreender melhor as dificuldades sentidas assim como a prudência que se impõe na interpretação e generalização dos resultados obtidos.

Consideramos assim as possíveis limitações inerentes a um estudo de caso e a uma abordagem qualitativa, em que todo o material recolhido para análise, assim como os processos metodológicos seguidos, não são susceptíveis de serem previamente validados.

Uma das limitações inerentes ao trabalho relaciona-se com a característica longitudinal do mesmo, que impunha o acompanhamento e observação dos alunos, em contexto de ensino clínico, ao longo de três anos, em simultâneo com as nossas actividades docentes, de que resultou, em alguns ensinos clínicos, o duplo papel de docente e investigadora que, tal como já tivemos oportunidade de referenciar, pode, por si só, ser condicionante das atitudes e comportamentos dos alunos, mas também da nossa própria observação.

Salientamos também, como limitação, a diversidade de contextos em que foram realizados os diversos ensinos clínicos, não permitindo por isso a observação de um maior número de alunos, em cada um. Esta diversidade dificultou a participação dos diferentes actores na medida em que, sendo voluntária, era necessário manter um determinado nível de motivação para a mesma, que não se verificou de forma tão elevada nos locais onde não pudemos pessoalmente manter uma presença mais constante.

Queremos ainda referenciar que estas limitações foram emergindo no decurso do trabalho e que, tratando-se de um estudo naturalista e ecológico à medida que as fomos identificando, tentámos (re)organizar o mesmo dentro dos limites que lhe estavam inerentes.

Todos estes factos contribuíram para que não nos pudéssemos envolver mais profundamente na observação de um grupo mais reduzido de alunos em todos os contextos de ensino clínico como inicialmente tínhamos projectado. Decidimos assim acompanhar aleatoriamente os alunos, (conforme os mesmos se enquadravam nos diversos locais de ensino clínico), escolhendo os contextos que nos estavam mais próximos e os que nos foram distribuídos enquanto docente. Muito embora nos possa

parecer uma limitação podemos também considerar a sua mais-valia, dado que, deste modo, pudemos acompanhar quase todos os elementos do grupo em ensinamentos clínicos diferentes. Salientamos contudo que, apesar da observação feita, sentimos dificuldades em conjugar a maioria das nossas notas de campo com as narrativas de alunos e supervisores pelo que optámos por, na apresentação e análise dos dados, assim como na sua discussão, não apresentar excertos das mesmas, apesar de elas terem estado subjacentes durante todo esse trabalho.

Não podemos deixar de referenciar a dificuldade sentida pela quantidade de material que fomos recolhendo no decurso do trabalho, o que exigiu um grande esforço no sentido de o preparar para ser introduzido no programa (QSR N6 NUD*IST) que iria ser utilizado como suporte da análise de conteúdo, assim como o tempo necessário para a realizar.

Reflectindo, à luz da perspectiva bioecológica, sobre este nosso percurso como um processo de construção e simultaneamente de desenvolvimento das nossas competências de investigação, entendemos ser pertinente reforçar a importância do elemento tempo salientando o **microtempo** e o **mesotempo**. Consideramos que o envolvimento em todo o processo, e só no processo, por períodos prolongados, foi fundamental para o incremento das nossas competências de investigação. Do mesmo modo sentimos que o intervalo entre estes períodos, sobretudo quando foi mais longo, dificultou o nosso processo de desenvolvimento, na medida em que havia necessidade de um novo período para (re)integração e envolvimento ao mesmo nível no processo.

Em síntese, salientamos que as limitações evidenciadas se relacionam com o tipo de estudo, que sendo ecológico e naturalista, é portanto sujeito às contingências ligadas à Pessoa, ao Processo, ao Contexto e ao Tempo.

Implicações do estudo

Resultante deste trabalho identificámos, não apenas no final, mas ao longo do mesmo, aspectos que carecem de reflexão e de mudança, nos contextos de formação em enfermagem, mas que de algum modo podem ser extrapolados para o âmbito mais alargado das ciências da saúde, nomeadamente para as áreas profissionais cujo foco de intervenção directa é a pessoa, enquanto utente de cuidados.

Neste processo reflexivo podemos sistematizar as implicações emergentes deste estudo a diferentes níveis nomeadamente: a nível **da formação**, centrando a nossa reflexão principalmente nos contextos de ensino clínico, no qual evidenciamos a preparação para a tarefa e o processo de avaliação, tendo ainda em conta as relações

interinstitucionais; 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.

Ao tentarmos identificar implicações que este trabalho possa ter ao nível da **formação em enfermagem**, podemos afirmar que, em certa medida, essas implicações já foram acontecendo, sobretudo nos últimos dois anos, ou seja, na fase final de acompanhamento dos alunos (que estiveram envolvidos na investigação) e, sobretudo, durante e após a análise das narrativas, actividade que nos levou a repensar as nossas práticas enquanto docente orientadora de ensinamentos clínicos. Como resultado da pesquisa e inerentes leituras, das observações realizadas em cada contexto, mas sobretudo pelos momentos de reflexão que alunos e supervisores partilharam connosco, foi possível identificar algumas lacunas, no que se refere ao processo supervisivo, não só da nossa parte, como de alguns dos supervisores envolvidos, sobretudo relativas às estratégias de supervisão e à “falta de preparação para a tarefa”. Perante estes dados durante as reuniões relativas aos ensinamentos clínicos (preparação, avaliação), procurámos reflectir sobre essas práticas levando os supervisores a implementar novas estratégias de supervisão, a ver o aluno como “pessoa em crescimento”, facto que suscitou já algumas mudanças que, embora subtis, acreditamos que vão trazer contributos significativos para o acompanhamento dos alunos em ensino clínico.

Um aspecto que queremos salientar é a grelha de observação que construímos e sujeitámos a validação por um painel de peritos. Pese embora o seu objectivo inicial ter sido para usar na nossa observação, fomos partilhando a mesma com alguns supervisores envolvidos nos ensinamentos clínicos subsequentes à sua validação, o que foi suscitando uma reflexão sobre a complexidade do processo de avaliação e a necessidade de formação sentida pelos supervisores nesta área. Pretendemos agora trazer para discussão, a nível dos diferentes cursos que se leccionam na ESSUA, a grelha por nós construída no sentido de melhorar o processo de avaliação, pois entendemos, apesar das referências a este processo terem ficado aquém do que esperávamos, que muito há ainda para melhorar, sobretudo para não causar nos alunos o sentimento de injustiça que referiram nas suas narrativas.

Como implicação mais objectiva, a nível do **currículo**, parece-nos possível afirmar que, na recente elaboração da proposta de adequação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSUA¹⁰⁵, se tornou evidente, na nossa participação, o impacto que este estudo teve sobre nós pela visão sobre o processo de formação hoje mais consistente e

¹⁰⁵ -A proposta de adequação do curso de Licenciatura em Enfermagem, da ESSUA, foi aceite pela Direcção Geral do Ensino Superior e cujo registo data de 1 de Abril de 2008.

mais sistematizada, principalmente no que se refere aos resultados esperados dos alunos, resultantes das tendências actuais de formação centradas no desenvolvimento das suas competências. Como exemplo dessa participação, podemos afirmar que nas sessões de trabalho sobre esta adequação, emergiram muitos reflexos do nosso estudo, os seja, pudemos evidenciar, nas discussões, muitos dos aspectos que foram objecto da nossa reflexão no enquadramento teórico deste trabalho, nomeadamente sobre a natureza dos cuidados de enfermagem, sobre as competências a desenvolver no percurso formativo, sobre a articulação entre a componente teórica e a componente de ensino clínico, procurando incrementar uma visão mais ecológica e dinâmica do plano de estudos em (re)construção. Procurámos também evidenciar algumas das dificuldades sentidas pelos alunos em contexto clínico, na tentativa de articular os conhecimentos que sustentam essas práticas com o processo de desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico, contribuindo assim para a construção de um currículo mais consistente com os pressupostos de Bolonha.

A perspectiva ecológica que sustentou todo o trabalho será importante elemento de apoio e de sustentação de reflexões sobre o desenvolvimento de competências dos alunos, enquanto **peçoas**, em **contexto** de ensino clínico, cujo **processo** pressupõe uma interacção constante com as peçoas, os objectos e os símbolos e em que o **tempo** prevalece com elemento constante e marcante.

Consideramos ainda que este estudo, sustentado por uma perspectiva ecológica, permite apoiar, no âmbito da **investigação**, estudos futuros na área da formação, mais especificamente em contexto de ensino clínico, na medida em que procurámos sistematizar a forma como analisámos e discutimos os dados constantes nas narrativas tentando, simultaneamente, cumprir os requisitos inerentes a um estudo de caso no que se refere à descrição exaustiva do percurso metodológico.

Entendemos, assim, que deste estudo resultaram e irão resultar, algumas implicações que se podem considerar pertinentes para a melhoria do processo de formação e desenvolvimento profissional, no âmbito da enfermagem especificamente, mas também em outras profissões das diferentes áreas da saúde.

Linhas de investigação futuras

Ao finalizar este trabalho e no contexto actual em que a formação em enfermagem está, mais do que nunca, a ser alvo de grandes alterações, decorrentes do Processo de Bolonha, é necessário dar continuidade ao trabalho iniciado e que hoje entendemos como um levantar da ponta do véu das problemáticas que podem estar relacionadas com

o processo de formação dos enfermeiros. Urge assim manter a investigação nesta área, pela qual nos sentimos atraídas.

Sustentando a importância da perspectiva bioecológica para a compreensão desta problemática e, tendo em conta os novos paradigmas de formação emergentes, pretendemos, partindo dos resultados deste trabalho, manter a nossa investigação sobre a formação em contextos de prática clínica, à luz desses mesmos paradigmas.

Nesse contexto surgem algumas questões que nos parecem pertinentes e podem ser entendidas como questões orientadoras de investigações futuras:

Que estratégias formativas implementar, em contexto de ensino clínico, à luz de um paradigma de formação em que o aluno é o principal responsável pelo processo de desenvolvimento das suas competências?

Que modelos de parceria estabelecer entre as escolas e as instituições onde decorrem os ensinamentos clínicos, de forma a dar resposta aos actuais pressupostos de Bolonha e às tendências de gestão dos serviços de saúde?

Surgem ainda aspectos que nos parecem passíveis de investigação relacionados com: o desenvolvimento de competências dos alunos sustentado por uma prática baseada na evidência; a interligação da formação pré-profissional e os contributos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; o desenvolvimento do espírito crítico para a tomada de decisão; o trabalho em equipa pluridisciplinar e o desenvolvimento de redes de sustentação da formação de forma mais individualizada, tendo em conta a unicidade do aluno (**pessoa**) e o seu processo de transição para o papel de prestador de cuidados.

Na medida do possível pretendemos alargar a outros profissionais esta investigação, formando um grupo que possa, através de diferentes metodologias, investigar este fenómeno trazendo contributos para a melhoria dos processos, nos diferentes contextos de formação.



BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

ABRANTES, M. M. - O Desenvolvimento da Reflexividade no Contexto do Discurso Supervisivo. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2005. Doutoramento.

ABREU, W. C. - Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho Hospitalar. In: CANÁRIO, R. - Formação e Situações de Trabalho. Porto: Porto Editora, 1997. p. 147 - 168.

ABREU, W. C. - Identidade, Formação e Trabalho. Coimbra: Sinais Vitais - EDUCA, 2001^a.

ABREU, W. C. - Metodologias do Ensino da Especialidade, área da Enfermagem. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2001^b.

ABREU, W. C. - Supervisão Clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. Sinais Vitais. Vol. 45, nº 11 (2002), p. 53 - 57.

ABREU, W. C. - Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde? Coimbra: Sinais Vitais, 2003.

ABREU, W. C. - Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, 2007.

ABREU, W. C. - Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, 2008.

ADAM, E. - Ser Enfermeira. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

ALARCÃO, I. - Supervisão Clínica: um Conceito e uma Prática ao Serviço da Formação de Professores. Revista Portuguesa de Pedagogia. Ano XVI. (1982), p. 149 - 168.

ALARCÃO, I. - Reflexão Crítica Sobre o Pensamento de D. Schön e os Programas de Formação de Professores. In: ALARCÃO, I. - Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de supervisão. Porto: Porto Editora, 1996. p. 9-39.

ALARCÃO, I. - Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem. Porto: Porto Editora, 2000.

ALARCÃO, I. - Formação Reflexiva. Referência. Vol. 6 (2001^a), p. 54 - 59.

ALARCÃO, I. - Escola Reflexiva e Nova Racionalidade. Porto Alegre: Artemed 2001^b.

ALARCÃO, I. - Escola Reflexiva e Desenvolvimento Institucional. Que Novas Funções Supervisivas? In: OLIVEIRA-FORMOSINHO - A Supervisão na Formação de Professores I. Da Sala à Escola. Porto: Porto Editora, 2002. p. 217-238.

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 e Contexto. Vol. 14, n.º 3 (2005), p. 373-382.

ALARCÃO, I.; SÁ-CHAVES, I. - Supervisão de Professores e Desenvolvimento Humano. Uma perspectiva ecológica. In: TAVARES, J. - Para Intervir em Educação. Contributos dos colóquios CIDInE. Aveiro: CIDInE, 1994. p. 201-232.

ALARCÃO, I.; SÁ-CHAVES, I. - Supervisão de professores e Desenvolvimento Humano. Uma perspectiva ecológica. In: SÁ-CHAVES, I. - Formação, Conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2007. p. 133-148.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. Coimbra: Almedina, 1987.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. 2ª. Coimbra: Almedina, 2003.

ALFARO-LEFEVRE, R. - Pensamento Crítico em Enfermagem: um enfoque prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

ALMEIDA, J. F.; PINTO, J. M. - Da Teoria à Investigação Empírica. Problemas Metodológicos gerais. In: SILVA, A. S.; PINTO, J. M. - Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Afrontamento, 1986.

ALMEIDA, L – Aprendizagem escolar dificuldades e prevenção. In: ALMEIDA, L; TAVARES, J. – Conhecer, Aprender, Avaliar. Porto: Porto Editora, 1998.

ALVES, F. C. - Diário - Um contributo para o desenvolvimento profissional dos professores e estudo dos seus dilemas. Millenium. Vol. 29 (2004), p. 222 - 239.

AMANTE, M. J.; ÔCHOA, P. - Desenvolvimento de Competências: Parte do problema ou parte da solução? [em linha]. [Consult. 15 Fevereiro 2006]. Disponível na internet:<URL:<http://sapp.telepac.pt/apbad/congresso8/com12.pdf>>.

AMENDOEIRA, J. - Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem uma transição inacabada 1959-2003: um contributo sócio-histórico. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2004. Doutoramento.

APÓSTOLO, J.; GAMEIRO, M. - Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica. Referência. Vol. II Série nº1 (2005), p. 29 - 37.

ARAÚJO, B. - Vivências, Satisfação e Rendimento Académicos em Estudantes de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto, 2005. Doutoramento.

ARAÚJO, B.; ALMEIDA, L.; PAUL, C. - Transição e Adaptação Académica dos Estudantes à Escola de enfermagem. Revista Portuguesa de Psicossomática. Vol. 5, n.º 1 (2003), p. 56-64.

ARCO, A. - Supervisão Pedagógica no Ensino Clínico de Enfermagem. Sinais Vitais. Vol. 58 (2005), p. 22-25.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA- Lei nº 46/86 de 14 de Outubro. Lei de Bases do Sistema Educativo. Lisboa: Diário da República nº 237, I Série, 1986.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA- Lei nº 115/97 de 19 de Setembro. Alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo. Lisboa: Diário da República nº 217, I Série - A, 1997.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA- Lei n.º 37/2003 de 22 de Agosto. Lisboa: Diário da República n.º 193, I Série - A, 2003.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA- Lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto. Lisboa: Diário da República n.º166, I Série - A, 2005.

BARBIER, J.-M. - Elaboração de Projectos de Acção e Planificação. Porto: Porto Editora, 1996.

BARCELOS, V. - Por uma Ecologia da Aprendizagem Humana - O amor como princípio epistemológico em Humberto Rosemín Maturana. Revista Educação, Ano XXIX. Vol. vol.3, nº 60 (2006), p. 581-587.

BARDIN, L. - Análise de Conteúdo. [SL]. Persona, 1979.

BÁRTOLO, E. - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem. Sifiso Revista de Ciências da Educação [em linha]. Vol. 5 (2008), p. 7-18. [Consult. 30 Abril 2008]. Disponível na internet: <URL:http://sifiso.fpce.ul.pt>.

BAUER, M.; GASKELL, G. - Qualitative Researching Whit Text, Image and Sound. A Practical Handbook. London: Sage Publications, 2000.

BELO, A. P. - Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem - Perspectiva do Aluno. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2003. Mestrado.

BENNER, P. - From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. San Francisco: Addison-Wesley Publishing Company, 1984.

BENNER, P. - De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

BENTO, C. - Cuidados e Formação em Enfermagem: Que identidade? Lisboa: Fim de Século Edições, 1997.

BENTO, C. - Aprender a ser enfermeiro: Que Modelos de Formação? Sinais Vitais. Vol. 34, nº 3 (2001^a), p. 25-29.

BENTO, C. - Formação em enfermagem: que caminho? Sinais Vitais. Vol. 35, nº 3 (2001^b), p. 29-34.

BENTO, M. - Supervisão na Formação de Professores. [em linha]. [Consult. Março 2007]. Disponível na internet:<URL:http://arlequim.no.sapo.pt/supervisao_arlequim.htm>.

BERNARD, J.; GOODVEAR, R. - Fundamentals of Clinical Supervision. 2nd. Boston: Allyn and Bacon Editor, 1998.

BIREAUD, A. - Os Métodos Pedagógicos no Ensino Superior. Porto: Porto Editora, 1995.

BLACK, T. - Doing Quantitative Research in Social Sciences. An Integrate Approach to Research Design, Measurement and Statistics. London: Sage Publications, 1999.

BLAXTER, L.; HUGHES, C.; TIGHT, M. - How to Research. 2nd. Buckingham: Open University Press., 2001.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - Investigação Qualitativa em Educação. Porto: Porto Editora, 1994.

BOND, M.; HOLLAND, S. - Skills of Clinical Supervision for Nurses. A practical guide for supervisees, clinical supervisors and managers. Buckingham: Open University Press, 1998.

BOYKIN, A. - Living a Caring-Based Program. New York: National League for Nursing Press, 1994.

BRONFENBRENNER, U. - The Ecology of Human Development, Experiments by Nature and Design. 3th. Cambridge: Harvard University Press, 1980.

BRONFENBRENNER, U. - Ecology of Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. Developmental Psychology. Vol. 22, nº 6 (1986), p. 723-742.

BRONFENBRENNER, U. - Interacting Systems in Human Development. Research Paradigms: Present and Future. In: BOLDER, N. - Person in Context: developmental process. New York: Cambridge University Press, 1988. Reprinted In: BRONFENBRENNER, U. - Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005. p. 67-93.

- BRONFENBRENNER, U. - Ecological Systems theory. In: VASTA, R. - Six theories of child development: Revised formulations and current issues. London: Jessica Kingsley, 1992. p. 187-249. Reprinted In: BRONFENBRENNER, U. - Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005. p. 106-173.
- BRONFENBRENNER, U. - A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- BRONFENBRENNER, U. - Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.
- BRONFENBRENNER, U.; CROUTER, A. - Evolution of Environmental Models in Developmental Research. In: W. KESSEN; MUSSEN, P. - Handbook of Child Psychology. New York: Wiley Editor, 1983.
- BRONFENBRENNER, U.; EVANS, G. W. - Developmental Science in the 21st Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings. Social Development. Vol. 9, 1 (2000), p. 115 -125.
- BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. - The Ecology of Developmental Process. In: DAMON, W. ; LERNER, R. - Hand Book of Child Psychology: theoretical models of human development. New York: John Wiley & Sons, 1998. p. 993-1028.
- BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. - The Ecology of Developmental Process. In: GOMES PEDRO, J. - Stress and Violence in Childhood and Youth. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 1999. p. 21-96.
- CABRITO, B. G. - Formações em Alternância: conceitos e práticas. Lisboa: Educa - Formação, 1994.
- CAIRES, S. - Vivências e Percepções do Estágio no Ensino Superior. Braga: Edição Grupo de Missão para a Qualidade do Ensino/Aprendizagem. Universidade do Minho, 2001.
- CAIRES, S. - Vivências e Perspectivas do Estágio Pedagógico. A Perspectiva dos Estagiários da Universidade do Minho. Braga: Universidade do Minho, 2003. Doutorado.
- CAIRES; S.; ALMEIDA, L.- Os Estágios na Formação dos Estudantes do Ensino Superior: Tópicos para um debate em aberto. Revista Portuguesa de Educação. Vol 13(2) (2000), p. 219-241.
- CANALS, J. - La imagen femenina de la enfermería, Condicionantes socioculturales de la profesión de cuidar. ROL Enfermería. Vol. 172 (1992), p. 29 - 33.

CANÁRIO, R. - Centros de formação das associações de escolas: que futuro? In: AMIGUINHO, A; CANÁRIO, R. - Escolas e mudança: o papel dos centros de formação. Lisboa: Educa - Formação, 1994.

CANÁRIO, R. - Formação e Mudança no Campo da Saúde. In: CANÁRIO, R. - Formação e situações de trabalho. Porto: Porto Editora, 1997. p. 117-146.

CANHAM, J.; BENNETT, J. - Mentorship in Community Nursing: Challenges & Opportunities. United Kingdom: Blackwell Science, 2002.

CARAPINHEIRO, G. - Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares. 3ª. Porto: Edições Afrontamento, 1997.

CARAPINHEIRO, G.; LOPES, N. - Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1997.

CARPER, B. A. - Fundamental patterns of knowing in nursing. Advanced Nursing Science. Vol 1 nº1 (1978), p. 13-23.

CARVALHAL, R. - Parcerias na Formação. Papel dos orientadores Clínicos - Perspectiva dos actores. Loures: Lusociência, 2002.

CARVALHO, A.; RAMOA, M. - Dinâmicas de Formação. Recentrar nos Sujeitos, Transformar os Contextos. Porto: Edições Asa, Cadernos Pedagógicos, 2000.

CARVALHO, L. - Factores que influenciam a aprendizagem do aluno de enfermagem. Porto: Universidade do Porto, 1996. Mestrado.

CARVALHO, L. - Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

CARVALHO, D. [et al.] - Expectativas dos Estudantes de Enfermagem frente ao Primeiro Estágio em Hospital. Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo. Vol. 33, nº 2 (1999), p. 200-206.

CARVALHO, F.; VENTURA, T.; BARROSO, R. - Perfil de Competências do Orientador de Formação. Revista Portuguesa Clínica Geral. Vol. 20 (2004), p. 147 - 152.

CASTRO, A. - A Causalidade nas ciências Sociais: Uma Abordagem Epistemológica. In: SILVA, A. S.; PINTO, J. M. - Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Biblioteca Ciências do Homem, Edições Afrontamento, 1986. p. 279 - 312.

CECCONELLO, A.; KOLLER, S. - Inserção Ecológica na Comunidade: Uma Proposta Metodológica para o Estudo de Famílias em Situação de Risco. Revista Psicologia Reflexão e Crítica. Vol. 16, nº 3 (2003), p. 515 - 524. [em linha] [Consult. 20 Março 2006]. Disponível na internet:<URL:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102> >.

- CESTARI, E. - Padrões de Conhecimento em Enfermagem e suas Implicações no Ensino Revista gaúcha enfermagem. Vol. 24(1) (2003), p. 34 - 42.
- CHIKERING, A.; REISSER, L. - Education and Identity. 2nd. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1993.
- CHINN, P.; KRAMER, M – Theory and Nursing a systematic approach. St. Louis: Mosby Year Book, 1991.
- CHINN, P.; KRAMER, M. - Theory and Nursing. Integrated Knowledge development. 5th. St Louis, Missouri: Mosby Editions, 1999.
- COLLIÈRE, M.-F. - Promover a Vida. Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses., 1989.
- COLLIÈRE, M.-F. - Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. ROL de Enfermeria. Vol. 22 (1) (1999), p. 27-31.
- COLLIÈRE, M.-F. - Cuidar... a Primeira arte da vida. 2^a. Camarate: Edições Lusociência, 2003.
- CORREIA, M. C. B. - A Construção do Currículo no Ensino de Enfermagem. Um estudo de caso. Loures: Edições Lusociência, 2004.
- CONSELHO DE MINISTROS- Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98. Lisboa: Diário da República n.º 280, I Série - B, 1998.
- COSTA, A.; MESTRINHO, G.; SAMPAIO, J. - Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto. Lisboa: Ministério da Saúde Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 2000.
- COSTA, A. F. - A Pesquisa no Terreno em sociologia. In: SILVA, A. S.; PINTO, J. M. - Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Edições Afrontamento, 1986. p. 129 - 148.
- COSTA, M. A. - Enfermeiros. Dos percursos de Formação à Produção de Cuidados. Lisboa: Fim de Século Edições, Lda., 1998.
- COSTA, M. A. - O Ensino de Enfermagem e o desenvolvimento da profissão. Sinais Vitais. Vol. 37 (2001), p. 8 - 10.
- COUTINHO, C.; CHAVES, J. - O estudo de Caso na Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. Revista Portuguesa de Educação. Vol. 15 (1) (2002), p. 221-243.
- CUTCLIFFE, J.; BUTTERWORTH, T. - Fundamental Themes in Clinical Supervision. London: Routledge Edition, 2001.
- DANIEL, L. F. - Atitudes interpessoais em enfermagem. S. Paulo: Editora Pedagógica e Universitária., 1983.

DELORS, J. [et al.] - Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO. Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, 2006.

DENZIN, N.; LINCON, Y. - Handbook of Qualitative Research. 2nd. Califórnia: Sage Publications, Inc., 2000.

d'ESPINEY, L. - Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: uma experiência de articulação em contextos de trabalho. In: CANÁRIO, R. - Formação em Situações de trabalho. Porto: Porto Editora, 1997. p. 169-188.

d'ESPINEY, L. - Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. Sífito Revista de Ciências da Educação. Vol. 6 (2008), p. 7-20.

d'ESPINEY, L. [et al.] - Implementação do processo de Bolonha a Nível Nacional. Grupos por área do conhecimento. Lisboa: Enfermagem, 2004.

DEWEY, J. - Theory of Moral Life. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1932.

DEWEY, J. - Experience and education. New York: Collier Books, 1963.

DEWEY, J. - Moral Principles of Education. Carbondale: Southern Illinois University Press, 1975.

DEWEY, J. - How we think. Mineola: Dover Publications, 1997.

DIAS, F.- Construção e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado. Porto: Universidade do Porto, 2002. Doutoramento.

DIAS, J. M. - Formadores que desempenho? Loures: Edições Lusociência, 2004.

DUBAR, C. - La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Paris: A. Colin, 1991.

DUBAR, C. - Formação trabalho e Identidades Profissionais. In: CANÁRIO, R. - Formação e situações de trabalho. Porto: Porto Editora, 1997^a. p. 43-60.

DUBAR, C. - A Socialização, Construção das Identidades Sociais e Profissionais. Porto: Porto Editora, 1997^b.

ELLIS, J. R.; HARTLEY, C. L. - Enfermagem Contemporânea, Desafios, Questões e Tendências. 5^a. Porto Alegre: Artmed Editora, 1998.

ESPÍRITO SANTO, C. - As Competências dos enfermeiros e as Práticas de enfermagem: Contributos para a Mudança. Referência. Vol. 3 (1999), p. 53 - 57.

FALEY, J. E. - Managing Clinical Supervision. Ethical Practice and Legal Risk Management. Pacific Grove, USA: Brooks/Cole, 2002.

FAWCETT, J. - Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. 2th. Philadelphia: F.A. Company, 1989.

FERNANDES, C. - Reflectindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. Latino-Americana Enfermagem. Vol. 12 (4) (2004), p. 691 - 698.

FERNANDES, J. - A Educação em enfermagem. Referência. Vol. 4 (2000), p. 67 - 69.

FERNANDES, O. - Desenho Curricular para uma Enfermagem Científica. Porto: Universidade do Porto, 1995. Mestrado.

FERNANDES, O. - Entre a teoria e a Experiência. Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura. Porto: Universidade do Porto, 2004. Doutorado.

FERNANDES, O. - Entre a teoria e a Experiência. Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura. Loures: Edições Lusociência, 2006.

FERREIRA, C. - Formação Reflexiva em Ensino Clínico com Recurso à Técnica de Espelhamento: Impacto na satisfação dos estudantes. Pensar Enfermagem. Vol. 5, nº2 (2001), p. 8 - 17.

FERREIRA, M. - Formar para Cuidar: natureza das aprendizagens. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Doutorado.

FERREIRA, M. - Formar Melhor para um melhor Cuidar. Millenium. Vol. 8, n.º 30. (2004), p. 123 - 137.

FERREIRA, M. - Alguns Factores Que Influenciam a Aprendizagem do Estudante de Enfermagem. Millenium. Vol. 9, n.º 31 (2005), p. 150 - 173.

FERREIRA, V.; MACHADO, P. - O Programa Informático NUD-IST - análise qualitativa de informação escrita. [em linha]. (2005). [Consult. 28 Dezembro 2005]. Disponível na internet:<URL:http://www.niee.ufrgs.br98/CONG_1994/VOLUME_II/C43/II_310_314.HTM L>.

FIELDING, N.; LEE, R. - Computer Analysis and Qualitative Research. London: Sage Publications, 1998.

FLICK, U. - Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa. 2ª. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, M. J. - Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem - perspectiva do docente. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Mestrado.

FORTIN, M. F. - O processo de investigação - Da Concepção à realização. Loures: Edições Lusociência, 1999.

FRANCO, J. - Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação. Investigação em enfermagem. Vol. 1 (2000), p. 32-50.

FREITAS, H.; JANISSEK-MUNIZ, R.; MOSCAROLA, J. - Modelo de formulário interativo para análise de dados qualitativos. Revista de Economia e Administração. Vol. 4(1) (2005), p. 27-48.

FRIAS, C. - A aprendizagem do Cuidar e a Morte. Um desígnio do Enfermeiro em Formação. Loures: Edições Lusociência, 2003.

GAMEIRO, M. - A Enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. Referência. Vol. 10 (2003), p. 5-15.

GARRIDO, A - A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Mestrado.

GEORGE, J. - Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional. 4ª. Porto Alegre: Artemed Editora, 2000.

GHAYE, T.; LILLYMAN, S. - Effective Clinical Supervision. The role of reflection. UK: Quay Books Division, Mark Allen Publishing Group, 2000.

GIL, A. C. - Métodos e técnicas de Pesquisa Social. 4ª. S. Paulo: Atlas SA, 1994.

GOMES, B.; CASAGRANDE, L. - A Educação Reflexiva na Pós-Modernidade: uma revisão bibliográfica. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.. 10, nº 5 (2002), p. 696-703.

GONÇALVES, M., [et al] - Contributos para a articulação ensino exercício: uma abordagem teórica. Enfermagem em Foco. Vol. 5, nº 20 (1995), p. 40-46.

GRÁCIO, M. G. - A dimensão interpessoal na interacção supervisiva: um estudo de caso em contexto de estágio integrado. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2002. Mestrado.

GUIMARÃES, P.- Aprender no Local de Trabalho: Um Outro Olhar sobre a Formação e a Enfermagem.: IV Congresso Português de sociologia. Coimbra: IV Congresso Português de Sociologia, 2000. Disponível em WWW:<URL:http://www.aps.pt/ivcong-actas/Acta079.PDF>.

HÉLDER, G. H. J. - The Life Course and Human Development. In: DAMON, W; LERNER, R. - - Hand Book of Child Psychology: theoretical models of human development. New York: John Wiley & Sons, 1998, p. 939 - 991.

HENZEZEL, M. - Nós Não nos Despedimos: uma reflexão sobre o fim da vida. Lisboa: Notícias Editorial, 2001ª.

HENNEZEL, M.; LELOUP, J.-Y. - A Arte de Morrer. 3ª Edição. Lisboa: Notícias Editorial, 2001^b.

HENNEZEL, M. - Diálogo com a Morte. 5ª Edição. Lisboa: Notícias Editorial, 2002.

HESBEEN, W. - Cuidar no Hospital, Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar. Loures: Edições Lusociência, 2000.

HESBEEN, W. - Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Edições Lusociência, 2001.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING - ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses - Report and Development Process and Consultation, Standard and Competencies Series. Genebra: International Council of Nurses, 2003.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE - Versão 1.0 -. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, International Council of Nursing, 2006.

IRVING, S. - Interviewing as a qualitative research: a guide for researchers in education and social sciences. 2ª. New York: Teachers College Press, 1998.

ITURRA, R. - Trabalho de campo e Observação Participante em Antropologia. In: AUGUSTO SANTOS SILVA ; PINTO, J. M. - Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Edições Afrontamento, 1986. p. 149 - 163.

JASPER, M. A. - Using a reflective writing within research. Journal of Research in Nursing. Vol. 10, nº 3 (2005), p. 247-260.

JOHNS, C. - Becoming a reflective practitioner. London: Blackwell Science, 2001.

KÉROUAC, S. [et al.] - El Pensamiento Enfermero. Barcelona: Masson, S.A, 1996.

KOLB, D. - Experimental Learning. Experience as the Source of Learning and Development. New Jersey: Prentice Hall P T R, Englewood Cliffs, 1984.

KOLLER, S. H. - Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil. 2ª. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2005. ISBN 85-7396-388-3.

KREBS, R. J. - A Criança e o Esporte: Reflexões Sustentadas pela Teoria dos Sistemas Ecológicos. [em linha]. [Consult. Março 2006] Disponível na internet:<URL:<http://www.fmh.utl.pt/mestrado/c/textosruykrebs>>.

KREBS, R. J. - Novas tendências para o estudo do desenvolvimento humano. [em linha]. [Consult. 23 Junho 2006]. Disponível na internet:<URL:<http://www.fmh.utl.pt/mestrado/c/textosruykrebs/novastendencias.pdf>>.

LALANDA, C.; ABRANTES, M. - O conceito de Reflexão em J. Dewey. In: ALARCÃO, I. - Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de supervisão. Porto: Porto Editora, 1996.

LAZURE, H. - Viver a Relação de Ajuda. Lisboa: Edições Lusodidacta, 1994.

LE BOTERF, G. - De la Compétence, Essai Sur un Attracteur Étranger. 4^a. Paris: Éditions d' Organisation, 1994.

LE BOTERF, G. - De la Compétence à la Navigation Professionnelle. Paris: Éditions d' Organisation., 1997.

LE BOTERF, G. - Desenvolvendo a Competência dos Profissionais. 3^a. S. Paulo: Artmed, 2003.

LE BOTERF, G. - Construir as competências individuais e colectivas. Resposta a 80 questões. Porto: Asa Editores, 2005.

LEANDRO, A.; TAVARES, J. - Conhecer, Aprender, Avaliar. Porto: Porto Editora, 1998.

LEININGER, M. - Transcultural Nursing, Concepts, Theories Research & Practices. New York: McGraw-Hill, 1995.

LEITÃO, M. N. - Formação Inicial em Enfermagem, Concepções e Práticas de Orientação. Lisboa: Universidade Católica, 2000. Mestrado.

LEITE, C.; TERRASÊCA, M. - Ser Professor/a num contexto de reforma. Porto: Asa, Cadernos Pedagógicos, 1995.

LESNE, Marcel - Trabalho pedagógico e formação de adultos. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984.

LESSARD-HÉRBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. - Investigação Qualitativa Fundamentos e Práticas. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

LESTER, J.; LESTER, J. - Writing Research Papers. A Complet Guide. New York: Pearson Longman Editions, 2005.

LIMA BASTO, M. - Da Intenção de Mudar à Mudança. Lisboa: Editora Rei dos Livros, 1998.

LIMA BASTO, M.; MAGÃO, T. - Práticas de enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. Investigação em Enfermagem. Vol. 4 (2001), p. 3-11.

LOANNIDES, A. - The nurse Teacher's clinical role now and in the future. Vol. nº 19 (1999), p. 207-214.

- LOBIONDO-WOOD, G.; JUDITH, H. - Pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. 4ª. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LONGARITO, C. - O Ensino Clínico. Dificuldades Recursos e Profissionalidade. Subsídios para uma abordagem interactiva. Porto: Universidade do Porto, 1999. Mestrado.
- LONGARITO, C. - O Ensino Clínico: a Importância da Orientação e a Construção do Saber Profissional. Investigação em Enfermagem. Vol. 5 (2002), p. 26-33.
- LOPES, A.; NUNES, L. - Acerca da Trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e ética. Nursing. Vol.8 nº 90-91 (1995), p. 10-12.
- LOPES, M. J. - Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral. Alguns dados e implicações. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1999.
- LOPES, N. - Recomposição profissional da enfermagem. Estudo Sociológico em Contexto Hospitalar. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- MACHADO, F.; GONÇALVES, F. - Currículo e desenvolvimento Curricular. Problemas e Perspectivas. Lisboa: Edições Asa, 1999.
- MACKERACHER, D. - Development of Young Adults. [em linha]. (1999). [Consult. Março 2007]. Disponível na internet:<URL:http://www.umanitoba.ca/academic_support/uts/media/development.pdf>.
- MADEIRA, R.; LOPES, V. - Necessidades de Formação de Enfermagem ao nível das Competências Relacionais e de Continuidade de Cuidados. In: UI&DE - Processos de Formação Na e Para a Prática de Cuidados. Loures: Edições Lusociência, 2007. p. 47-76.
- MAGALHÃES, C.; BEMPOSTA, C. - Antropologia do Cuidar. Sinais Vitais. Vol. 50 (2003), p. 43-47.
- MALGLAIVE, G. - Formação e Saberes Profissionais: entre a teoria e a prática. In: CANÁRIO, R. - Formação e situações de trabalho. Porto: Porto Editora, 1997. p. 53-60.
- MARC, R.; GENTILE, C. - Métodos para Aprender. Porto: Porto Editora, 1995.
- MARCELO, C. [et al.] - El estudio de caso en la formación del profesorado y la investigación didáctica: Série Ciências de la Education. Sevilla: Universidade de Sevilla, 2001.
- MARQUES, F. - Entre a Continuidade e a Inovação. O Ensino Superior de enfermagem e as Práticas Pedagógicas dos Professores de enfermagem. Revista Lusófona de Educação. Vol. 5 (2005), p. 153-171.

MARQUES, R. - A Arte de Ensinar: dos Clássicos aos Modelos Pedagógicos Contemporâneos. Porto: Plátano Edições Técnicas, 1998.

MARRINNER, A. - Modelos y teorías de Enfermería. Barcelona: Ediciones Rol, 1989.

MARTINS, A. - Contributos dos enfermeiros na Orientação das Práticas Clínicas. Porto: Universidade do Porto, 2000. Mestrado.

MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. - A Abordagem Ecológica de Urie Bronfenbrenner em Estudos com Famílias. [em linha]. [Consult. 20 Março 2006]. Disponível na internet:<URL:<http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo>>.

MARTINS, G. D. A. - Estudo de Caso. Uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

MATHEUS, C.; FUSTINONI - Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

MCCORMACK, B. - Evidence-based practice and potential for transformation. Journal of Research in Nursing. Vol. 11, nº 2 (2006), p. 89 - 94.

MCINTYRE, D.; HAGGER, H.; WILKIN, M. - Mentoring perspectives os school-based teacher education. London: Koogan Page, 1994.

MELEIS, A. - Theoretical Nursing. Development and Progress. 3th. Philadelphia: Lippincott., 1997.

MELEIS, A. [et al.] - Experiencing transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances Nursing Science. Vol. 23 (1) (2000), p. 12-28.

MENDES, A. [et al.] - Proposta de estruturação dos estágios clínicos. Aveiro: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 2002.

MENDES, A. [et al.] - Modelo Ecológico de estágios Clínicos na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Pensar Enfermagem. Vol. 9 nº 1 (2005), p. 14-25.

MENDES, A. [et al.] - Orientação de Estudantes: uma oportunidade de auto-formação. Pensar Enfermagem. Vol. 5 nº 2 (2001), p. 1-7.

MENDES, J. O. - Perguntar e observar não basta, é preciso analisar: algumas reflexões metodológicas. [em linha]. [Consult. SD] Disponível na internet:<URL:<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/194/194.pdf>>.

MILES, M.; HUBERMAN, M. - An Expanded Sourcebook: Qualitative Data Analysis. 2nd. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

MILLER, M.; BAACOCK, D. - Critical Thinking Applied to Nursing. St Louis: Ed. Mosby-Year Book, Inc., 1996.

- MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E DO ENSINO SUPERIOR- Decreto-Lei n.º 71/2003 de 10 de Abril. Lisboa: Diário da República n.º 85, I Série - A, 2003.
- MINISTÉRIO DA CIÊNCIA INOVAÇÃO E ENSINO SUPERIOR- Decreto-Lei n.º42/2005 de 22 de Fevereiro. Lisboa: Diário da República n.º 37, I Série - A, 2005.
- MINISTÉRIO DA CIÊNCIA TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR- Despacho n.º 10 543/2005 (2.ª série). Lisboa: Diário da República n.º 91, II Série, 2005.
- MINISTÉRIO DA CIÊNCIA TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR- Decreto-Lei n.º 64/2006 de 21 de Março. Lisboa: Diário da República n.º 57, I Série - A, 2006.
- MINISTÉRIO DA CIÊNCIA TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. Lisboa: Diário da República n.º 60, I Série - A, 2006.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO- Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro. Lisboa: Diário da República n.º 206, I Série - A, 1999.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO- Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro. Lisboa: Diário da República n.º 219, I Série - B, 1999.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO- Decreto-Lei n.º 31/2000 de 13 de Março. Lisboa: Diário da República n.º 61, I Série - A, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-lei nº 178/85 de 23 de Maio. Lisboa: Diário da República nº 118, I Série, 1985.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-lei nº 320/87 de 27 de Agosto. Lisboa: Diário da República nº 196, I Série, 1987.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-Lei Nº 480/88 de 23 de Dezembro. Lisboa: Diário da República nº 295, I Série, 1988.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro. Lisboa: Diário da República nº 257, I Série - A, 1991.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-Lei nº 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Lisboa: Diário da República nº205 - I Série - A, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-Lei nº 122/97 de 20 de Maio. Lisboa: Diário da República nº 116, I Série - A, 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Diário da República nº 93, I Série - A, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-Lei n.º 412/98 de 30 de Dezembro. Lisboa: Diário da República n.º 300, I Série - A, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-Lei n.º 411/99 de 15 de Outubro. Lisboa: Diário da República n.º 241, I Série - A, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril. Lisboa: Diário da República n.º 77, I Série - A, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. Lisboa: Diário da República n.º 109, I Série - A, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; DIRECÇÃO. GERAL DA. SAÚDE. - O Hospital Português. Lisboa, 1998.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DO PLANO DOS ASSUNTOS SOCIAIS E DA REFORMA ADMINISTRATIVA SAÚDE- Decreto-lei n.º 305/81 de 12 de Novembro. Lisboa: Diário da República n.º 261, I Série, 1981.

MIRANDA, R. - Relação de Ajuda. Área de competência clínica do Enfermeiro no Serviço de Urgência. Porto: Universidade do Porto, 1999. Mestrado.

MOON, J. - Reflection in Learning & Professional Development. Theory & Practice. London: Kogan Page Lda, 1999.

MORAES, C. - Pensamento Eco-Sistêmico. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

MORAES, C.; LA TORRE, S. - Sentirpensar. Fundamentos e Estratégias para reencontrar a Educação. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

MORAES, C.; LA TORRE, S. - Pesquisando a partir do pensamento complexo - elementos para uma metodologia de desenvolvimento ecossistêmico. Educação. Vol. 29, n.º 1 (58) (2006), p. 145 - 172.

MOREIRA, M. A. - A investigação-acção na formação reflexiva do professor-estagiário de Inglês. Instituto de Inovação Educacional, 2001.

MORGAN, D. - Practical Strategies for Combining Qualitative and Quantitative Methods: Applications to Health Research. [em linha]. (1998), p. 362-376. [Consult. 9 Novembro 2007]. Disponível na internet:<URL:http://www.sagepub.com>.

MORIN, E. - Introdução ao Pensamento Complexo. 4ª. Lisboa: Edições Instituto Piaget, 2003.

MORIN, E. - Educação e complexidade: Os Sete Saberes e outros ensaios. 3ª. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

MORIN, E. - Cabeça Bem-Feita. Pensar a reforma reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, Lda., 2006ª.

MORIN, E. - Os Sete Saberes necessários à educação. 11ª. São Paulo: Cortez Editora, 2006^b.

MORIN, E.; EMÍLIO-ROGER CIURANA; MOTTA, R. D. - Educar na era Planetária. O pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

NASCIMENTO, C. - Docentes de Enfermagem: Necessidades de Formação em Supervisão Clínica. In: UI&DE - Processos de Formação Na e Para a Prática de Cuidados. Loures: Edições Lusociência, 2007. p. 1-46.

NIGHTINGALE, F. - Notas sobre Enfermagem. O que é e o que não é. S. Paulo: Cortez Editora, 1989.

NOGUEIRA, M. - História de Enfermagem. Edições Salesianas, 1999.

NÓVOA, A; FINGER, M. - O Método (auto)Biográfico e a Formação. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, 1998.

NUNES, L. - Um Olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998). Loures: Edições Lusociência, 2003.

O' TOOLE, A. W.; WELT, S. R. - Teoría Interpersonal en la Prática de la Enfermería: Trabajos Seleccionados de Hildegar E. Peplau. Barcelona: Ediciones. Masson, 1996.

OLIVEIRA, A. - O Desafio da Morte. Lisboa: Notícias Editorial, 1999.

OLIVEIRA, L. - Escola Encontro de Pessoas, Que Valores. Lisboa: Universitária Editora, Lda., 2003.

OLIVEIRA-FORMOSINHO, J. - Em Direcção a um Modelo Ecológico de Supervisão de Educadores de Infância. Inovação. Vol. 10, n.º 1 (1997), p. 89 - 110.

OLIVEIRA-FORMOSINHO, J. - A Supervisão na Formação de Professores I. Da sala à Escola. Porto: Porto Editora, 2002.

OOIJEN, E. V. - Clinical Supervision. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003^a.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar - Competências dos enfermeiros de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003^b.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, C. D. E. - Do Caminho Percorrido e das Propostas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003^c.

OREM, D. - Nursing. Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis (MO):Mosby, 2001.

PARKER, M. E. - Nursing: A Discipline of Knowledge Grounded in Caring. In: BOYKIN, A. - Living a Caring-Based Program. New York: National League for Nursing Press, 1994.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. - Modelos para o Exercício de Enfermagem. Lisboa: ACEPS, 1992.

PEPLAU, H. E. - Relaciones Interpersonales en Enfermeria. Barcelona: Masson, Ediciones Cientificas e Técnicas S.A., 1992.

PEREIRA, E. - Diários de Aprendizagem. Promoção da Reflexão na Prática Clínica dos Estudantes de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto, 1998. Mestrado.

PEREIRA, A. - Percepção da Relação Professor/Aluno na Prática Clínica de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto, 1996. Mestrado.

PERRENOUD, P. - Práticas pedagógicas. Profissão docente e formação, perspectivas sociológicas. Lisboa: Edições D. Quixote, 1993.

PERRENOUD, P. - Novas competências para Ensinar. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PERRENOUD, P. - Porquê construir competências a partir da escola ? Desenvolvimento da autonomia e luta contra as desigualdades: Cadernos de Investigação e prática. Porto: Edições Asa, Centro de Recursos de Informação e apoio Pedagógico, 2001.

PERRENOUD, P. - O que fazer da ambiguidade dos programas escolares orientados para as competências? - Pátio. Revista Pedagógica. Vol. 23 (2002), p. 8 - 11.

PHANEUF, M. - Um Novo papel para o Enfermeiro no ano 2000. Sinais Vitais. Vol. 28 (2000), p. 39-45.

PINTO, C. - Colaborar com a escola: Opiniões dos enfermeiros orientadores de alunos em ensino clínico. In: MESTRINHO, M. - Formação em Enfermagem: Docentes investigam. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000. p. 89-125.

PIRES, A. L. - As Novas Competências Profissionais. Formar, Revista de Formadores. Vol. 10 (1994), p. 4-19.

PIRES, A. L. - Educação e Formação ao Longo da Vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação das aprendizagens e de competências. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2002. Doutoramento.

PIRES, R. - Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: Contributos para a definição de uma política organizacional. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Mestrado.

- PIRES, R. [et al.] - Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem. Sinais Vitais. Vol. 54 (2004).
- POLETTI, R. - Cuidados de Enfermeria. Tendencias y conceptos actuales. Barcelona: Ediciones Rol S.A., 1980.
- POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização. 5ª. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.
- PORTUGAL, G. - Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner. Aveiro: Edições CIDInE, 1992.
- QUEIRÓS, A. - Empatia e Respeito - Dimensões Centrais na Relação de Ajuda. Coimbra: Quarteto Editora, 1999.
- QUEIRÓS, A.; SILVA, L.; SANTOS, E. - Educação em Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora, 2000.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. - Manual de Investigação em Ciências Sociais. 2ª. Lisboa: Gradiva, 1998.
- RAMOS, F. - A Preceptorial como Estratégia de Formação em Estágio Clínico de Enfermagem Pediátrica. Pensar Enfermagem. Vol. 7 nº 1 (2003), p. 3 - 11.
- REBELO, T. - Os discursos nas Práticas de cuidados de enfermagem: Contributo para a análise das representações sociais em enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa, 1996. Mestrado.
- REIS, L. - Alunos de Enfermagem: da Formação ao Desenvolvimento da Profissionalidade. Porto: Universidade do Porto, 1996. Mestrado.
- REIS, T. - Contributo da supervisão na Gestão do Stresse dos Alunos em Ensino Clínico. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006. Mestrado.
- RIBEIRO, A. C. - Desenvolvimento Curricular. 4ª. Lisboa: Texto Editora, 1993.
- RIBEIRO, D. - A Supervisão e o desenvolvimento da profissionalidade docente. In: ALARCÃO, I. - Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem. Porto: Porto Editora, 2000. p. 87-95.
- RIBEIRO, L. F. - Cuidar e Tratar. Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral. Lisboa: Edições EDUCA, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1995.
- RICHARD, L. - Rigorous, Rapid and Qualitative? Computing in Qualitative Methods. Health Behav. Vol. 26(6) (2002), p. 425-430.
- ROCHA, A.; OLIVEIRA, H. - Vivências...Reflexão em Ensino clínico. Millenium. Vol. 8, n.º 4 (2004), p. 119-137.

RODRIGUES, Â. - Metodologias de análise da necessidade de formação na formação profissional contínua de professores. Lisboa: Universidade de Lisboa, 1999. Doutoramento.

RODRIGUES, Â. - Da Teoria à prática: Necessidades de formação dos formadores. In: UI&DE - Processos de Formação Na e Para a Prática de Cuidados. Loures: Edições Lusociência, 2007. p. 77-89.

RODRIGUES, M. - Dinâmicas de Supervisão na Formação de Professores: uma experiência num contexto de resolução de problemas. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000. Mestrado.

RODRIGUES, M. A. - Cultura Científica, Produção Científica e Sentido de Profissionalidade. Referência. Vol. 9 (2002), p. 5-15.

ROLDÃO, C. - A Escola como Instância de decisão curricular. In: ALARCÃO, I. - Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem. Porto: Porto Editora, 2000. p. 67-77.

ROLDÃO, C. - Gestão do Currículo e Avaliação de Competências. As questões dos professores. Lisboa: Editorial Presença, 2003.

ROLDÃO, C. - Os Professores e a Gestão do Currículo. Porto: Porto Editora, 1999.

RUA, M. - Qualidade de Cuidados de Enfermagem na Perspectiva da Puérpera. Porto: Universidade do Porto, 1998. Mestrado.

SAARIKOSKI, M. [et al.] - Student Nurses' Experience of Supervision and Mentorship in Clinical Practice: A Cross Cultural Perspective. Nurse Education in Practice. Vol. 7 (2007), p. 407-415.

SABIN, M. - Competence in Practice-Based Calculation: Issues for Nursing Education A critical review of the literature. Edinburgh: School of Acute and Continuing Care Nursing Faculty of Health & Life Sciences. Napier University, 2001.

SÁ-CHAVES, I. - A construção do conhecimento pela análise reflexiva da praxis. Aveiro: Universidade de Aveiro, 1994. Doutoramento.

SÁ-CHAVES, I. O. - Percurso de Formação e Desenvolvimento Profissional. Porto: Porto Editora, 1997.

SÁ-CHAVES, I. - Supervisão: Concepções e Práticas. Universidade de Aveiro. Aveiro: Centro Integrado de Formação de Professores, 1999.

SÁ-CHAVES, I. - Formação, conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais. Aveiro: Unidade de Investigação Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores. Universidade de Aveiro, 2000.

- SÁ-CHAVES, I. - Portfolios Reflexivos. Estratégias de formação e de Supervisão. Aveiro: Unidade de Investigação Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores. Universidade de Aveiro, 2000.
- SÁ-CHAVES, I. - A Construção de Conhecimento pela Análise Reflexiva da Praxis. Lisboa: Edição Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2002.
- SÁ-CHAVES, I. - Os "Portfolios" Reflexivos (Também) Trazem Gente Dentro. Porto: Porto Editora, 2005.
- SÁ-CHAVES, I. - Cultura, Conhecimento e Identidade Universidade e Contemporaneidade. Saber (e) Educar. Vol. 12 (2007), p. 9-28.
- SÁ-CHAVES, I. - Formação, conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais. Estudos Temáticos 1. Aveiro: Unidade de Investigação Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores. Universidade de Aveiro, 2007.
- SÁ-CHAVES, I.; AMARAL, M. J. - Supervisão reflexiva: a passagem do eu solitário ao eu solidário. In: ALARCÃO, I. - Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem. Porto: Porto Editora, 2000. p. 79-85.
- SANTOS, T.; DUARTE, M.; SUBTIL, C. - A Declaração de Bolonha e a Formação na área da Enfermagem. Relatório. 2004.
- SANTROCK, J. W. - Educational Psychology - Classroom Update: Preparing for PRAXIS™ and Practice. 2nd. New York: Mac Graw Hill Edition, 2006.
- SCHÖN, D. - The Reflective Practitioner: how professionals think in action. USA: Basic Books, 1983.
- SCHÖN, D. - Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Theaching and Learning in the Professions. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.
- SCHÖN, D. - Educating the reflective practitioner. San Francisco, California: Jossey-Bass Publisher, 1990.
- SCHÖN, D. A. - La Formación de profesionales reflexivos. Hacia un Nuevo diseño de la enseñanza y aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Ediciones Paidós, 1992.
- SELL, S. L. V.; KALOFISSUDIS, I. - The Evolving Essence of The Science of Nursing. A Complexity Integration Nursing Theory. [em linha]. [Consult.SD] Disponível na internet:<URL:http://www.nursing.gr/Complexitytheory.pdf>.
- SERRA, M. - Aprender a Ser Enfermeiro. Sifiso Revista de Ciências da Educação. Vol. 5 (2008), p. 69-80.

SILVA, A. [et al.] - Relatório Final da Comissão Instaladora do Programa das Ciências da Saúde. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000.

SILVA, A. S.; MADUREIRA, J. - Metodologia das Ciências Sociais. 8ª. Porto: Edições Afrontamento, Biblioteca das Ciências do Homem, 1986.

SILVA, D. - Dimensões psicopedagógicas na formação dos enfermeiros. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Doutoramento.

SILVA, D.; SILVA, E. - O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. Millenium. Vol. 8, n.º 4 (2004), p. 103-118.

SILVA, E. - Formação em Alternância no Ensino de Enfermagem. Sinais Vitais. Vol. 13, n.º 3 (1997), p. 21-24.

SILVA, E.; LEITÃO, G. - Factores que interferem no processo de aprendizagem do aluno no estágio supervisionado de centro cirúrgico. Revista do Hospital Universitário/Universidade Federal do Maranhão. Vol. 1 (1/2) (2003), p. 44-48.

SILVERMAN, D. - Qualitative Research. Theory, Method and Practice. London: Sage Publications, 1997.

SILVESTRE, R. - Encontros e Desencontros no Ensino Clínico em Enfermagem. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2004. Mestrado.

SIMÕES, J. - Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Mestrado.

SIMÕES, C.; SIMÕES, H. - Maturidade Pessoal, Dimensões da Competência e Desempenho Profissional. In: SÁ-CHAVES, I. - Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional. Porto: Porto Editora, 1997. p. 37-58.

SOARES, S. - Supervisão e Formação profissional: um estudo em contexto de trabalho. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Mestrado.

SPOUSE, J.; REDFERN, L. - Successful Supervision in Health Care Practice. London: Blackwell Science, 2000.

SPRADLEY, J. - The Ethnographic Interview. United Kingdom: Wadsworth Group, Thomson Learning, 1979.

SPRADLEY, J. - Participant Observation. United Kingdom: Wadsworth Group, Thomson Learning, 1980.

STAKE, R. - Case Study. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. - Hand Book of Qualitative Research. California: Sage Publications, 2000.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. - Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 2nd. London: Sage Publications, 1998.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. - Investigação qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista. Loures: Edições Lusociência, 2002.

SWAIN, G. - Clinical Supervision: The principles and the process. Community Practitioners and Health Visitors Association. London, 1995.

TAVARES, J. - A aprendizagem como construção de conhecimento pela via da resolução de problemas e da reflexão. Aveiro: Edição CIDInE, 1992.

TAVARES, J. - Dimensão Pessoal e Interpessoal na Formação. Aveiro: Edição CIDInE, 1993.

TAVARES, J. - Para Intervir em Educação. Contributos dos colóquios CIDInE. Aveiro: Edição CIDInE, 1994.

TAVARES, J. - Uma Sociedade que Aprende e se Desenvolve. Relações Interpessoais. Porto: Porto Editora, 1996.

TAVARES, J. – Construção do Conhecimento e Aprendizagem. In: ALMEIDA, L; TAVARES, J. – Conhecer, Aprender, Avaliar. Porto: Porto Editora, 1998. p. 11-30.

TAVARES, J. - Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

TAVARES, J. - Formação e Inovação no Ensino Superior. Porto: Porto Editora, 2003.

TEIXEIRA, A.; BECKER, F. - Novas possibilidades da pesquisa qualitativa via sistemas CAQDAS. Sociologias. Vol. 5 (2001), p. 94 - 113.

THOMAS, B.; REID, J. - Multidisciplinary clinical supervision. British Journal of Nursing. Vol. 4 nº 15 (1995), p. 883-885.

TOMEY, M.; ALLIGOOD, M. - Teóricas de enfermagem e sua obra, Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures: Edições Lusociência, 2004.

TURATO, E. - Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa. Revista de Saúde Pública. Vol. 39(3) (2005), p. 507-514.

VALA, J. - A Análise de conteúdo. In: SILVA, A; PINTO, J.. - Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Edições Afrontamento, 1986.

VALSECCHI, E.. - Fundamentos de Enfermagem: incidentes críticos relacionados ao estágio supervisionado. Ribeirão Preto: Universidade de S. Paulo, 1999. Mestrado.

VAN OOIJEN, E. - Clinical Supervision: a practical approach. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

VANHANEN, L.; SIRPA, J. - Changes in Students' Orientations to Nursing During Nursing Education. Nurse Education Today [em linha]. (2000), p. 654 - 661. [Consult.SD] Disponível na internet:<URL:http://www.idealibrary.com>.

VIDINHA, F. - Fundamentos de Enfermagem o presente e o futuro. [em linha]. (2006). [Consult. Maio 2006] Disponível na internet:<URL:http://www.essp.pt/fundamentos/Document/ensiclin.pdf>.

VIEIRA, F. - Supervisão. Uma Prática Reflexiva na Formação de Professores. Rio Tinto: Edições Asa, 1992.

WATSON, J. - Postmodern Nursing and Beyond. London: Churchill Livingstone, 1999.

WATSON, J. - Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem. Camarate: Edições Lusociência, 2002.

WATSON, J. - Watson's Theory of Human Caring and Subjective Living Experiences: Caritative Factors/Caritas Processes as a Disciplinary Guide to the Professional Nursing Practice. Texto e Contexto de Enfermagem. Vol. 16(1) (2007), p. 129-135.

WHITE, J. - Patterns of knowing: Review, critic, and update. Advanced Nursing Science. Vol. 17(4) (1995), p. 73 - 86.

WOLCOTT, H. F. - Writing up Qualitative Research. 2nd. London: Sage Publications, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Mission and Functions of the Nurse. Copenhagen: World Health for all Nursing Series, 1991.

YIN, R. - Applications of Case Study Research. 2nd. London: Sage Publications, 1993.

YIN, R. - Case Study Research. Design and Methods. 2nd. London: Sage Publications, 1994.

YIN, R. - Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. 3^a. Porto Alegre: Artemed Editora, 2005.

ZABALZA, M. - Los Diarios de Clase. Documento para estudiar cualitativamente los dilemas prácticos de los profesores. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A., 1991.

ZABALZA, M. - Los Diarios de Clase. Un instrumento de investigación y desarrollo profesional. Madrid: Nancea S. A. Ediciones, 2004.

ZABALZA, M. - Diseñ y Desarrollo Curricular. 6ª. Madrid: Nancea S.A. de Ediciones, 1995.

ZEICHNER, K. - Individual Institutional and cultural Influences on the Development of Teachers' Craft knowledge. In: CALDER, J. - Exploring Teachers' Thinking. London: Cassell, 1987.

ZEICHNER, Kenneth - A formação reflexiva de professores: ideias e práticas. Lisboa: Educa, 1993.

IDENTIFICAÇÃO DE APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice 1 – Caracterização socioclínica dos contextos de ensino clínico

Apêndice 2 – Documento Orientador da elaboração DAP

Apêndice 3 – Documento Orientador elaboração DAC

Apêndice 4 – Guião Entrevista a alunos

Apêndice 5 – Guião Entrevista Supervisores

Apêndice 6 – Ofícios a solicitar observação dos alunos

Apêndice 7 – Grelha Observação

Apêndice 8 – Apresentação da definição de cada “nó” da base de dados

Apêndice 9 – Apresentação da definição de cada uma das categorias de análise

Apêndice 1 – Caracterização socioclínica dos contextos de ensino clínico

ENSINO CLÍNICO/ ANO LECTIVO	TEMÁTICA	OBJECTIVO	INSTITUIÇÃO SERVIÇO	CARACTERÍSTICAS LOCAL	MODELO SUPERVISÃO ¹	OBS
II / 2º Ano 1º Semestre	Vida e Saúde	Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem, à grávida, parturiente puérpera e recém-nascido, de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem ² .	Realizado em Maternidades de 3 Hospitais, com modelo de Gestão S.A. Hospital A Hospital B Hospital C	Os serviços de obstetria estão dotados, na sua maioria, com enfermeiros habilitados para a prestação de cuidados gerais incluindo nestas instituições Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e ainda alguns elementos Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.	Hospital A – Modelo A; Hospital B – Modelo B, Hospital C – Modelo B.	Este é o primeiro estágio no qual os alunos colaboram na prestação de cuidados de enfermagem. O grupo de aluno por serviço é em média composto por (6-8) elementos.
III / 2º Ano 2º Semestre		Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, com e sem necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em Centros de Saúde, de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem ³ .	Dez Centros de Saúde do Distrito de Aveiro	A dotação de enfermeiros dos Centros de Saúde é maioritariamente composta por enfermeiros de cuidados gerais e por um número reduzido de enfermeiros especialistas, em áreas diversas. As dinâmicas de trabalho são muito centradas no trabalho individual de cada enfermeiro – “enfermeiro de família”, ou “enfermeiro por tarefa”.	Todos os Centros de Saúde – Modelo B	O número de alunos que estes serviços comportam em estágio é, em média, 3-4 elementos, o que é inferior ao número de alunos que compõem os grupos em contexto hospitalar. Excepcionalmente houve um grupo de 8 elementos, num centro de saúde.

¹ O Modelo de Supervisão adoptado para cada ensino clínico, de acordo com o protocolo estabelecido e com os “modelos” definidos pela ESSUA apresentado no subponto da metodologia 2.3.3

² - Anexo 4 – Guia Orientador de Estágio Clínico II.

³ - Anexo 5 – Guia Orientador de Estágio Clínico III.

<p>IV / 3º ano 1º Semestre</p>	<p>Vida e Doença</p>	<p>Desenvolver competências cognitivas, atitudinais comunicacionais e técnicas, em contexto hospitalar – Serviços de Medicina, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo jovem, adulto e idoso, em contexto de doença de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem⁴.</p>	<p>Realizado em 4 hospitais, no distrito de Aveiro - um total de 9 serviços. Dentro destes há serviços de medicina de âmbito mais geral e serviços específicos de determinadas especialidades (caso de cardiologia, especialidades médicas) e ainda serviços distintos de homens e mulheres. Dois dos hospitais, com modelo de gestão EPE e dois hospitais com gestão SPA</p>	<p>Serviços dotados, na sua maioria, com enfermeiros habilitados para a prestação de cuidados gerais incluindo nos Hospitais A, B e C Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica e Enfermagem de Reabilitação, para além do Enfermeiro Chefe. No hospital D, os serviços não são dotados de enfermeiros especialistas e o Enfermeiro chefe é comum aos 3 serviços.</p>	<p>Hospitais A – Modelo A Hospitais B, C - Modelo B Hospital D – Modelo B – com docentes, contratados a tempo parcial que são enfermeiros do serviço (acumulam funções de supervisor).</p>	<p>Este é, na estrutura curricular da ESSUA, um estágio clínico a decorrer sob a grande temática “<i>Vida e Doença</i>” e o primeiro em que se pretende que os alunos prestem cuidados á pessoa doente.</p>
<p>V / 3º ano 2º Semestre</p>		<p>Desenvolver competências cognitivas, atitudinais comunicacionais e técnicas, em contexto hospitalar – Serviços de Cirurgia, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo jovem, adulto e idoso, em contexto de doença de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem⁵.</p>	<p>Realizado em 4 Hospitais no distrito de Aveiro e 1 no distrito de Coimbra, num total de 13 serviços. Apesar de todos os serviços serem do foro cirúrgico 9 são serviços de cirurgia geral e 4 são serviços de ortopedia, sendo ainda serviços distintos de homens e mulheres.</p>	<p>Os serviços são dotados com enfermeiros habilitados para a prestação de cuidados gerais incluindo nos Hospitais A, C, D e E, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica e Enfermagem de Reabilitação, para além do Enfermeiro Chefe. No hospital B, as equipas de enfermagem não está dotada com enfermeiros especialistas.</p>	<p>Hospitais A, B, e E – Modelo B; Hospital C – Modelo A Hospital D – Modelo B – com docentes, contratados a tempo parcial que são enfermeiros do serviço (acumulam funções de</p>	

⁴ - Anexo 6 – Guia Orientador de Estágio Clínico IV.

⁵ - Anexo 7 – Guia Orientador de Estágio Clínico V.

			Os Hospitais A e B com modelo de gestão EPE, os hospitais C e E com modelo de gestão SPA.		supervisor).	
VI / 4º Ano 1º Semestre	Cuidados Continuados e Integração à Vida Profissional	<p>Pediatria – Desenvolver competências cognitivas, atitudinais comunicacionais e técnicas, em contexto hospitalar – Serviços de Pediatria, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem à criança e sua família, no seu processo de adaptação à vida, acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem⁶.</p> <p>Psiquiatria - Desenvolver competências cognitivas, atitudinais comunicacionais e técnicas, em contextos institucionais do foro psiquiátrico, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com problemas relacionados com a saúde mental e sua família, acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem⁷.</p>	<p>Pediatria Realizado em 4 Hospitais: 2 no distrito de Aveiro e 2 no distrito do Porto, num total de 7 serviços</p> <p>Todos os hospitais têm um modelo de gestão EPE.</p> <p>Psiquiatria Realizado em 4 Hospitais: 1 no Distrito de Aveiro, 1 no Distrito do Porto e 2 no Distrito de Coimbra, num total de 8 serviços. Os Hospitais A, B e C têm um modelo de gestão EPE, o Hospital D tem modelo de gestão SPA.</p>	<p>Pediatria - Os serviços são dotadas com enfermeiros habilitados para a prestação de cuidados gerais, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para além do Enfermeiro Chefe.</p> <p>Psiquiatria - Os serviços são dotadas com enfermeiros habilitados para a prestação de cuidados gerais, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para além do Enfermeiro Chefe</p>	<p>Pediatria - Hospital C - Modelo A</p> <p>Hospitais A, B e D - Modelo B – com docentes, contratados a tempo parcial que são enfermeiros do serviço (acumulam funções de supervisor).</p> <p>Psiquiatria - Hospital A - Modelo A</p> <p>- Hospitais - B, C e D – Modelo B</p>	Ensino Clínico em alternância (dois grupos), Pediatria / Psiquiatria
		Desenvolver competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em	Cuidados Continuados Realizado em 4	Os serviços são dotados com enfermeiros habilitados para a prestação de cuidados gerais,	Cuidados Continuados - Em todas as	Todos os alunos realizaram Ensinos Clínicos em Unidades

⁶ - Anexo 8 – Guia Orientador de Estágio Clínico VI – Pediatria.

⁷ - Anexo 9 – Guia Orientador de Estágio Clínico VI – Psiquiatria.

<p>VII / 4º Ano 2º Semestre</p>		<p>contexto Hospitalar, ou em Centros de Saúde ou em Unidades de Cuidados Continuados colaborando na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e sua família, abordando de forma holística e singular a criança e o indivíduo jovem, adulto e idoso, em contextos de saúde e doença⁸.</p>	<p>Unidades de Cuidados Continuados distribuídas por: - Um Centro de Saúde - Um Centro Oncológico - Uma Stª Casa Misericórdia - Um Hospital Distribuídos pelos distritos de Aveiro (1), Lisboa (2) e Porto (1).</p> <p>Serviço de Urgência - 2 Hospitais no distrito de Aveiro -1 Hospital no distrito do Porto</p> <p>Todos os hospitais têm um modelo de gestão EPE.</p> <p>Opção - 5 Centros de Saúde (Distrito Aveiro) - 2 Hospitais Distrito de Aveiro -1 Hospital Distrito Porto.</p> <p>Todos os hospitais têm um modelo de gestão EPE.</p>	<p>Enfermeiros Especialistas em diferentes áreas e um Enfermeiro Chefe.</p>	<p>unidades foi adoptado o Modelo B</p> <p>Serviço de Urgência - Em todas os Hospitais foi adoptado o Modelo B</p> <p>Opção - Em todas as Instituições foi adoptado o Modelo B</p>	<p>de Cuidados Continuados e em Serviços de Urgência.</p> <p>As áreas de Opção dividiam-se entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares</p> <p>Este Ensino Clínico detinha características de integração à vida profissional pelo que os alunos realizavam um horário rotativo acompanhando um tutor.</p>
---	--	---	--	---	---	--

⁸ - Anexo 10 – Guia Orientador de Estágio Clínico VII.



UNIVERSIDADE DE AVEIRO

SECÇÃO AUTÓNOMA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

MARILIA RUA
2003

INTRODUÇÃO

A prática clínica é uma componente essencial na formação do aluno, futuro enfermeiro, pois permite-lhe mobilizar conhecimentos, questionar a teoria e promover uma análise crítico-reflexiva sobre a prática.

Os ensinamentos clínicos constituem-se assim como momentos importantes para o aluno organizar os conhecimentos, desenvolver capacidades, competências e atitudes profissionais e são entendidos, na filosofia da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, ESSUA (2002:11): “como um período de aprendizagem, integrador de saberes e promotor do desenvolvimento de competências, em contextos reais e virtuais da prática clínica.”

Tomando como ponto de partida que este período de aprendizagem é composto por diversos momentos, em diferentes contextos organizacionais de prestação de cuidados, será importante compreender de que forma os diferentes factores podem condicionar positiva ou negativamente o desenvolvimento das competências dos alunos ao longo do curso e o modo como este desenvolvimento se processa.

Assim surgiu o nosso projecto de investigação, com vista à elaboração de uma tese de doutoramento, sobre o desenvolvimento de competências do aluno de enfermagem em contexto de estágio clínico.

Os objectivos definidos para este projecto de investigação são os seguintes:

- Compreender o processo de desenvolvimento de competências do aluno do CLE no contexto ecológico de estágio clínico
- Tentar identificar os diferentes estádios de desenvolvimento de competências do aluno do Curso de Licenciatura em Enfermagem
- Identificar os factores facilitadores ou inibidores do desenvolvimento das competências dos alunos em contexto de Ensino Clínico.

Como instrumentos de recolha de dados para a nossa investigação vamos utilizar entre outros os Diários de Aprendizagem, os quais são elaborados pelo aluno, ao longo do estágio clínico, não constituindo matéria de avaliação do respectivo estágio, mas constituindo matéria importante para a compreensão do seu processo de aprendizagem e consequentemente do desenvolvimento das suas competências.

Para a sua elaboração delinearemos as linhas orientadoras que de seguida apresentamos.

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Pretende-se que o diário de aprendizagem seja um instrumento através do qual possamos compreender o processo de desenvolvimento de competências do aluno em contexto de estágio clínico.

A elaboração do mesmo, não terá regras rígidas mas sim linhas orientadoras, para permitir uma análise mais objectiva, não pretendendo condicionar a criatividade do aluno, no que se refere à metodologia de organização do mesmo.

Assim, para o nosso estudo, os aspectos que entendemos serem pertinentes a referir no diário de aprendizagem são os seguintes:

- descrição de acontecimentos / factos, marcantes para o processo de aprendizagem e desenvolvimento
- reflexão sobre esses mesmos acontecimentos (reflexão sobre a acção)
- dificuldades sentidas no decorrer do estágio clínico (conhecimentos adquiridos “na escola”, e a sua relação com prática).
- factores que influenciaram o desenvolvimento das suas competências (facilitadores/inibidores):
- sentimentos vivenciados no decorrer do estágio clínico
- estratégias utilizadas para ultrapassar as dificuldades sentidas
- evolução do desenvolvimento das suas competências

A elaboração do diário, periodicidade de registo, será definida pelo aluno, de acordo com as suas necessidades de reflexão sobre o seu processo de aprendizagem, mas terá no mínimo quatro momentos, cada um dos quais referente a uma semana de estágio.

A análise dos diários de aprendizagem será feita no final do estágio, ou no decurso do mesmo se o aluno assim o pretender.

Este instrumento constituirá apenas matéria de análise e reflexão sobre o processo de desenvolvimento de competências do aluno em contexto de estágio, inserido no nosso projecto de investigação, não sendo por isso utilizado para avaliação do aluno individualmente.



UNIVERSIDADE DE AVEIRO
SECÇÃO AUTÓNOMA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

**DIÁRIO DE
ACOMPANHAMENTO**

MARILIA RUA
2003

INTRODUÇÃO

A prática clínica é uma componente essencial na formação do aluno, futuro enfermeiro, pois permite-lhe mobilizar conhecimentos, questionar a teoria e promover uma análise crítico-reflexiva sobre a prática.

Os ensinamentos clínicos constituem-se assim como momentos importantes para o aluno organizar os conhecimentos, desenvolver capacidades, competências e atitudes profissionais e são entendidos, na filosofia da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, ESSUA (2002:11): “como um período de aprendizagem, integrador de saberes e promotor do desenvolvimento de competências, em contextos reais e virtuais da prática clínica.”

Tomando como ponto de partida que este período de aprendizagem é composto por diversos momentos, em diferentes contextos organizacionais de prestação de cuidados, será importante compreender de que forma os diferentes factores podem condicionar positiva ou negativamente o desenvolvimento das competências dos alunos ao longo do curso e o modo como este desenvolvimento se processa.

Assim surgiu o nosso projecto de investigação, com vista à elaboração de uma tese de doutoramento, sobre o desenvolvimento de competências do aluno de enfermagem em contexto de estágio clínico.

Os objectivos definidos para este projecto de investigação são os seguintes:

- Compreender o processo de desenvolvimento de competências do aluno do CLE no contexto ecológico de estágio clínico
- Tentar identificar os diferentes estádios de desenvolvimento de competências do aluno do Curso de Licenciatura em Enfermagem
- Identificar os factores facilitadores ou inibidores do desenvolvimento das competências dos alunos em contexto de Ensino Clínico.

Como instrumentos de recolha de dados para a nossa investigação vamos utilizar entre outros os Diários de Acompanhamento, os quais são elaborados pelo “supervisor”, ao longo do estágio clínico constituindo matéria importante para a compreensão do processo de aprendizagem e do desenvolvimento das competências do aluno.

Para a sua elaboração delinearemos as linhas orientadoras que de seguida apresentamos.

DIÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DE ALUNOS EM ESTÁGIO CLÍNICO

Para o nosso estudo os aspectos que entendemos serem pertinentes a referir no diário de acompanhamento são os seguintes:

- Descrição de acontecimentos/factos, marcantes para o processo de aprendizagem dos alunos
- Reflexão sobre esses mesmos acontecimentos (reflexão sobre a acção)
- Dificuldades sentidas na supervisão dos alunos no decorrer do estágio clínico (relacionadas com a estrutura, o processo; disponibilidade, modelo de acompanhamento protocolada entre instituições, recursos humanos e materiais, preparação na área da supervisão, avaliação...)
- Estratégias utilizadas para ultrapassar dificuldades
- Factores facilitadores da aprendizagem/desenvolvimento das competências dos alunos
- Factores inibidores da aprendizagem/desenvolvimento das competências dos alunos
- Adequação da “teoria à prática” (desajuste)
- Estádio de desenvolvimento de competências dos alunos no início e no final do estágio
- Motivação dos alunos



UNIVERSIDADE DE AVEIRO
SECÇÃO AUTÓNOMA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

**GUIÃO ENTREVISTA
ALUNOS**

MARILIA RUA
2003

APRESENTAÇÃO DO PROJECTO

OBJECTIVOS DA ENTREVISTA

QUESTÕES ORIENTADORAS

- - Relativamente a este estágio clínico, em contexto de maternidade e face aos objectivos propostos para o mesmo, que avaliação faz do desenvolvimento das suas competências?
- - Ao longo do estágio teve oportunidade de desempenhar diversas tarefas, no âmbito da prestação de cuidados. O desempenho dessas tarefas facilitou ou dificultou o desenvolvimento das suas competências? Porquê?
- Durante o estágio que papéis desempenhou?
- Como se sentiu ao desempenhar esses papéis?
- Em que circunstâncias (contextos) sentiu maior desenvolvimento das suas competências?
- Sentiu no decurso do estágio algumas dificuldades? Quais?
- Terão essas dificuldades influenciado o desenvolvimento das suas competências? (dimensões: cognitiva, relacional, atitudinal e técnica)
- Que estratégias utilizou para ultrapassar essas dificuldades?
- Contou decerto com alguns contributos durante este estágio, tanto para o seu desenvolvimento profissional como pessoal. Quem lhe deu mais contributos para esse desenvolvimento? De que forma foram dados esses contributos?
- De que forma o meio/local de estágio (tipo de serviço, interacção com a equipe de saúde) contribuiu (ou não) para o desenvolvimento das suas competências?
- Quais os factores que identificou como facilitadores e inibidores do desenvolvimento das suas competências? (relacionados com supervisores, profissionais e o meio)
- Se pudesse repetir este estágio, o que faria de diferente?
- Se pudesse participar na organização do estágio que alterações faria?



UNIVERSIDADE DE AVEIRO
SECÇÃO AUTÓNOMA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

**GUIÃO ENTREVISTA
SUPERVISORES**

MARILIA RUA
2003

APRESENTAÇÃO DO PROJECTO

OBJECTIVOS DA ENTREVISTA

QUESTÕES ORIENTADORAS

- No final deste estágio clínico e face aos objectivos propostos para o mesmo, que avaliação geral faz do desenvolvimento das competências dos alunos?
- De um modo geral, consegue identificar diferentes estádios de desenvolvimento de competências dos alunos ao longo do estágio?
- Durante o estágio os alunos desempenharam diversas “tarefas” no âmbito da prestação de cuidados, de que forma as mesmas contribuíram para o desenvolvimento das suas competências?
- Durante o estágio os alunos realizaram diversas intervenções, no âmbito da prestação de cuidados, de que forma as mesmas contribuíram para o desenvolvimento das suas competências, nas diversas dimensões – cognitiva, relacional, atitudinal e técnica?
- Durante o estágio identificou algumas dificuldades sentidas pelos alunos? Quais?
- Em que dimensões, sentiu que os alunos tiveram mais dificuldades? E em quais tiveram mais facilidades de desenvolver competências? Porquê?
- Que estratégias utilizaram os alunos para ultrapassar essas dificuldades?
- Que estratégia utilizou para os ajudar a ultrapassar essas dificuldades?
- Que factores podem ter influenciado o desenvolvimento de competências dos alunos (facilitadores/ inibidores)?
- Como supervisora de estágio, que dificuldades sentiu?
- Que estratégias utilizou para ultrapassar essas dificuldades?
- Que sugestões faria relativamente à realização deste ensino clínico?



6 2 06
1056

Exmo. Senhor
Presidente Conselho de Administração
Hospital Distrital de S. João da Madeira
Rua da Misericórdia
3700 – 190 São João da Madeira

REQUERIMENTO


Eu, Marília dos Santos Rua, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, realizo neste momento o trabalho de doutoramento, na área das Ciências da Saúde e subordinado ao tema – “De aluno a Enfermeiro, Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico”.

O desenvolvimento deste trabalho pressupõe a observação de alunos do 2º Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, em contexto de estágio.

Neste âmbito, e ao abrigo do Protocolo estabelecido entre a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e o Hospital Distrital de S. João da Madeira, venho por este solicitar a V. Ex.^a, autorização para observar estes alunos, durante o estágio que se realiza na Extensão de Vale de Cambra, na Unidade de Cuidados Continuados, no período de 13 de Fevereiro a 30 de Junho de 2006.

Aveiro, 1 de Fevereiro 2006

Pede Deferimento,


(Professora Adjunta Marília Rua)



Ministério da Saúde

HOSPITAL DISTRITAL DE S. JOÃO DA MADEIRA

Rua da Misericórdia, 3700-190 S. João da Madeira

Tele. 256 837500 Fax. 256 837519

✉ hdsjmadeira@hdsjmadeira.min-saude.pt

Ex.ma Senhora
Profª. Marília dos Santos Rua
Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro
Campus Universitário de Santiago
Edifício III
3810-193 AVEIRO

S/REF.	DATA	N/REFª	DATA
--------	------	--------	------

000520 FEB 8'06

Assunto: Resposta a Requerimento.

Reportando-nos ao seu requerimento datado de 1 de Fevereiro, no qual solicita autorização para observar alunos do 2º. Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, em estágio na Unidade de Cuidados Continuados da Extensão de Vale de Cambra deste Hospital, tenho o prazer de informar que foi deliberado pelo Conselho de Administração H.D.S.J.M autorizar o solicitado.

Com os meus melhores cumprimentos *personais*

O Enfermeiro Director

(Elísio Pires da Rosa)



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Infante D. Pedro
Avenida da Universidade
3814 – 501 Aveiro

REQUERIMENTO


Eu, Marília dos Santos Rua, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, realizo neste momento o trabalho de doutoramento, na área das Ciências da Saúde e subordinado ao tema – “De aluno a Enfermeiro, Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico”.

O desenvolvimento deste trabalho pressupõe a observação de alunos do 2º Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, em contexto de estágio.

Neste âmbito, e ao abrigo do Protocolo estabelecido entre a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e o Hospital Infante D. Pedro, venho por este solicitar a V. Ex.^a, autorização para observar estes alunos, durante o estágio VII que se realiza na no período de 13 de Fevereiro a 30 de Junho de 2006.

Aveiro, 1 de Fevereiro 2006

Pede Deferimento,


(Professora Adjunta Marília Rua)



Avenida Artur Ravara - 3814-501 AVEIRO
Telef. 234 378 300 - Fax 234 378 395
sec-adm@hip.pt
Matrícula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro, n.º 5846
Capital Social 29.930.000 €
Pessoa Colectiva n.º 506 361 543

Ex.ma Senhora
Prof. Adjunta Marília Rua
Escola Superior de Saúde
da
Universidade de Aveiro
Campus Universitário Santiago
3810-193 AVEIRO

S/ Ref.ª

S/ Comunicação de

N/ Ref.ª

Aveiro,

00 1688

06.02.15

ASSUNTO:

**Pedido de observação de alunos do 2.º Curso de Licenciatura em
Enfermagem**

Em resposta ao solicitado através do requerimento datado de 2 de Fevereiro pp.,
sobre o assunto mencionado em epígrafe, informa-se que está autorizado.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

(Dr. Luís Carlos Delgado)

GM.

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada officio tratar só de um assunto.

MATRIZ 3 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE ALUNOS EM ESTÁGIO

DIMENSÃO COMPETÊNCIA	INDICADORES A OBSERVAR							Observ.	
		NA	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	5ª S		6ª S
I Cognitiva	1 - Integração da metodologia de trabalho da equipa. 1. Não apropriou a metodologia de trabalho da equipa, demonstra muita dificuldade de compreensão da dinâmica do serviço. necessita de apoio permanente do supervisor e/ou equipa 2. Demonstra alguma dificuldade na apropriação da metodologia de trabalho da equipa e de compreensão e integração na dinâmica do serviço. necessita de apoio frequente do supervisor e/ou equipa 3. Não demonstra dificuldades de integração na equipa, compreende a dinâmica do serviço. necessita do apoio do supervisor para as situações novas ou de maior complexidade 4. Demonstra boa integração na equipa, compreendendo e integrando-se na metodologia de trabalho e na dinâmica do serviço. necessita de apoio pontual do supervisor 5. Demonstra plena integração na equipa, compreendendo e integrando-se na metodologia de trabalho e na dinâmica do serviço. Supervisão apenas confirmativa.		5	5	5	5	5	5	
			4	4	4	4	4	4	
			3	3	3	3	3	3	
			2	2	2	2	2	2	
			1	1	1	1	1	1	
	2 - Colheita de dados de acordo com o modelo do serviço 1. Demonstra muita dificuldade na colheita de dados do utente, relevantes para a concepção dos cuidados. Não faz uma avaliação da pessoa na sua globalidade. Não compreende o modelo de colheita de dados do serviço. necessita de apoio permanente do supervisor para complementar e documentar os dados. 2. Demonstra alguma dificuldade na colheita de dados mais relevantes para a concepção dos cuidados, em utilizar o modelo do serviço e em fazer uma avaliação global da pessoa (foco de atenção na doença e respectivos sintomas). necessita frequentemente de apoio do supervisor para complementar os dados. 3. Faz uma avaliação da pessoa na sua globalidade, colhendo os dados relevantes para a concepção dos cuidados, de acordo com o modelo do serviço. necessita apenas de apoio do supervisor para os complementar em situações novas ou de maior complexidade. 4. Faz uma avaliação da pessoa na sua globalidade, de forma sistematizada, colhendo os dados relevantes para a concepção dos cuidados, de acordo com o modelo do serviço e documentando-os correctamente. Apenas pontualmente o supervisor os complementa. 5. Colhe e documenta os dados correctamente e com autonomia, fazendo uma avaliação global da pessoa e tendo em conta as prioridades da situação. Supervisão apenas confirmativa.		5	5	5	5	5	5	Competência Enfermeiro Cuidados Gerais (CECG) - 44
			4	4	4	4	4	4	
			3	3	3	3	3	3	
			2	2	2	2	2	2	
			1	1	1	1	1	1	

	<p>3 - Análise e interpretação de dados relevantes para a concepção e execução dos cuidados de enfermagem de forma segura.</p> <p>1. Não identifica quais os dados mais relevantes a analisar. Demonstra muita dificuldade na análise e interpretação dos dados e na concepção dos cuidados de enfermagem. Necessita de apoio permanente do supervisor para essa a identificação.</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade na análise e interpretação dos dados mais relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem. Necessita de apoio frequente do supervisor.</p> <p>3. Analisa e interpreta, sem dificuldade, os dados mais relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem. Necessita de apoio do supervisor em situações novas ou de maior complexidade.</p> <p>4. Analisa e interpreta bem os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem. Necessita apenas de apoio pontual do supervisor.</p> <p>5. Analisa e interpreta correctamente os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem de forma autónoma. Supervisão confirmativa.</p>	5	5	5	5	5	5	CECG – 30; 45
		4	4	4	4	4	4	
		3	3	3	3	3	3	
		2	2	2	2	2	2	
		1	1	1	1	1	1	
	<p>4 – Planeamento de cuidados</p> <p>1. Na elaboração de planos de cuidados apresenta muitas dificuldades na identificação de problemas, formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções e estabelecimento de prioridades. Necessita de apoio permanente do supervisor.</p> <p>2. Elabora planos de cuidados sem dificuldades na identificação de problemas e formulação de diagnósticos, mas com algumas dificuldades no planeamento de intervenções e estabelecimento de prioridades. Necessita de apoio frequente do supervisor.</p> <p>3. Elabora planos de cuidados sem dificuldades na identificação de problemas, formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções e estabelecimento de prioridades. Necessita de apoio do supervisor situações novas ou de maior complexidade</p> <p>4. Elabora planos de cuidados sem dificuldades na identificação de problemas e formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções e estabelecimento de prioridades, necessita apenas de apoio pontual do supervisor</p> <p>5. Elabora planos de cuidados correctamente, de forma autónoma necessitando apenas de validação do supervisor.</p>	5	5	5	5	5	5	CECG – 46
		4	4	4	4	4	4	
		3	3	3	3	3	3	
		2	2	2	2	2	2	
		1	1	1	1	1	1	
	<p>5 - Execução dos cuidados planeados.</p> <p>1. Não executa, espontaneamente, os cuidados planeados. Demonstra muita dificuldade em fazer a transposição da teoria para a prática. Necessita de incentivo e apoio permanente do supervisor. (maioritariamente observa a execução dos cuidados)</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade em executar os cuidados planeados. Necessita de apoio frequente do supervisor. (maioritariamente colabora na execução dos cuidados)</p>	5	5	5	5	5	5	CECG - 53
		4	4	4	4	4	4	
		3	3	3	3	3	3	
		2	2	2	2	2	2	

<p>3. Executa os cuidados planeados. Necessita de apoio do supervisor, em situações novas ou de maior complexidade.</p> <p>4. Executa os cuidados planeados, de forma correcta, com apoio pontual do supervisor.</p> <p>5. Executa os cuidados planeados com autonomia e perfeição, necessitando apenas de supervisão confirmativa</p>		1	1	1	1	1	1		
<p>6- Avaliação e reformulação do plano de cuidados.</p> <p>1. Não consulta espontaneamente o Plano de cuidados para a sua avaliação e reformulação, de acordo com as necessidades do utente. Quando incentivado para o fazer demonstra muitas dificuldades. Necessita de apoio permanente do supervisor.</p> <p>2. Consulta espontaneamente o plano de cuidados mas demonstra alguma dificuldade na sua avaliação e reformulação, de acordo com as necessidades do utente. Necessita de apoio frequente do supervisor.</p> <p>3. Avalia e reformula o plano de cuidados, necessitando de apoio do supervisor em situações novas ou de maior complexidade.</p> <p>4. Avalia e reformula o plano de cuidados de forma correcta, baseando as suas intervenções nas actualizações referenciadas, necessitando apenas de apoio pontual do supervisor</p> <p>5. Avalia e reformula o plano de cuidados de forma correcta e autónoma, sempre que haja alteração das necessidades do utente, baseando as suas intervenções nas actualizações referenciadas. Supervisão confirmativa.</p>		5	5	5	5	5	5	CECG – 51; 60	
		4	4	4	4	4	4		
		3	3	3	3	3	3		
		2	2	2	2	2	2		
		1	1	1	1	1	1		
<p>7 - Justificação dos procedimentos, com base em conhecimentos científicos.</p> <p>1. Quando questionado sobre os procedimentos a realizar e/ou realizados, não justifica cientificamente a sua actuação. Demonstra muita dificuldade em fazer a mobilização de conhecimentos (teoria – prática). Necessita de apoio permanente do supervisor.</p> <p>2. Apresenta alguma dificuldade em justificar cientificamente os procedimentos a realizar e /ou realizados. Necessita de apoio frequente do supervisor.</p> <p>3. Justifica cientificamente os procedimentos a realizar e/ou realizados com maior frequência. Necessita de apoio do supervisor para justificar procedimentos de maior complexidade e em situações menos frequentes.</p> <p>4. Justifica cientificamente os procedimentos a realizar e/ou realizados, necessitando apenas de apoio pontual do supervisor</p> <p>5. Justifica cientificamente todos os procedimentos a realizar e/ou realizados demonstrando bom domínio do tema e mobilização plena dos conhecimentos.</p>		5	5	5	5	5	5	CECG – 55	
		4	4	4	4	4	4		
		3	3	3	3	3	3		
		2	2	2	2	2	2		
		1	1	1	1	1	1		

	<p>8- Utilização de princípios e estratégias de reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não faz espontaneamente qualquer reflexão sobre o seu processo de aprendizagem em contexto de ensino clínico. Quando incentivado pelo supervisor demonstra grande dificuldade em reflectir. 2. Faz uma reflexão, muito superficial sobre o seu processo de aprendizagem e/ou sobre os contextos, demonstrando ainda alguma dificuldade em compreender o processo. Necessita de estímulo/ajuda frequente do supervisor nessa reflexão. 3. Reflecte espontaneamente com o supervisor sobre o seu processo de aprendizagem e/ou sobre os contextos mais marcantes, de forma não sistematizada. Necessita ainda de orientação do supervisor, neste processo reflexivo 4. Reflecte, individualmente e com o supervisor, sobre o seu processo de aprendizagem e/ou sobre os contextos, de forma sistematizada mobilizando essas reflexões para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Pontualmente o supervisor apoia nessa reflexão. 5. Utiliza princípios de reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional de forma sistematizada e profunda, demonstrando maturidade. 		5	5	5	5	5	5	
II Comunicacional	<p>9 - Utilização de técnicas comunicacionais verbais e não verbais de acordo com as características do utente/família.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comunica com o utente/família, sem a preocupação de adequar a linguagem (verbal e não verbal), às suas características e ao contexto. É permanentemente advertido pelo supervisor, mas demonstra muita dificuldade em comunicar adequadamente. 2. Demonstra alguma dificuldade em adequar a linguagem (verbal e não verbal), às características do utente/família e ao contexto, necessita frequentemente do correcção/apoio do supervisor 3. utiliza técnicas comunicacionais verbais e não verbais, adequadas às características do utente/família e ao contexto. Necessita do apoio do supervisor em situações novas ou de maior complexidade. 4. Comunica espontaneamente com o utente/família adequando a linguagem (verbal e não verbal), às suas características e ao contexto. Só pontualmente necessita de intervenção do supervisor. 5. Comunica correcta e eficazmente, de forma verbal e não verbal, de acordo com as características do utente e família e o contexto em que se encontram, contribuindo assim para elevar o nível de qualidade dos cuidados. Supervisão confirmativa. 		5	5	5	5	5	5	
	<p>10 - Estabelecimento de relação de ajuda com o utente/família.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não demonstra conhecimento nem motivação para estabelecer com o utente uma relação de ajuda 2. Primeiro contacto: orienta-se para a experiência do utente, observa, escuta toma conhecimento, recolhe dados, toma consciência das expectativas e necessidades da pessoa 		5	5	5	5	5	5	
			4	4	4	4	4	4	

<p>3. Adopta uma atitude de cuidados: mostra-se disponível, interessado e sensibilizado face ao sofrimento; está presente, é persistente e dá resposta às expectativas e necessidades do utente; assume-se como responsável e encarrega-se da pessoa.</p> <p>4. Desenvolve com o utente uma relação de confiança: o utente sente que pode confiar no aluno e abre-se a essa relação, aceita-a como suporte significativo para enfrentar as experiências de sofrimento.</p> <p>5. Utilização da relação de ajuda em pleno, respeitando os princípios: o foco de intervenção é o utente; consideração positiva do utente; aceitação incondicional; intervenção não directiva; respeito caloroso; autenticidade.</p>		3	3	3	3	3	3	
<p>11 – Disponibilização de informação de saúde relevante para ajudar a pessoa e a família a atingirem níveis elevados de saúde e reabilitação – Promoção da educação para a saúde</p> <p>1. Não disponibiliza ao utente/família qualquer tipo de informação. Não tem em conta o direito de autodeterminação do utente. Necessita de supervisão permanente para não incorrer em má prática</p> <p>2. Disponibiliza ao utente/família informação relacionada com os procedimentos a realizar (a curto prazo), sem justificar a sua importância para o seu restabelecimento, sem respeitar ou promover o direito ao consentimento informado. Necessita de intervenção frequente do supervisor para complementar a informação.</p> <p>3. Disponibiliza quase sempre, ao utente/família informação pertinente relacionada com a sua condição: explicação de procedimentos para consentimento informado, educação para a saúde, preparação da alta. Necessita de apoio do supervisor na implementação da educação para a saúde e na preparação para a alta. (mais complexas, menos frequentes)</p> <p>4. Fornece ao utente/família informação pertinente relacionada com a sua condição: explicação de procedimentos para consentimento informado, educação para a saúde, preparação da alta, só pontualmente tem necessidade de apoio do supervisor.</p> <p>5. No decurso da relação terapêutica, fornece sempre ao utente/família toda a informação de saúde relevante para que este atinja os maiores ganhos em saúde possíveis, de acordo com a sua situação clínica e com o seu direito à autodeterminação. Supervisão confirmativa.</p>		5	5	5	5	5	5	Código Deontológico (CDE) - Art.º 84º:71
<p>12 - Passagem de turno</p> <p>1. Assiste sem intervir. Demonstra muita dificuldade em se expressar em equipe.</p> <p>2. Participa, sem dificuldade em se expressar em equipe, apresentando o seu utente com ênfase na patologia, focando apenas as intervenções interdependentes. Necessita de correcção / apoio frequente do supervisor para complementar a informação.</p> <p>3. Participa, apresentando o seu utente, com intervenções curtas, com foco na sua patologia e nas intervenções interdependentes dando pouco ênfase às intervenções autónomas. Necessita de intervenção do supervisor em situações de maior complexidade, para complementar a informação.</p> <p>4. Participa, apresentando o seu utente de uma forma global, dando ênfase às intervenções autónomas e referindo as intervenções interdependentes mais pertinentes para o processo de cuidar . Intervenção apenas pontual do supervisor.</p>		5	5	5	5	5	5	
		4	4	4	4	4	4	
		3	3	3	3	3	3	
		2	2	2	2	2	2	

	<p>5. Participa activamente na reunião, para além de apresentar o seu utente de forma global vai complementado informação acerca de outros utentes, nos quais colaborou nas prestação de cuidados – demonstra ter uma visão mais global de todo o serviço.</p>		1	1	1	1	1	1	
	<p>13 - Registos de enfermagem</p> <p>1. Elabora registos muito sintéticos, com tendência a utilizar a linguagem de registos anteriores, centrados apenas na patologia do doente e nas intervenções de enfermagem interdependentes. É permanentemente corrigido pelo supervisor</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade em sistematizar a informação e ser conciso. A informação é centrada na patologia do utente e nas intervenções de enfermagem interdependentes. Necessita de correcção frequente do supervisor.</p> <p>3. Elabora registos sistematizados e concisos, não centrados na patologia do utente e nas intervenções interdependentes, referindo as suas intervenções autónomas. Necessita de intervenção do supervisor em situações de maior complexidade, para complementar a informação.</p> <p>4. Elabora registos sistematizados, de forma clara e concisa, dando ênfase ao doente / família centrados nas suas intervenções autónomas. Faz referência às suas intervenções interdependentes pertinentes para o processo de cuidar. Apenas pontualmente necessita de apoio do supervisor</p> <p>5. Regista a informação pertinente, de forma sistematizada, clara e concisa, dando ênfase ao doente / família, e às intervenções de enfermagem autónomas a validação do supervisor é apenas confirmativa</p>		5	5	5	5	5	5	
			4	4	4	4	4	4	
			3	3	3	3	3	3	
			2	2	2	2	2	2	
			1	1	1	1	1	1	
III Atitudinal	<p>14 - Participação nas actividades do serviço.</p> <p>1. Demonstra muita dificuldade em participar nas actividades do serviço, inerentes ao seu papel de aluno. Não participa espontaneamente noutras actividades do serviço. Necessita de incentivo permanente do supervisor</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade em participar nas actividades do serviço, inerentes ou não ao seu papel de aluno. Necessita de apoio/incentivo frequente do supervisor para participar.</p> <p>3. Demonstra disponibilidade e facilidade em participar nas actividades do serviço, sempre que lhe é solicitada participação e quando está disponível</p> <p>4. Participa espontaneamente nas actividades de serviço, sempre que disso há uma necessidade evidente.</p> <p>5. Participa activamente em todas as actividades do serviço, no âmbito do seu papel de aluno, demonstrando empenho, motivação, criatividade e total disponibilidade.</p>		5	5	5	5	5	5	
			4	4	4	4	4	4	
			3	3	3	3	3	3	
			2	2	2	2	2	2	
			1	1	1	1	1	1	

<p>15 - Demonstração de abertura para o trabalho em equipa.</p> <p>1. Assume uma atitude individualista não demonstrando abertura para o trabalho em equipa. É permanentemente advertido pelo supervisor.</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade em se relacionar/articular com os outros elementos da equipa, no desenvolvimento das suas actividades. necessita de ser frequentemente incentivado a trabalhar em equipa</p> <p>3. Demonstra motivação e empenho para articular as suas intervenções com as dos outros elementos da equipa. Apenas demonstra dificuldade face a situações novas ou mais complexas.</p> <p>4. Demonstra abertura para o trabalho em equipa, colaborando sempre que disponível com os restantes elementos da equipa nas actividades do serviço</p> <p>5. Demonstra total abertura para o trabalho em equipa contribuindo para um trabalho de equipa eficaz, garantido assim um melhor nível de qualidade de cuidados</p>	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	
<p>16 - Organização do trabalho (gerindo o tempo de forma eficaz)</p> <p>1. Não faz qualquer planeamento das actividades diárias. Demonstra muita dificuldade em organizar as suas actividades. É permanentemente advertido pelo supervisor.</p> <p>2. Tem alguma dificuldade em planear e desenvolver as suas actividades diárias de acordo com prioridades, recursos, tempo. necessita de apoio frequente do supervisor para organizar as actividades.</p> <p>3. Planeia e desenvolve as suas actividades diárias de acordo com prioridades, recursos e tempo. Para gerir situações novas ou complexas necessita de apoio do supervisor.</p> <p>4. Planeia e desenvolve as suas actividades diárias de acordo com prioridades, recursos e tempo, em articulação com os restantes elementos da equipa. Só pontualmente necessita de apoio do supervisor.</p> <p>5. Planeia e desenvolve as suas actividades diárias, gerindo o tempo de forma eficaz em articulação com os restantes elementos da equipa (estabelecendo prioridades; demonstrando disponibilidade para apoiar, em situação de urgência outros elementos)</p>	5	5	5	5	5	5	CECG - 26
	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	
<p>17 - Demonstração de responsabilidade, avaliando as consequências dos seus actos.</p> <p>1. Não demonstra responsabilidade "profissional" no exercício das suas funções de aluno</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade em reconhecer os limites do seu papel de aluno e da sua competência. É frequentemente advertido para reflectir sobre este aspecto</p> <p>3. Reconhece os limites do seu papel de aluno e da sua competência. Aproveita as situações "críticas", reflectindo sobre as mesmas, para melhorar o desenvolvimento das suas competências</p> <p>4. Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções demonstrando capacidade critico-reflexiva</p>	5	5	5	5	5	5	CECG – 1 CDE – Art.º 79º
	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	

<p>5. Assume em pleno todas as responsabilidades dos seus actos, no seu papel de aluno demonstrando grande maturidade e agindo sempre em conformidade com o Código Deontológico do Enfermeiro</p>		1	1	1	1	1	1	
<p>18 - Solicitação de apoio dos enfermeiros quando os cuidados de enfermagem requerem um elevado nível de perícia que está para além da sua competência de aluno.</p> <p>1. Não reconhece a necessidade de solicitar o apoio do supervisor /equipe quando os cuidados de enfermagem requerem um elevado nível de perícia que está para além da sua competência de aluno, pelo que necessita de uma supervisão permanente , para não incorrer em “más práticas”</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade em identificar as situações que exigem cuidados de enfermagem com um elevado nível de perícia que está para além da sua competência de aluno, necessita de uma supervisão frequente, para não intervir de forma incorrecta.</p> <p>3. Identifica as situações que exigem cuidados de enfermagem com um elevado nível de perícia que está para além da sua competência de aluno, solicitando o supervisor para o apoiar em situações novas ou de maior complexidade.</p> <p>4. Solicita o apoio do supervisor /equipe quando os cuidados de enfermagem requerem um elevado nível de perícia que está para além da sua competência de aluno, aproveitando esta situações para melhorar as suas competências. Apoio pontual do supervisor</p> <p>5. Solicita espontaneamente o apoio do supervisor /equipe quando os cuidados de enfermagem requerem um elevado nível de perícia que está para além da sua competência de aluno, demonstrando grande maturidade e contribuindo assim para um elevado nível de qualidade de cuidados</p>	5	5	5	5	5	5	5	CECG – 3, 4
	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	
<p>19 - Demonstração de respeito pelos direitos do utente/família .</p> <p>1. Não demonstra respeito pelos direitos do utente/família. É permanentemente advertido pelo supervisor, para não incorrer em má prática (discriminação económica, social, étnica, religiosa ou política; desrespeito da autodeterminação , vulnerabilidade).</p> <p>2. Tem alguma dificuldade em identificar e gerir a situações relacionadas com escolha, autodeterminação, crenças e valores do utente/família. Incorre por vezes em descriminação do utente. Necessita supervisão frequente, no sentido de reflectir e alterar as suas atitudes.</p> <p>3. Conhece e demonstra preocupação em respeitar os direitos do utente relativamente à escolha, autodeterminação, crenças e valores, vulnerabilidade, mas necessita de apoio do supervisor para as gerir e respeitar, em situações novas ou mais complexas.</p> <p>4. Demonstra respeito pelo utente/família em todas as situações: escolha, autodeterminação, crenças e valores, só pontualmente necessita de apoio do supervisor para as gerir</p> <p>5. Demonstra respeito pelo utente/família em todas as situações: escolha, autodeterminação, crenças e valores, de acordo com código deontológico, contribuindo assim para a humanização dos cuidados.</p>	5	5	5	5	5	5	5	CDE - (Art.º81º- Dos Valores Humanos)
	4	4	4	4	4	4	4	CECG – 7, 11, 15
	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	

<p>20 – Demonstração de respeito pelas as normas e critérios de actuação do serviço¹.</p> <p>1. Desconhece e não demonstra empenho/interesse em conhecer, para respeitar, as normas e critérios de actuação no serviço. É permanentemente advertido pelo supervisor para não incorrer em má prática.</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade em conhecer na globalidade as normas e critérios de actuação do serviço, pelo que frequente mente falha no cumprimento das mesmas. Necessita de supervisão quase permanente para não incorrer em más práticas</p> <p>3. Respeita quase sempre as normas e critérios de actuação no serviço, cumprindo o que está estabelecido, necessita de supervisão para implementação das mesmas em situações novas, ou mais complexas.</p> <p>4. Respeita as normas e critérios de actuação no serviço. Só pontualmente necessita de supervisão para implementação das mesmas</p> <p>5. Respeita e faz respeitar (dentro dos seus limites de actuação), as normas e critérios de actuação no serviço com um grande sentido profissional, contribuindo para a melhoria de qualidade dos cuidados, de acordo com a filosofia da instituição.</p>	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	
	1	1	1	1	1	1	
<p>21 - Gestão dos recursos materiais</p> <p>1. Utiliza os recursos existentes sem reflectir quanto à adequação dos mesmos às necessidades do utente e sem ter em conta os princípios de gestão (consumo aleatório). É permanentemente advertido pelo supervisor/ equipe para a forma de utilização dos recursos</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade na utilização de recursos de forma adequada às necessidades do utente e tendo em conta os princípios de gestão (consumo exagerado para a necessidade). É frequentemente advertido pelo supervisor/ equipe para melhorar forma de utilização dos recursos</p> <p>3. Utiliza frequentemente os recursos de forma adequada às necessidades do utente e tendo em conta os princípios de gestão. Necessita do apoio do supervisor/ equipe para a utilização correcta dos recursos em situações novas ou de maior complexidade.</p> <p>4. Utiliza os recursos de forma adequada às necessidades dos utentes e tendo em conta os princípios de gestão. É pontualmente apoiado pelo supervisor/ equipe para a utilização correcta dos recursos</p> <p>5. Utiliza sempre os recursos de forma adequada, tendo em conta os princípios de gestão, demonstrando grande maturidade e contribuindo assim para a melhoria de qualidade de cuidados.</p>	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	
	1	1	1	1	1	1	
<p>22- Demonstração de descrição e sigilo profissional</p> <p>1. Desconhece os seus deveres de sigilo, enquanto aluno, de acordo com o estabelecido no Código Deontológico do Enfermeiro, pelo que incorre em não cumprimento.</p>	5	5	5	5	5	5	CDE – Art.º 85º

¹ - exemplo: normas da Comissão de Controlo de Infecção para a manutenção de um ambiente seguro; alimentação; cuidados de higiene; etc.

	<p>2. Conhece os seus deveres de sigilo, enquanto aluno, de acordo com o estabelecido no Código Deontológico do Enfermeiro, mas demonstra alguma dificuldade em compreender a abrangência dos mesmo. É frequentemente advertido pelo supervisor, para o seu cumprimento.</p> <p>3. Conhece os seus deveres de sigilo, enquanto aluno, de acordo com o estabelecido no Código Deontológico do Enfermeiro, solicita frequentemente supervisor para o apoiar no seu cumprimento.</p> <p>4. Conhece e cumpre os seus deveres de sigilo, enquanto aluno, de acordo com o estabelecido no Código Deontológico do Enfermeiro, só em situações "mais delicadas" necessita do apoio do supervisor para tomar as decisões.</p> <p>5. Garante a confidencialidade e a segurança da informação oral ou escrita, relativa ao utente, serviço, equipe profissional e instituição, adquirida enquanto aluno, tal como está previsto no Código Deontológico do Enfermeiro</p>		4	4	4	4	4	4	4	
	<p>23 - Respeito pelo o direito da pessoa à Intimidade (intimidade, pudor, privacidade,)*</p> <p>1. Não demonstra respeito pela intimidade, pudor ou privacidade do utente em nenhuma situação. É permanentemente advertido pelo supervisor/equipe. Recorrência mesmo após advertência.</p> <p>2. Demonstra alguma preocupação em respeitar a intimidade quer física quer psicológica do utente (ingerência na vida privada, desrespeito pelo pudor e privacidade), mas tem dificuldade em implementar. É frequentemente advertido pelo supervisor para não incorrer em má prática..</p> <p>3. Respeita a intimidade do utente em todas as situações; exceção para situações de urgência ou geradores de maior stress em que ainda não consegue garantir esse respeito, no exercício das suas funções ou na "supervisão" de outros profissionais, necessitando de apoio do supervisor.</p> <p>4. Respeita e garante a intimidade do utente (não ingerência na vida privada, respeito pelo pudor e privacidade) na execução de intervenções de enfermagem. Só pontualmente necessita de apoio do supervisor</p> <p>5. Respeita e garante a intimidade do utente em todas as situações, demonstrando grande maturidade e respeitando o Código Deontológico do Enfermeiro.</p>		5	5	5	5	5	5	5	CDE - Art.º86º:87 CECG - 10
	<p>24 - Postura cívica (dignificar a imagem, da Enfermagem, da Instituição de Estágio e da ESSUA)</p> <p>1. assume uma postura pouco ajustada (condizente) ao seu papel de aluno de enfermagem (comportamentos inadequados, desrespeito por hierarquias, utilização de linguagem inapropriada, imagem pessoal pouco cuidada). É advertido permanentemente pelo supervisor.</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade em assumir e manter uma postura ajustada ao seu papel de aluno de enfermagem (pontualmente assume comportamentos inadequados ou utiliza linguagem inapropriada). É frequentemente advertido pelo supervisor.</p> <p>3. Assume quase sempre uma postura ajustada ao seu papel de aluno de enfermagem com comportamentos e linguagem adequados, respeito pelas hierarquias, imagem pessoal cuidada. Só em situações "críticas" o supervisor tem necessidade de intervir.</p> <p>4. Assume e mantém uma postura ajustada ao seu papel de aluno de enfermagem com comportamentos e linguagem adequados, respeito pelas hierarquias, imagem pessoal cuidada.</p>		5	5	5	5	5	5	5	CDE - Art.º90º, 91º

	5. Assume mantém uma postura cívica, perante o utente e equipe, que dignifica a imagem da Enfermagem, da Instituição de Estágio e da ESSUA, demonstrando grande maturidade e respeitando o Código Deontológico do Enfermeiro.		1	1	1	1	1	1	
	25 – Respeito pelo doente nas diferentes etapas da fase terminal de vida		5	5	5	5	5	5	CDE – Art.º 87º Regulamento Exercício Profissional Enfermagem (REPE) – Art.º 10º * Carta dos direitos dos doentes
	1. Não demonstra respeito pelo doente nas “diferentes etapas da fase terminal”, não promovendo os seus direitos à privacidade, conforto, dignidade humana, autodeterminação, incluindo os cuidados ao corpo pós morte e relação com a “família”. Necessita de supervisão permanente.		4	4	4	4	4	4	
	2. Demonstra alguma dificuldade em assumir uma postura de respeito pelo doente nas “diferentes etapas da fase terminal”, de forma a garantir: privacidade, conforto, dignidade humana, autodeterminação incluindo os cuidados ao corpo após a morte e relação com a “família”. Necessita de supervisão/apoio frequente.		3	3	3	3	3	3	
	3. Assume quase sempre uma postura de respeito pelo doente nas “diferentes etapas da fase terminal”, promovendo privacidade, conforto, dignidade humana, incluindo os cuidados ao corpo após a morte. Integra pontualmente a “família” em todo o processo. Necessita de apoio do supervisor para a tomada de decisão em casos “críticos”, nomeadamente o direito à autodeterminação.		2	2	2	2	2	2	
	4. Respeita o doente nas “diferentes etapas da fase terminal”, promovendo privacidade, conforto, dignidade humana, direito à autodeterminação, cuidados ao corpo após a morte. Integra a “família” em todo o processo Só pontualmente necessita de apoio do supervisor		1	1	1	1	1	1	
	5. Respeita e faz respeitar o doente nas “diferentes etapas da fase terminal”, respeitando o direito a morrer com dignidade, envolvendo a família em todo o processo. Contribui assim para uma maior humanização dos cuidados								
IV Técnica	26 - Avaliação do indivíduo (utente), de forma holística²		5	5	5	5	5	5	
	1. Não demonstra empenho na avaliação do utente, observando e avaliando indiscriminadamente as suas necessidades, sem ter em conta as suas expectativas e prioridades (por vezes utiliza as técnicas incorrectamente). Necessita de supervisão permanente.		4	4	4	4	4	4	
	2. Demonstra alguma dificuldade em observar e avaliar o utente na sua globalidade, não tendo ainda a percepção das prioridades face aos contextos e às expectativas e necessidades do utente. Solicita frequentemente o apoio do supervisor, para a execução de técnica ou para tomada de decisão.		3	3	3	3	3	3	
	3. Avalia o utente na sua globalidade, de forma correcta (utilização de técnicas), demonstrando apenas dificuldades nos casos mais complexos ou em novos contextos, solicitando aqui o apoio do supervisor								

²- Pressupõe a avaliação global do indivíduo, incluindo dados objectivos e subjectivos, de forma directa ou indirecta (sinais vitais, estado consciência e situação familiar/social). Ao fazer esta avaliação o aluno está a mobilizar saberes das diferentes dimensões, cognitiva comunicacional, atitudinal e técnica

<p>4. Avalia o utente na sua globalidade, de forma correcta (vertente técnica e relacional), demonstrando pontualmente dificuldades e solicitando ai o apoio do supervisor</p> <p>5. Faz uma avaliação do utente, na sua globalidade, atendendo aos contextos, às expectativas e prioridades do utente, de forma correcta ,demonstrando grande maturidade e contribuindo para melhorar o nível de qualidade de cuidados.</p>	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	
<p>27 - Promoção da satisfação das necessidades humanas fundamentais (NHF).</p> <p>1. Colabora, com outros profissionais, na promoção das NHF do utente, demonstrando pouca iniciativa e empenho nas suas intervenções. É permanentemente advertido pelo supervisor, para uma maior colaboração.</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade em identificar as NHF do utente, na sua globalidade e em planear e executar as intervenções com vista à promoção da sua satisfação. Necessita de apoio quase permanente do supervisor.</p> <p>3. Identifica as NHF do utente, na sua globalidade. Necessita de apoio do supervisor/equipe, para planear e executar as suas intervenções com vista à promoção da satisfação das mesmas apenas nas situações mais complexas ou em novos contextos</p> <p>4. Planeia e executa e avalia as suas intervenções de forma a promover as NHF, do utente, na sua globalidade, necessitando apenas de apoio pontual do supervisor.</p> <p>5. Planeia e executa as suas intervenções por forma a promover a satisfação das NHF do utente, com elevado nível de qualidade, de acordo com a sua competência de aluno e o código deontológico do enfermeiro avaliando e reflectindo sobre os resultados das mesmas. Supervisão confirmativa.</p>	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	
<p>28- Preparação e administração de medicamentos, soros, sangue total ou respectivos componentes.</p> <p>1. Apresenta grandes dificuldades, na preparação e administração de medicamentos, soros, sangue, demonstrando falta de conhecimentos (farmacologia, anatomia, fisiologia e técnicos); destreza manual (saber fazer); planeamento . Necessita de supervisão permanente para não incorrer em má prática.</p> <p>2. Apresenta alguma dificuldade , a nível do planeamento e da destreza manual para preparar e administrar medicamentos, soros, sangue (por qualquer via). Necessita de apoio frequente do supervisor.</p> <p>3. Prepara e administra medicamentos, soros, sangue, de acordo com as prescrições, necessitando de apoio do supervisor nas situações de maior complexidade ou em novos contextos. Demonstra ainda alguma insegurança relacionada com a destreza manual. Necessita de apoio do supervisor, para se sentir seguro.</p> <p>4. Prepara e administra medicamentos, soros, sangue, de acordo com as prescrições e os protocolos do serviço, utilizando as diversas vias possíveis demonstrando segurança e avaliando os seus efeitos. Necessita apenas de supervisão pontual</p>	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	

<p>5. Prepara e administra correctamente (com elevado nível de destreza manual) qualquer tipo de medicamento, soros ou sangue, utilizando as diversas vias possíveis, de acordo com as técnicas e protocolos estabelecidos, avaliando os seus efeitos e respeitando os direitos/ necessidades / preferências do utente. Supervisão confirmativa.</p>		1	1	1	1	1	1	
<p>29 - Utilização da técnica asséptica médica e cirúrgica.</p> <p>1. Não utiliza correctamente a técnica asséptica médica e cirúrgica, pelo que necessita de supervisão permanente, para não incorrer em má práticas.</p> <p>2. Demonstra, alguma dificuldade em utilizar correctamente a técnica asséptica médica e cirúrgica, pelo que necessita colaboração na execução e supervisão quase permanente para não colocar em risco a segurança do utente/ambiente.</p> <p>3. Utiliza correctamente a técnica asséptica médica e cirúrgica. Por falta de destreza manual necessita de apoio/colaboração do supervisor nas situações mais complexas, ou novos contextos, para não colocar em risco a segurança do utente/ambiente</p> <p>4. Utiliza correctamente a técnica asséptica médica e cirúrgica, de acordo com as normas da Comissão de Controle de Infecção e as intervenções a realizar. Só pontualmente necessita de apoio do supervisor, para não colocar em risco a segurança do utente/ambiente</p> <p>5. Utiliza correctamente a técnica asséptica médica e cirúrgica em todas as situações, de acordo com as normas da Comissão de Controle de Infecção e com as intervenções a realizar demonstrando segurança e contribuindo assim para a manutenção de um ambiente seguro e para um elevado nível de qualidade de cuidados. Supervisão confirmativa</p>		5	5	5	5	5	5	
<p>30 - Utilização correcta do material.</p> <p>1. Desconhece as normas de utilização de materiais em vigor no serviço, pelo que utiliza o material de forma aleatória sem preocupação com a adequação do material à intervenção nem com a reposição do mesmo no final da utilização. É permanentemente advertido pelo supervisor para ajustar a utilização dos materiais às normas do serviço/necessidades do utente.</p> <p>2. demonstra alguma dificuldade em utilizar correctamente o material (adequação do material à intervenção assim como à reposição do mesmo no final da utilização). Necessita de colaboração/supervisão quase permanente, para ajustar a utilização dos materiais às normas do serviço/necessidades do utente.</p> <p>3. Conhece utiliza a maioria dos materiais, de acordo com as normas em vigor no serviço, demonstrando preocupação com sua adequação às intervenções, a manutenção e reposição. Necessita de apoio do supervisor em situações novas ou/e equipamento mais complexo.</p> <p>4. Conhece e utiliza, os materiais de acordo com as normas em vigor no serviço, demonstrando preocupação com a sua adequação às intervenções, a manutenção e reposição no final da utilização. Só pontualmente necessita de apoio do supervisor.</p> <p>5. Utiliza correctamente todo o material de acordo com as normas em vigor no serviço demonstrando assim responsabilidade na gestão e manutenção dos recursos materiais e contribuindo para a melhoria de qualidade dos cuidados. Supervisão confirmativa</p>		5	5	5	5	5	5	
		4	4	4	4	4	4	
		3	3	3	3	3	3	
		2	2	2	2	2	2	
		1	1	1	1	1	1	

<p>31 – Execução de procedimentos técnicos.</p> <p>1. Desconhece as normas e procedimentos técnicos de enfermagem, (material necessário, execução técnica, justificação da acção), pelo que só deve observar a execução feita pelo supervisor/equipe para não incorrer em má prática.</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade executar a maioria dos procedimentos técnicos, por falta de conhecimento de: normas, material necessário, preparação do utente, execução técnica, justificação da acção. Necessita de supervisão frequente, na preparação e execução do procedimento, para não colocar em risco a segurança do utente. Demonstra dificuldade em manusear o material.</p> <p>3. Executa a maioria dos procedimentos técnicos, de acordo com as normas da instituição, embora com ligeira deficit na destreza manual. Necessita de apoio/colaboração do supervisor nas situações mais complexas, ou novos contextos, para não colocar em risco a segurança do utente</p> <p>4. Executa e justifica os procedimentos técnicos de acordo com as normas da instituição e com as técnicas a implementar. Demonstra destreza no manuseamento do material. Necessita apenas de apoio/colaboração pontual do supervisor.</p> <p>5. Executa correctamente os procedimentos técnicos em todas as situações, de acordo com as normas da instituição e com as técnicas a implementar, demonstrando segurança e destreza manual, inculcando ao utente confiança e contribuindo assim para a manutenção de um ambiente seguro e para um elevado nível de qualidade de cuidados. Supervisão confirmativa</p>	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1
<p>32- Cumprimento de Protocolos de serviço</p> <p>1. Demonstra muita dificuldade em implementar/ cumprir os protocolos existentes no serviço integrados nas suas actividades, por incapacidade de gerir o volume de informação. Necessita de incentivo e apoio permanente do supervisor.</p> <p>2. Demonstra alguma dificuldade em implementar/ cumprir todos os protocolos existentes no serviço integrados nas suas actividades. Necessita de apoio frequente do supervisor para gerir a informação e planear as intervenções.</p> <p>3. Implementa / cumpre quase sempre os protocolos existentes no serviço, integrados nas actividades planeadas. Necessita do apoio do supervisor nas situações novas ou de maior complexidade.</p> <p>4. Implementa / cumpre os protocolos existentes no serviço, integrados nas actividades planeadas. Necessita apenas de supervisão pontual.</p> <p>5. Implementa / cumpre correctamente os protocolos existentes no serviço, integrados nas actividades planeadas, demonstrando maturidade, segurança e sentido de responsabilidade. Supervisão confirmativa</p>	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1

Legenda:

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CECG – Competências Enfermeiros de cuidados Gerais

OE – Ordem dos Enfermeiros

.Apêndice 8 - Apresentação e definições de cada “categoria” da base de dados.

(1) BASE DADOS		
(1.1) Participantes – Actores envolvidos nos estágios clínicos do 2º Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSUA, 2002/2006: alunos, professores e supervisores clínicos.		
	(1. 1. 1) Alunos	Alunos do 2º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Iniciaram o curso no ano lectivo 2002/2003. A população tem um total de 44 alunos
	(1. 1. 2) Supervisores	Enfermeiros que exercem funções nas diversas instituições de saúde, área da prestação de cuidados, ou na área da gestão, identificados pelas instituições como tendem o perfil para supervisionar os alunos em estágio clínico. Incluímos aqui, os docentes contratados a tempo parcial para supervisão dos ensinos clínicos, os supervisores, os orientadores cooperantes e tutores
(1. 2) Género – Definição do género dos participantes da amostra, incluindo ainda uma categoria denominada - anónimo, pelo facto de a participação no estudo ser voluntária e com opção de identificação ou não.		
	(1. 2.1) Masculino	Os actores identificados com sendo do género masculino
	(1. 2. 2) Feminino	Os actores identificados com sendo do género feminino
	(1. 2. 3) Anónimo	Os actores não identificados quanto ao género.
(1.3) Tipos Documentos – Todos os Tipos de documentos utilizados para colher os dados na investigação		
	(1. 3. 1) Aprendizagem Diário	Reflexões escritas dos alunos sobre o decurso dos ensinos clínicos e o desenvolvimento das suas competências.
	(1. 3. 2) Acompanhamento Diário	Reflexões escritas dos supervisores sobre o decurso do ensino clínico, referentes ao aluno e referentes ao processo supervisivo.
	(1. 3.3) Entrevistas	Entrevista semi-estruturada, realizada a alunos e supervisores, com questões sobre o decurso do ensino clínico e o desenvolvimento de competências do aluno. Realizadas no final do estágio, na ESSUA ou no local de estágio.
	(1. 3. 4) Relatórios	Relatório do aluno relativo ao ensino clínico.
(1. 4) Ensino Clínico – Ensinos clínicos distribuídos ao longo dos 4 anos de curso, em diferentes áreas, com duração variável e em instituições diversas.		

	(1.4.1) Ensino Clínico II	Realizado em contexto Hospitalar, área de "maternidade", no 1º semestre 2ºano, Janeiro/Fevereiro, 2003/2004, com um total de 140 horas (4 semanas).
	(1.4.2) Ensino Clínico III	Realizado em contexto de Centro Saúde, 2º semestre 2ºano, Junho/Julho 2003/2004, num total de 140 horas.
	(1.4.3) Ensino Clínico IV	Realizado em contexto Hospitalar em serviços de Medicina, no 1º semestre do 3ºano, Janeiro/Fevereiro, 2004/2005, total de 210 horas.
	(1.4.4) Ensino Clínico V	Realizado em contexto Hospitalar em serviços de Cirurgia, no 2º semestre 3ºano, Junho/Julho 2004/2005, total de 210h.
	(1.4.5) Ensino Clínico VI	Realizado em alternância em serviços de Pediatria - Psiquiatria. Total de 210h cada módulo, no 1º semestre do 4ºano, Setembro/Fevereiro, 2005/2006.
	(1.4.6) Ensino Clínico VII	Realizado em alternância em serviços de Urgência, num serviço de Opção e em serviços de Cuidados Continuados: - 3 Módulos, 210 horas cada, os alunos rodam pelos módulos no 2º sem 4ºano, Fevereiro a Junho 2005/06, num total de 630 horas.

Apêndice 9 – Apresentação e definições de cada uma das “categorias de análise”.

CATEGORIAS DE ANÁLISE - Categorias de análise definidas tendo por base maioritariamente a perspectiva bioecológica		
(2 .1) Vivências - Aspectos referidos pelos alunos e supervisores, que de alguma forma os marcaram no decurso dos estágios clínicos.		
	2.1.1 - Sentimentos - Sentimentos que os alunos referem ter vivenciado antes e durante o estágio clínico relacionados com o mesmo e aos quais atribuíram significado ou foram percebidos e referenciados pelo supervisor ou investigadora.	
		2.1.1.1 – Medo - Sentimento de inquietação sentido pelos alunos, relativo ao estágio clínico com a ideia de um perigo real ou iminente referenciado pelo próprio ou percebido pelo supervisor ou investigadora.
		2.1.1.2 - Insegurança - Sentimento, vivenciado pelo aluno, de não ser capaz de realizar determinada actividade de acordo com o que é esperado ou percepção do supervisor ou investigadora sobre a atitude de insegurança do aluno.
		2.1.1.3 – Autoconfiança - Sentimento de confiança em si próprio, de ser capaz de realizar determinada actividade ou desempenhar determinado papel.
		2.1.1.4 – Outros - Sentimentos vivenciados pelos alunos antes e durante o estágio clínico, para além do medo, insegurança e auto confiança.
	2.1.2 – Dificuldades - Dificuldades sentidas pelos alunos no decurso do estágio e estratégias utilizadas para as ultrapassar, referentes às dimensões de competências definidas pela ESSUA e referenciadas pelos alunos pelos supervisores e pela investigadora.	
		2.1.2.1 – Cognitivas - Dificuldades referidas no domínio cognitivo: domínio de conceitos; transposição teoria prática, utilização adequada de fontes de informação; estruturação do pensamento; capacidade de resolução de problemas, de planificação, de autonomia, de gestão da informação, de adequação dos recursos às necessidades e de reflexão.
		2.1.2.2 – Atitudinais - Dificuldades referidas no domínio atitudinal: responsabilidade pessoal e social; avaliação das consequências dos seus actos; cultura da qualidade; decisão para influenciar mudanças; abertura para trabalho equipe, e relacionamento multidisciplinar; capacidade de gestão e negociação.
		2.1.2.3 – Comunicacionais - Dificuldades referidas no domínio comunicacional: competências relacionais; literacia, expressão gráfica; domínio tecnologias de informação.
		2.1.2.4 – Técnicas - Dificuldades referidas no domínio técnico: utilização correcta de técnicas e procedimentos; destreza

		manual; segurança.
	2.1.3 – Estágios anteriores	- Referências feitas pelos alunos das suas vivências em estágios anteriores que influenciaram no seu desenvolvimento no estágio actual.
	2.1.4 – Supervisão – Processo	- Reflexões escritas, ou transcritas das entrevistas dos supervisores sobre o processo dos estágios clínicos relacionadas com os elementos do processo
	2.1.4.1 – Sujeitos	- Percepção dos supervisores acerca das características pessoais dos alunos sobre os quais incidiu o processo de supervisão, nomeadamente, motivação, empenho, interesse, espírito crítico, inibição,
	2.1.4.2 – Tarefas	- Actividades / estratégias utilizadas pelos supervisores no apoio, orientação e avaliação dos alunos durante o processo supervisivo.
	2.1.4.3 – Conhecimentos	- Percepção dos supervisores sobre a capacidade de transposição dos conhecimentos da "teoria" para o contexto profissional (agir em contexto).
	2.1.4.4 - Atmosfera envolvente	- Clima afectivo-relacional e sócio-cultural, que se estabelece no decurso do estágio clínico: aluno - supervisor, aluno -equipe e supervisor - equipe.
	2.1.4.5 –Dificuldades	- Dificuldades sentidas pelos supervisores, relativamente a si próprios, no decurso do estágio, referentes ao processo supervisivo.
		2.1.4.5.1 – Período ano - Época do ano em que decorre o estágio. (Mês)
		2.1.4.5.2 – Serviços características - Características específicas dos serviços, nas diversas áreas em que decorrem os estágios clínicos.
		2.1.4.5.3 – Modelo Acompanhamento - Modelo de acompanhamento de alunos em estágio, determinado entre a ESSUA e a instituição de estágio.
		2.1.4.5.4 – Preparação para tarefa - Falta de formação na área da supervisão clínica.
	2.1.5– Processo Avaliação	- Processo avaliativo que decorre ao longo do estágio clínico tanto no sentido formativo como de atribuição de uma classificação final do aluno e que foi referenciada, por alunos, supervisores ou investigadora, como geradora de stress ou de sentimentos de justiça / injustiça.
	2.1.5.1 – Formativa	- Avaliação feito no decurso do estágio, para dar feedback aos alunos sobre o seu processo de desenvolvimento, com o objectivo de ajudar a desenvolver as suas competências e atingir os

		objectivos propostos.	
		2.1.5.2 – Sumativa - Avaliação feita no final do estágio, pelo supervisor e docente e resultante das grelhas de avaliação de competências da ESSUA	
		2.1.5.3 – Causa (stress) - Efeitos do processo de avaliação percebidos pelos supervisores ou investigadora, ou referidos pelos alunos.	
		2.1.5.4 – (In) Justiça - Sentimentos referidos pelo aluno, ou percebidos pelos supervisores ou investigadora, decorrentes do processo de avaliação.	
	2.1.6 - Situações marcantes - Situações vivenciadas pelos alunos e referenciadas como marcantes no seu desenvolvimento pessoal e profissional.		
(2. 2) Competências desenvolvimento - Desenvolvimento de competências do aluno no decurso dos estágios clínicos.			
	2.2.1 – Ecológico Ambiente - Ambiente envolvente do aluno, mais ou menos próximo, mas que exerce sobre ele influência em termos de desenvolvimento de competências.		
		2.2.1.1 – Facilitadores desenvolvimento - Factores que os alunos referem como tendo sido positivos para o desenvolvimento das suas competências no decurso do estágio.	
		2.2.1.1.1 – Pessoa - Características do aluno influenciadoras do seu processo de desenvolvimento, que podem ter sido referenciadas pelo docente, pelo próprio aluno ou pelo supervisor.	
			2.2.1.1.1 1- Características de Demanda - Características do aluno relacionada com a sua necessidade de procurar saber mais, de pesquisar, curiosidade e a sua capacidade de interacção com os contextos.
			2.2.1.1.1 2- Recursos Biológicos - Capacidade biológica do aluno se envolver em processos proximais.
			2.2.1.1.1 3- Disposições - Características influenciadoras do desenvolvimento do aluno.
			2.2.1.1.1 3.1- Geradoras - Características do aluno que influenciam de forma positiva o seu desenvolvimento: motivação, empenho.

					2.2.1.1.1 3.2- Disruptivas- Característica do aluno que dificultam o seu desenvolvimento: timidez.
			2.2.1.1.2- Microsistema - Ambiente onde decorrem as actividades, papéis e relações existentes entre o sujeito e o seu ambiente imediato incluindo as relações com outras pessoas		
				2.2.1.1.2.1 Actividades - Actividades desenvolvidas pelo aluno.	
					2.2.1.1.2.1.1. - Actividades Molares - Actividade continuada que possui uma dinâmica própria e é percebido como tendo significado ou intenção pelos participantes do ambiente. (nesta categoria inclui-se também a reflexão como actividade que une o pensamento à acção)
					2.2.1.1.2.1.2. Actividades Moleculares - Actividades momentâneas, a que os alunos atribuem pouca importância e como tal não exercem muita influência no seu desenvolvimento.
				2.2.1.1.2.2 Papéis - Conjunto de actividades e relações esperada dos aluno e dos outros em relação a ele.	
					2.2.1.1.2.2.1 -Aluno - Papel de aprendiz de cuidador perante os supervisores, os docentes, profissionais do serviço, e utentes
					2.2.1.1.2.2.2 - Cuidador - Papel de cuidador perante o utente /famílias, equipe de saúde
					2.2.1.1.2.2.3 - Colega grupo - Papel de colega em relação aos outros elementos do grupo de estágio.

						<p>2.2.1.1.2.2.4 - Colega equipe - Papel de colega na equipe de enfermagem - em que os profissionais lhe reconhecem um nível de competência para exercer a sua actividade com alguma autonomia</p>
						<p>2.2.1.1.2.3 - Funcional_ Interação -Relações diádicas em função da actividade e do seu grau de autonomia.</p>
						<p>2.2.1.1.2.3.1 - Díade observacional - Ocorre sempre que o aluno observa a actividade de outro profissional, que por sua vez reconhece o interesse demonstrado pelo aluno.</p>
						<p>2.2.1.1.2.3.2 - Díade actividade conjunta- Sempre que o aluno e supervisor se percebem como fazendo algo em conjunto como parte de um padrão integrado.</p>
						<p>2.2.1.1.1.3.2.1 - Reciprocidade - Existe uma reciprocidade na relação diádica - aluno e outra pessoa se influenciam mutuamente no decurso de uma actividade conjunta</p>
						<p>2.2.1.1.1.3.2.2 - Equilíbrio de poder - Na relação diádica um dos membros pode ser mais influente. Na relação, aluno - supervisor, a</p>

						tendência poderá ser de deslocação gradual deste equilíbrio de poder, em favor do aluno.
						2.2.1.1.1.3.2.3 - Relação afectiva - Sentimentos que se desenvolvem no decurso de uma relação diádica. Esta relação permite o estabelecimento de uma díade primária.
						2.2.1.1.1.3.3 - Díade primária - Manutenção da relação do aluno com outro elemento com quem constitui uma díade, mesmo que esse elemento não esteja presente na actividade.
						2.2.1.1.1.3.4 - Sistema N+2 - Influência (directa ou indirecta) de uma ou mais pessoas na interacção da díade.
						2.2.1.1.2.4 - Interpessoalidade - Relação recíproca e dialética entre duas pessoas.
						2.2.1.1.2.4.1 – Relação supervisiva - Relação que se estabeleceu entre "supervisor" e os alunos no decurso dos estágios clínicos.
						2.2.1.1.2.4.2 - Relação de apoio - relação em que o aluno sentiu, da parte da outra pessoa apoio, incentivo, confiança, partilha.
						2.2.1.1.2.4.4 Relação de apoio - relação em que o aluno sentiu, da parte da outra pessoa

					apoio, incentivo, confiança, partilha.
					2.2.1.1.2.4.4 – Atmosfera envolvente - Clima afectivo-relacional e sócio-cultural, que se estabelece no decurso do estágio clínico: aluno - supervisor, aluno -equipe e supervisor - equipe.
					2.2.1.1.2.5 – Características do Contexto - Características do local de estágio, nomeadamente, tipo de serviço, grau de dependência de utentes, presença de alunos de outras escolas, metodologia de trabalho a equipe.
				2.2.1.1.3 – Mesosistema - Conjunto das inter-relações que podem surgir entre os diversos microsistemas com que o aluno interage	
					2.2.1.1.3.1 - Participação multicontextual - Participação do aluno em diferentes meios.
					2.2.1.1.3.2 – Ligação indirecta - quando o aluno não participa activamente em dois ambientes, mas pode ser estabelecida uma ligação entre o aluno e um dos ambientes através de uma outra pessoa.
					2.2.1.1.3.3 - Comunicação intercontextual - Comunicação entre os diferentes contextos em que o aluno participa.
					2.2.1.1.2.4 - Conhecimento intercontextual - Rede de informação existente num determinado contexto sobre o outro, à qual o aluno tem acesso.
				2.2.1.1.4- Exosistema - Um ou mais contextos que não implicam a participação activa do sujeito, mas onde ocorrem situações que afectam ou são afectadas pelo contexto imediato em que o sujeito de movimenta.	
					2.2.1.1.4.1 - Relacionamento Interinstitucional - Relacionamento existente entre a ESSUA e a instituição onde ocorre o estágio clínico.
					2.2.1.1.4.2 -Modelo de Gestão - Modelo de gestão da instituição onde decorre o estágio. Decorrente das novas políticas de gestão hospitalar: Gestão EPE, SPA.

				<p>2.2.1.1.4.3 -Organização estágio - Momento do estágio inserido no curso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de locais onde decorre o estágio; características dos locais - tipo de serviço, tipo de utentes; Distância do local de estágio à ESSUA; condições de alojamento/deslocação dos alunos; - nº de alunos por local de estágio <p>Organização do estágio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparação dos supervisores - equipe - Distribuição atempada de guias orientadores de estágio - Definição de todos os aspectos relacionados com a logística do estágio (vestiários, refeitório, sala reuniões.)
				<p>2.2.1.1.4.4 -Curriculum do Curso - Desenho curricular do CLE da ESSUA. Temáticas dos diferentes anos - interligação entre conteúdos leccionados na componente "teórica" e sua relação com os contextos da prática de cada estágio específico.</p>
			2.2.1.1.5 – Macrosistema	- Refere-se a protótipos gerais existentes numa cultura ou subcultura, que afectam ou determinam o complexo de estruturas e actividades ocorrentes nos níveis mais concretos
				<p>2.2.1.1.5.1 - Políticas Saúde - Legislação em vigor sobre: as políticas de saúde relativas aos cuidados de saúde primários e diferenciados; legislação relativa às diferentes carreiras profissionais; empregabilidade; acessibilidade</p>
				<p>2.2.1.1.5.2 – Políticas formação - Legislação em vigor sobre: as políticas de formação mais especificamente nos cursos da área de saúde; legislação relativa às diferentes carreiras profissionais;</p>
				<p>2.2.1.1.5.3 – Cultura - Características da população portuguesa; etnias; religião.</p>
			2.2.1.1.6 – Cronosistema	- Aspectos relacionados com o elemento tempo
				<p>2.2.1.1.6.1 Microtempo - Refere-se à continuidade / descontinuidade no âmbito dos processos proximais.</p>
				<p>2.2.1.1.6.2 Mesotempo -Refere-se à periodicidade dos episódios, em</p>

				intervalos de tempo mais alargados, como dias ou semanas.
				2.2.1.1.6.3 Macrotempo - Refere-se a mudanças que ocorrem na sociedade em geral: acontecimentos concretos, expectativas, quer na mesma geração quer em gerações sucessivas.
2.3 - Avaliação_Geral - Percepção que, a investigadora, os supervisores os tutores e os próprios alunos tiveram do desenvolvimento de competências destes durante os estágios clínicos.				
	2.3.1 – Confirmação desenvolvimento - Confirmação do desenvolvimento de competências do aluno, feita pelo próprio, através da auto avaliação, e pelo supervisor e/ou pela investigadora.			
	2.3.1.1 Competências - Competências a desenvolver pelo aluno no decurso do estágio, referenciadas na grelha estruturada pela investigadora, para avaliação dos alunos em estágio clínico, ou que estão inerentes ao seu desenvolvimento.			
			2.3.1.1.1 – Cognitivas - Competências conferidas no domínio cognitivo: domínio de conceitos; transposição teoria prática, utilização adequada de fontes de informação; estruturação do pensamento; capacidade de resolução de problemas, de planificação, de autonomia, de gestão da informação, de adequação dos recursos às necessidades e de reflexão.	
			2.3.1.1.2 – Atitudinais - Competências conferidas no domínio atitudinal: responsabilidade pessoal e social; avaliação das consequências dos seus actos; cultura da qualidade; decisão para influenciar mudanças; abertura para trabalho equipe, e relacionamento multidisciplinar; capacidade de gestão e negociação	
			2.3.1.1.3 – Comunicacionais - Competências conferidas no domínio comunicacional: competências relacionais; literacia, expressão gráfica; domínio tecnologias de informação;	
			2.3.1.1.4 – Técnicas - Competências conferidas no domínio técnico: utilização correcta de técnicas e procedimentos; destreza manual; segurança;	
	2.3.1.2 – Maturidade - Percepção do desenvolvimento do aluno, enquanto pessoa e enquanto pré-profissional ao longo do curso referida tanto pelos supervisores como pela investigadora ou pelos alunos.			

IDENTIFICAÇÃO DE ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1 – Guia Orientador do Ensino Clínico II

Anexo 2 – Guia Orientador do Ensino Clínico III

Anexo 3 – Guia Orientador do Ensino Clínico IV

Anexo 4 – Guia Orientador do Ensino Clínico V

Anexo 5 – Guia Orientador do Ensino Clínico VI - Pediatria

Anexo 6 – Guia Orientador do Ensino Clínico VI - Psiquiatria

Anexo 7 – Guia Orientador do Ensino Clínico VII

Anexo 8 – Modelo de acompanhamento de Alunos em Ensino Clínico

Anexo 9 – Notas dos últimos candidatos colocados na 1ª fase, no CLE da ESSUA



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DE AVEIRO

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

GUIA ORIENTADOR

ESTÁGIO CLÍNICO II

2º Ano / 1º Semestre

(referente à disciplina de Ensino Clínico II)

Ano Lectivo 2003/2004

ÍNDICE

Introdução	3
1. Objectivos do Estágio Clínico	4
2. Corpo Docente e Funções	7
2.1. Docentes Orientadores	7
2.2. Supervisores Clínicos	7
2.3. Tutores/Monitores	8
3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais	8
4. Locais de Estágio	8
5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio	9
6. Avaliação	9
7. Planificação	10
Tabela 1. Distribuição dos Docentes Orientadores/Supervisores por Local de Estágio	11
Tabela 2. Distribuição de Alunos por Local de Estágio	12
Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio	13
Tabela 4. Grelha de Avaliação do Relatório	16
8. Anexos	17
Anexo I – Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem	17
Anexo II – Folha de Registo de Presença	17

Introdução

O presente Guia Orientador reúne o conjunto das informações relativas à organização e realização do estágio clínico II, adiante designado por Ensino Clínico II, é dirigido aos docentes, alunos, supervisores clínicos e tutores do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA).

O 2º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem tem como tema “*Vida e Saúde Ser Diferente*”, sendo efectuada neste semestre uma abordagem holística do indivíduo ao longo do ciclo vital, em contexto de saúde, nomeadamente em relação à saúde da mulher e saúde infanto-juvenil.

Preconiza-se que o aluno desenvolva competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, no âmbito da promoção da saúde e prestação de cuidados à mulher e recém-nascido. O Ensino Clínico II integra a disciplina de Seminário (121 horas) e Prática Clínica (140 horas) com um total de 261 horas.

Este Guia Orientador está estruturado em pontos distintos: objectivos do estágio corpo docente supervisores e tutores, locais de estágio distribuição dos alunos e docentes pelos respectivos locais, considerações gerais e avaliação.

1. Objectivos do Estágio Clínico

Os objectivos do estágio de Enfermagem de Saúde Materna-Infantil foram elaborados de acordo com a especificação do plano de estudos, atendendo aos locais onde os estudantes vão desenvolver esta unidade curricular, nomeadamente, consulta externa de obstetrícia, unidades de internamento de patologia da gravidez, de puerpério e bloco de partos.

DIMENSÃO DA COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS
COGNITIVA	<p>1. Conhecer a organização dos cuidados de enfermagem.</p> <p>2. Identificar necessidades do utente/família/grupo de acordo com metodologia científica de prestação de cuidados.</p> <p>3. Integrar conhecimentos na prática profissional.</p> <p>4. Observar intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes no cuidado à grávida, puérpera, recém-nascido e família.</p> <p>5. Reflectir sobre a prática dos cuidados prestados à grávida, puérpera e recém-nascido.</p>	<p>1. Integrar-se na metodologia de trabalho da equipa de enfermagem</p> <p>1.1. Horários de trabalho 1.2. Modelo de organização de cuidados 1.3. Actividades programadas 1.4. Projectos de trabalho</p> <p>2.1. Utilizar metodologia científica do processo de enfermagem:</p> <p>2.1.1. Colheita de dados 2.1.2. Análise e interpretação da informação 2.1.3. Planeamento de cuidados 2.1.4. Execução dos cuidados planeados 2.1.5. Avaliação de resultados</p> <p>3.1. Justificar procedimentos tendo por base conhecimentos científicos. 3.2. Demonstrar capacidade para gerir informação. 3.3. Adequar os recursos às necessidades identificadas.</p> <p>4.1. Observar a prestação de cuidados de enfermagem específicos à grávida/parturiente/puérpera e feto/recém-nascido no que se refere a:</p> <p>a) identificação do estágio do trabalho de parto; b) avaliação da evolução do trabalho de parto; c) avaliação do bem estar materno fetal; d) execução de parto eutócico e distócico; e) prestação de cuidados ao recém nascido; f) prestação de cuidados à puérpera no puerpério imediato.</p> <p>5.1. Utilizar a reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. 5.2. Elaborar relatório reflexivo.</p>

COMUNICACIONAL	<p>6. Comunicar de forma assertiva.</p>	<p>6.1. Desenvolver técnicas comunicacionais de acordo com as características do utente/família/grupo e equipa.</p> <p>6.2. Registrar de forma sistematizada a informação.</p> <p>6.3. Motivar o utente/família para a participação activa nos cuidados de saúde</p> <p>6.4. Desenvolver estratégias de educação para a saúde, oportunas e adequadas, às necessidades das grávidas, puérperas e do RN, nomeadamente relacionados com:</p> <p>a) lactação – aleitamento, cuidados às mamas, horários e técnica de mamada; b) higiene vulvo- perineal; c) cuidados ao RN (higiene, vestuário, mudança de fralda, aleitamento, cuidados ao coto umbilical, comportamento/actividade); d) vigilância de saúde do RN – vacinação, evolução estado-ponderal e desenvolvimento psicomotor; e) consulta de revisão pós parto; f) planeamento familiar; g) alimentação; h) adaptação ao papel de mãe.</p>
ATTITUDINAL	<p>7. Desenvolver atitudes de integração na equipa de saúde.</p> <p>8. Desenvolver atitudes profissionais perante o utente/ família/grupo/equipa e instituição.</p> <p>9. Participar na avaliação do estágio.</p>	<p>7.1. Cumprir horários.</p> <p>7.2. Participar nas actividades programadas no serviço.</p> <p>7.3. Participar nas reuniões de passagem de turno</p> <p>7.4. Demonstrar abertura para o trabalho em equipa multidisciplinar.</p> <p>7.5. Demonstrar responsabilidade</p> <p>8.1. Estabelecer relação de ajuda com o utente/família/grupo, de forma a potencializar as suas capacidades</p> <p>8.2. Demonstrar atitudes éticas e deontológicas.</p> <p>8.3. Cumprir normas e critérios de actuação do serviço.</p> <p>9.1. Realizar auto – avaliação crítica e avaliação global do estágio.</p>

TÉCNICA	<p>10. Desenvolver intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes no cuidado à grávida, puérpera e ao recém-nascido e família.</p> <p>11. Desenvolver destreza manual.</p>	<p>10.1. Utilizar correctamente técnicas e procedimentos relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none">a) avaliação biopsicosocial do individuo e família;b) avaliação de sinais vitais;c) preparação e administração de medicamentosd) prestação de cuidados vulvo-perinais- observação de lóquios, evolução de perineorrafia;e) avaliação da formação do Globo de Segurança de Pinard;f) avaliação da involução uterina;g) cuidados às mamas;h) apoio ao primeiro levante;i) manipulação do RN;j) apoio na colocação do RN à mama;k) execução do banho do RN incentivando a participação da mãe;l) avaliação das características físicas do RN;m) avaliação de reflexos primários do RN;n) avaliação do comportamento do RN <p>10.2. Identificar precocemente complicações da gravidez e puerpério relacionadas com:</p> <ul style="list-style-type: none">a) patologia hemorrágica;b) estados hipertensivos. <p>10.3. Identificar precocemente alterações do RN:</p> <ul style="list-style-type: none">a) hipotermia;b) gemido;c) descoordenação de reflexos de sucção e de deglutição;d) hipoglicémia;e) hiperbilirrubinémia. <p>11.1. Utilizar técnica asséptica.</p> <p>11.2. Cumprir normas de Comissão de Controlo de Infecção.</p> <p>11.3. Manusear correctamente o material e equipamento utilizado.</p>
----------------	---	---

2. Corpo Docente e Funções

2.1. Docentes Orientadores

No âmbito das suas funções, compete aos docentes orientadores definirem, em conjunto com os profissionais da prática clínica, as concepções de formação do estágio clínico, isto é, a definição de objectivos, metodologias de ensino – aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes orientar de forma sistemática o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos, bem como assumirem um papel dinamizador da prática reflexiva, para além de promoverem o debate e a discussão com os profissionais de saúde intervenientes no processo de educação/formação dos alunos.

Os docentes da ESSUA do curso de licenciatura em Enfermagem responsáveis pela organização e acompanhamento do estágio clínico II são os seguintes:

DOCENTE	CONTACTO	
A - Docente responsável	Telefone	Email
B - Docente orientador	Telefone	Email
C - Docente orientador	Telefone	Email
D - Docente orientador	Telefone	Email
E - Docente orientador	Telefone	Email
F - Docente orientador	Telefone	Email

2.2. Supervisores Clínicos

Aos supervisores clínicos compete participar, em conjunto com os docentes orientadores, na concepção da formação dos estágios clínicos nomeadamente na definição de objectivos, metodologias de ensino aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes ainda coordenarem e organizarem os estágios clínicos nos seus locais de trabalho, designarem os respectivos tutores/monitores dos alunos em cada local de estágio e participar, em conjunto com os docentes orientadores na avaliação dos alunos e na atribuição da nota final.

Para este ensino clínico, os supervisores clínicos em cada instituição são os seguintes:

HOSPITAL	SUPERVISOR CLÍNICO
Hospital A	Enf. ^a A
	Enf. ^a B
Hospital B	Enf. ^a C
	Enf. ^a D
	Enf. ^a E
	Enf. ^a F
Hospital C	Enf. ^a G

2.3. Tutores/Monitores

Os tutores/monitores têm como competências, orientar e avaliar o processo de aprendizagem dos alunos, informando-os dos seus percursos individuais. Compete-lhes participar, em conjunto com os docentes orientadores e supervisores clínicos na avaliação dos alunos para atribuição da nota final. Devem servir de referência profissional e socializar os alunos para uma filosofia de unidade e de integração numa equipa multiprofissional.

3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais

Para a frequência da disciplina de Ensino Clínico II em Enfermagem no 1º semestre do 2º ano, as disciplinas que constituem o núcleo dos conhecimentos fundamentais para a realização do ensino clínico são: Enfermagem Comunitária I; Fundamentos de Enfermagem I e Fundamentos de Enfermagem II.

4. Locais de Estágio

Este estágio tem a duração de 140 horas, decorre no período de 26 de Janeiro a 20 de Fevereiro de 2004 realizando-se nas seguintes instituições:

Local de Estágio	Morada	Telefone
Hospital A	LOCALIDADE	
Hospital B	LOCALIDADE	
Hospital C	LOCALIDADE	

5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio

Os alunos cumprem um horário semanal de 35 horas de acordo com o horário estabelecido em cada instituição.

INSTITUIÇÃO	HORÁRIO	FARDA	MATERIAL	OBS.
Hospital A	MANHÃ TARDE	Sim	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas esferográfica de 4 cores, relógio com ponteiro de segundos	
Hospital B	MANHÃ TARDE	Sim	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas esferográfica de 4 cores, relógio com ponteiro de segundos.	
Hospital C	MANHÃ	Sim	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas esferográfica de 4 cores, relógio com ponteiro de segundos	

O número de faltas permitido é de 15% do número total de horas programadas para o estágio clínico.

Os alunos da ESSUA têm uma farda constituída por túnica e calças brancas com logótipo da UA, casaco de malha verde e sapatos brancos.

6. Avaliação

A avaliação do estágio é da responsabilidade do docente da ESSUA e do supervisor clínico. A nota final resulta da avaliação do supervisor/tutor, da avaliação do docente da ESSUA (75%) e da avaliação do relatório reflexivo (25%).

Para efectuar a avaliação, serão utilizados dois instrumentos: grelha de avaliação do estágio e grelha de avaliação do relatório.

O aluno deve elaborar um relatório para registar o seu progresso durante o período de estágio, bem como as suas experiências de desenvolvimento pessoal. O relatório deverá ter o formato A4, com letra tipo Times New Roman, tamanho 12, espaçamento 1,5 e com o número máximo de 4 páginas que será entregue no dia 16 de Fevereiro.

Para a elaboração do relatório seguem-se algumas linhas de orientação:

Apresentação (formatação, redacção)

Introdução

- Justificação/enquadramento
- Objectivos do estágio
- Estrutura

Desenvolvimento

- Descrição das actividades desenvolvidas
- Identificação de novas situações de aprendizagem
- Identificação das dificuldades encontradas
- Reflexão Crítica

Conclusão

Bibliografia

7. Planificação

No âmbito da planificação deste estágio foram elaborados os seguintes documentos:

Tabela 1. Distribuição dos docentes orientadores por local de estágio

Tabela 2. Distribuição de alunos por local de estágio

Tabela 3. Grelha de avaliação do estágio

Tabela 4. Grelha de avaliação do relatório

Tabela 1. Distribuição dos Docentes Orientadores/Supervisores por Local de Estágio

INSTITUIÇÃO DE ESTÁGIO	DOCENTE ORIENTADOR
Hospital C	Docente A
Hospital A	Docente B
Hospital B	Docente C Docente D Docente E Docente F

Tabela 2. Distribuição de Alunos por Local de Estágio

NOME (Nº)	N.º MEC.	LOCAL
1	XXXXX	A
2	XXXXX	C
3	XXXXX	B
4	XXXXX	A
5	XXXXX	B
6	XXXXX	B
7	XXXXX	B
8	XXXXX	A
9	XXXXX	C
10	XXXXX	B
11	XXXXX	A
12	XXXXX	A
13	XXXXX	A
14	XXXXX	B
15	XXXXX	B
16	XXXXX	A
17	XXXXX	A
18	XXXXX	A
19	XXXXX	B
20	XXXXX	A
21	XXXXX	B
22	XXXXX	C
23	XXXXX	B
24	XXXXX	C
25	XXXXX	C
26	XXXXX	A
27	XXXXX	A
28	XXXXX	B
29	XXXXX	B
30	XXXXX	C
31	XXXXX	C
32	XXXXX	A
33	XXXXX	C
34	XXXXX	B
35	XXXXX	B
36	XXXXX	A
37	XXXXX	C
38	XXXXX	A
39	XXXXX	B
40	XXXXX	B
41	XXXXX	B
42	XXXXX	B
43	XXXXX	B
44	XXXXX	C
45	XXXXX	A

Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio

Nome do aluno _____ N.º Mec. _____

DIMENSÃO COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS	N	COMPETÊNCIAS	NOTA							RESULTADOS
				NA	0	1	2	3	4	5	
Cognitiva	1	1	Conhece o modelo de organização dos cuidados.								
		2	Conhece as actividades programadas.								
	2	3	Utiliza metodologia científica na prestação de cuidados.								
		4	Colhe os dados correctamente.								
		5	Analisa e interpreta a informação recolhida.								
		6	Formula diagnósticos de enfermagem.								
		7	Planeia as actividades a desenvolver estabelecendo prioridades.								
		8	Avalia as actividades desenvolvidas.								
	3	9	Justifica os procedimentos, com base em conhecimentos teóricos.								
		10	Demonstra capacidade de gerir informação.								
		11	Utiliza adequadamente os recursos às necessidades.								
	4	12	Identifica correctamente os diferentes estádios do trabalho de parto.								
		13	Justifica as observações relacionadas com a evolução do trabalho de parto								
		14	Identifica as necessidades do recém-nascido.								
		15	Justifica os cuidados a prestar ao recém-nascido.								
5	16	Utiliza princípios de reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.									
Comunicacional	6	17	Estabelece relação de empatia com a utente/família.								
		18	Estabelece relação de ajuda com a utente/família.								
		19	Comunica de forma adequada às características da utente.								
		20	Regista de forma sistematizada a informação.								
		21	Transmite as informações pertinentes à equipa à utente/ família.								
		22	Motiva a utente/família para participar na satisfação das suas necessidades.								
		23	Efectua ensinamentos oportunos à utente/família.								
Atitudinal	7	24	É pontual e assíduo.								
		25	Participa nas actividades do serviço.								
		26	Participa nas reuniões de passagem de turno.								
		27	Demonstra abertura para o trabalho em equipa.								
	8	28	Demonstra responsabilidade, avaliando as consequências dos seus actos.								
		29	Demonstra respeito pela utente/família e equipa.								
		30	Respeita as normas e critérios de actuação do serviço.								
		31	Demonstra descrição e sigilo profissional.								
9	32	Realiza autoavaliação.									
Técnica	10	33	Utiliza correctamente técnicas e procedimentos.								
		34	Respeita as normas de técnica asséptica médica e cirúrgica.								
	11	35	Demonstra destreza manual na prestação de cuidados.								
		36	Utiliza correctamente o material.								

Classificação Parcial	Sub – Total = n.º frequências x valor da nota								
	TOTAL (B) = Sub - Total x 20 / N x 5								

Legenda:

NA – Não aplicável;

0 – Não tem conhecimento

1- Tem conhecimentos mas não implementa

2- Competência a emergir

3- Demonstra competência mas necessita de aperfeiçoamento

4- Competência bem desenvolvida

5- Competência muito bem desenvolvida (excelência)

N- Número total de competências aplicáveis

Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio (cont.)

Nome do Aluno: _____ N.º Mec. _____

AVALIAÇÃO FINAL			
ÍNDICE	PONDERAÇÃO (A)	CLASSIFICAÇÃO PARCIAL (B)	CLASSIFICAÇÃO PONDERADA (AxB)
Avaliação Supervisor/Tutor	75%		
Avaliação Docente Orientador			
Relatório	25%		(D)
Classificação Final			(C+D)

O Supervisor/Tutor: _____ O Docente Responsável: _____

Tabela 4. Grelha de Avaliação do Relatório

Nome do Aluno: _____ N.º Mec _____

ITENS A AVALIAR	VALOR	COTAÇÃO MÁXIMA	COTAÇÃO OBTIDA
Apresentação		2	
Formatação	0,5		
Redacção	1,5		
Introdução		3	
Justificação/enquadramento	1		
Objectivos	1		
Estrutura	1		
Desenvolvimento		11	
Descrição das actividades desenvolvidas	2		
Identificação de novas situações de aprendizagem	3		
Identificação das dificuldades encontradas	2		
Reflexão crítica (análise dos resultados)	4		
Conclusão		3	
Síntese	2		
Sugestões	1		
Bibliografia Referências bibliográficas segundo as normas da ESSUA	1	1	
NOTA FINAL		20 Valores	

O Docente, _____ Data: / /

8. Anexos

Constituem anexos deste Guia Orientador:

Anexo I – Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Anexo II – Folha de Registo de Presença



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DE AVEIRO**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

GUIA ORIENTADOR

ESTÁGIO CLÍNICO III

2º Ano / 2º Semestre
(referente à disciplina de Ensino Clínico III)

Ano Lectivo 2003/2004

ÍNDICE

Introdução	3
1. Objectivos do Estágio Clínico	4
2. Corpo Docente e Funções	6
2.1. Docentes Orientadores	6
2.2. Supervisores Clínicos	6
2.3. Tutores/Monitores	7
3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais	7
4. Locais de Estágio	8
5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio	8
6. Avaliação	9
7. Planificação	9
Tabela 1. Distribuição dos Docentes Orientadores	10
Tabela 2. Distribuição de Alunos por Local de Estágio	11
Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio	12
Tabela 4. Grelha de Avaliação do Relatório	14
8. Anexos	15
Anexo I – Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem	15
Anexo II – Folha de Registo de Presença	15

Introdução

O presente Guia Orientador reúne o conjunto das informações relativas à organização e realização do estágio clínico, adiante designado por Ensino Clínico III, é dirigido aos alunos, supervisores clínicos e tutores do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA).

O 2º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem tem como tema “*Vida e Saúde Ser Diferente*”, tendo sido efectuada uma abordagem holística do indivíduo ao longo do ciclo vital, em contexto de saúde.

No Estágio Clínico II do 1º semestre, do 2º ano, os alunos tiveram experiências no âmbito da saúde materno-infantil. Neste estágio subsequente pretende-se que desenvolvam aprendizagens práticas abrangendo a saúde do adulto, do idoso e do indivíduo com necessidades especiais. O Ensino Clínico III integra a disciplina de Seminário (97horas) e Prática Clínica (140 horas) com um total de 237 horas. O Seminário foi efectuada em Instituições vocacionadas para o cuidado a indivíduos diferentes, no decurso do semestre lectivo e a Prática Clínica realiza-se em Centros de Saúde no final do semestre. Preconiza-se que o aluno desenvolva competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas no âmbito da promoção e manutenção da saúde, prevenção da doença e acidentes, tratamento e reabilitação a indivíduos, grupos e comunidade.

O Guia Orientador está estruturado em pontos distintos: objectivos do estágio corpo docente supervisores e tutores, locais de estágio distribuição dos alunos e docentes pelos respectivos locais, considerações gerais e avaliação.

1. Objectivos do Estágio Clínico

DIMENSÃO DA COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS
COGNITIVA	<p>1. Conhecer a organização do Centro de Saúde.</p> <p>2. Identificar necessidades do utente/família/grupo de acordo com metodologia científica de prestação de cuidados.</p> <p>3. Integrar conhecimentos na prática profissional.</p> <p>4. Reflectir sobre a prática dos cuidados prestados.</p>	<p>1.1 Compreender a especificidade do Centro de Saúde: - Caracterização do concelho (diagnóstico da situação, diagnóstico social) - Plano de actividades (Programas de saúde em desenvolvimento, Projectos de trabalho, Parcerias)</p> <p>1.2. Conhecer a organização dos cuidados de saúde: - Integrar-se na metodologia de trabalho da equipa.</p> <p>2.1. Utilizar metodologia científica do processo de enfermagem: 2.1.1. Colheita de dados 2.1.2. Análise e interpretação da informação 2.1.3. Planeamento de cuidados 2.1.4. Execução dos cuidados planeados 2.1.5. Avaliação de resultados</p> <p>3.1. Justificar procedimentos tendo por base conhecimentos científicos. 3.2. Demonstrar capacidade para gerir informação. 3.3. Adequar os recursos às necessidades identificadas.</p> <p>4.1. Utilizar a reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. 4.2. Elaborar relatório reflexivo.</p>
COMUNICACIONAL	<p>5. Comunicar de forma assertiva.</p>	<p>5.1. Desenvolver técnicas comunicacionais verbais e não verbais de acordo com as características do utente/família/grupo e equipa.</p> <p>5.2. Planear e executar sessão de Educação para a Saúde.</p> <p>5.3. Registrar de forma sistematizada a informação.</p>

ATTUDINAL	<p>6. Desenvolver atitudes de integração na equipa de saúde.</p> <p>7. Desenvolver atitudes profissionais perante o utente/ família/grupo/equipa e instituição.</p> <p>8. Participar na avaliação do estágio.</p>	<p>6.1. Cumprir horários.</p> <p>6.2. Participar nas actividades programadas no serviço.</p> <p>6.3. Demonstrar abertura para o trabalho em equipa multidisciplinar.</p> <p>6.4. Demonstrar responsabilidade</p> <p>7.1. Estabelecer relação de ajuda com o utente/família/grupo, de forma a potencializar as suas capacidades</p> <p>7.2. Cumprir normas e critérios de actuação do Centro de Saúde.</p> <p>7.3. Demonstrar atitudes de acordo com o código ético e deontológico.</p> <p>8.1. Realizar auto – avaliação crítica e avaliação global do estágio</p>
TÉCNICA	<p>9. Desenvolver intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes.</p> <p>10. Desenvolver destreza manual.</p>	<p>9.1. Utilizar correctamente técnicas e procedimentos relacionados com:</p> <p>9.1.1. Avaliação biopsicosocial do indivíduo ao longo do ciclo vital.</p> <p>9.1.2. Avaliação de sinais vitais.</p> <p>9.1.3. Preparação e administração de medicamentos</p> <p>9.1.4. Administração de vacinas de acordo com o Plano Nacional de vacinação em vigor (excepto BCG)</p> <p>9.1.5. Planeamento e execução de visita domiciliária</p> <p>10.1. Utilizar técnica asséptica.</p> <p>10.2. Cumprir normas de Comissão de Controlo de Infecção.</p> <p>10.3. Manusear correctamente o material e equipamento utilizado.</p>

2. Corpo Docente e Funções

2.1. Docentes Orientadores

No âmbito das suas funções, compete a estes docentes orientadores definirem, em conjunto com os profissionais da prática clínica, as concepções de formação do estágio clínico, isto é, a definição de objectivos, metodologias de ensino – aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes orientar de forma sistemática o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos, bem como assumirem um papel dinamizador da prática reflexiva, para além de promoverem o debate e a discussão com os profissionais de saúde intervenientes no processo de educação/formação dos alunos.

Os docentes da ESSUA do curso de licenciatura em Enfermagem responsáveis pela organização e acompanhamento do estágio clínico III são os seguintes:

DOCENTE	CONTACTO	
A - Docente responsável	Telefone	Email
B - Docente orientador	Telefone	Email
C - Docente orientador	Telefone	Email
D - Docente orientador	Telefone	Email
E - Docente orientador	Telefone	Email
F - Docente orientador	Telefone	Email
Centro de Estágios	234 378 120	estagios@essua.ua.pt

2.2. Supervisores Clínicos

Aos supervisores clínicos compete participar, em conjunto com os docentes orientadores, na concepção da formação dos estágios clínicos nomeadamente na definição de objectivos, metodologias de ensino aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes coordenarem e organizarem os estágios clínicos nos seus locais de trabalho e designarem os respectivos tutores/monitores dos alunos em cada local de estágio. Participam, em conjunto com os docentes orientadores na avaliação dos alunos e na atribuição da nota final. Para este ensino clínico, os supervisores clínicos dos Centros de Saúde, são os seguintes:

CENTRO DE SAÚDE	SUPERVISOR CLÍNICO
Centro de Saúde I	Enf. ^a A Enf. ^a B
Centro de Saúde II	Enf. ^a C
Centro de Saúde III	Enf. ^a D Enf. ^a E Enf. ^a F
Centro de Saúde IV	Enf. ^a G Enf. ^a H Enf. ^a I
Centro de Saúde V	Enf. ^a J
Centro de Saúde VI	Enf. ^a K
Centro de Saúde VII	Enf. ^a L
Centro de Saúde VIII	Enf. ^a M
Centro Saúde IX	Enf. ^a N Enf. ^a O
Centro Saúde X	Enf. ^a P
Centro Saúde XI	Enf. ^a Q

2.3. Tutores/Monitores

Os tutores/monitores têm como competências, orientar e avaliar o processo de aprendizagem dos alunos, informando-os dos seus percursos individuais. Compete-lhes participar, em conjunto com os docentes orientadores e supervisores clínicos na avaliação dos alunos para atribuição da nota final. Devem servir de referência profissional e socializar os alunos para uma filosofia de unidade e de integração numa equipa multiprofissional.

Nota: Os tutores/monitores, em situações excepcionais, podem acumular a função de supervisor clínico.

3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais

Para a frequência da disciplina de Ensino Clínico III em Enfermagem no 2º semestre do 2º ano, as disciplinas que constituem o núcleo dos conhecimentos fundamentais são: 1) Enfermagem Comunitária I; 2) Enfermagem Comunitária II; 3) Educação e Formação em Enfermagem; 4) Estilos de Vida e Necessidades Especiais e 5) Psicologia do Desenvolvimento.

4. Locais de Estágio

Este estágio tem a duração de 140 horas, decorre no período de 5 a 30 de Julho de 2004, realizando-se nas seguintes instituições:

LOCAL DE ESTÁGIO	MORADA	TELEFONE
Centro de Saúde I	LOCALIDADE	
Centro de Saúde II	LOCALIDADE	
Centro de Saúde III	LOCALIDADE	
Centro de Saúde IV	LOCALIDADE	
Centro de Saúde V	LOCALIDADE	
Centro de Saúde VI	LOCALIDADE	
Centro de Saúde VII	LOCALIDADE	
Centro de Saúde VIII	LOCALIDADE	
Centro Saúde IX	LOCALIDADE	
Centro Saúde X	LOCALIDADE	
Centro Saúde XI	LOCALIDADE	

5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio

Os alunos cumprem um horário semanal de 35 horas de acordo com o horário estabelecido em cada instituição. O número de faltas permitido é de 15% do número total de horas programadas para o estágio clínico.

Os alunos da ESSUA devem usar a farda constituída por túnica e calças brancas ou verdes, com logótipo da UA, casaco de malha verde e sapatos brancos. O material de bolso necessário é constituído por tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas esferográfica de 4 cores.

Os alunos devem manter a *check list* de procedimentos actualizada, devendo ser validada no final do estágio pelo supervisor.

6. Avaliação

A avaliação do estágio é da responsabilidade do docente da ESSUA e do supervisor clínico. A nota final é o somatório da avaliação do supervisor/tutor e avaliação do docente da ESSUA (75%) e avaliação do relatório reflexivo (25%).

Para efectuar a avaliação, serão utilizados dois instrumentos: grelha de avaliação do estágio e grelha de avaliação do relatório.

O aluno deve elaborar um relatório para registar o seu progresso durante o período de estágio, bem como as suas experiências de desenvolvimento pessoal. O relatório deverá ter o formato A4, com letra tipo Times New Roman, tamanho 12, espaçamento 1,5 e com o número máximo de 4 páginas que será entregue no dia 26 de Julho até às 17 horas, ou enviado por correio electrónico. Para a elaboração do relatório seguem-se algumas linhas de orientação:

Apresentação (formatação, redacção)

Introdução

- a) Justificação/enquadramento
- b) Objectivos
- c) Estrutura

Desenvolvimento

- a) Descrição das actividades desenvolvidas
- b) Identificação de novas situações de aprendizagem
- c) Identificação das dificuldades encontradas
- d) Reflexão Crítica

Conclusão

Bibliografia

7. Planificação

No âmbito da planificação deste estágio foram elaborados os seguintes documentos:

Tabela 1. Distribuição dos docentes orientadores

Tabela 2. Distribuição de alunos por local de estágio

Tabela 3. Grelha de avaliação do estágio

Tabela 4. Grelha de avaliação do relatório

Tabela 1. Distribuição dos Docentes Orientadores

LOCAL DE ESTÁGIO	DOCENTE
Centro de Saúde I	A
Centro de Saúde II	A
Centro de Saúde III	E
Centro de Saúde IV	B
Centro de Saúde V	C
Centro de Saúde VI	D
Centro de Saúde VII	MEALHADA ??
Centro de Saúde VIII	F
Centro Saúde IX	C
Centro Saúde X	B
Centro Saúde XI	E

Tabela 2. Distribuição de Alunos por Local de Estágio

NOME	N. Mecº.	Local
Nelson Manuel Dias Silva	XXXXX	Centro de Saúde I
Paulo Jorge Fontes Almeida S. Araújo	XXXXX	
Tatiana Raquel Latães Marques	XXXXX	
Luciana Isabel dos Santos Correia	XXXXX	
Ana Cláudia Reis Mota	XXXXX	
Ana Paula J. Carvalho	XXXXX	Centro de Saúde II
Sara V. Santos Pereira	XXXXX	
Carina Sofia de Bastos Almeida	XXXXX	
Marina Margarida Ribeiro	XXXXX	
Lora Sofia Oliveira Sá	XXXXX	Centro de Saúde III
Cristiana A. Almeida Conceição	XXXXX	
Maria Francisca Miranda da Silva Nunes	XXXXX	
Sónia Andrea Amaro Cruz	XXXXX	
Joana Cecília Reis Escórcio	XXXXX	Centro de Saúde IV
José Miguel Esperança Fernandes	XXXXX	
Maria de Fátima Rocha Ferreira	XXXXX	
Vera Lúcia Gomes Sousa	XXXXX	
Luís Manuel Goulart Cardoso	XXXXX	
Nathalie Lopes Conceição	XXXXX	
Raquel Moura Pinto	XXXXX	
Bruno Rodrigues Cácio	XXXXX	
Luís Ricardo Ribeiro Maia	XXXXX	
Magda Alexandra Correia Freitas	XXXXX	Centro de Saúde V
Cátia Fernanda Brandão Castro	XXXXX	
Alexandra Pinto da Rocha	XXXXX	
Catarina Alexandra Oliveira da Silva	XXXXX	
Núria Patrícia Rodrigues Barros Pina	XXXXX	Centro de Saúde VI
Rosa Leonilde Reis da Silva Torrão	XXXXX	
Elizabete Catarina T Fernandes	XXXXX	
Loide Eunice Guimarães Santos	XXXXX	
Ana Luísa de Sousa Pereira	XXXXX	
Ana Margarida Reis Lopes dos Santos	XXXXX	Centro de Saúde VII
Silvia Margarida de Almeida Pinho	XXXXX	
Célia Coelho Correia	XXXXX	
Nino Reccardo Canas Coelho	XXXXX	
Nicole Guimarães da Ponte	XXXXX	
Carina de Amorim Alves	XXXXX	Centro Saúde VIII
Marli Daniela Castro Gomes	XXXXX	
Cláudia Filipa Gomes Araújo	XXXXX	
Maria do Rosário Batista Braga	XXXXX	
Anabela Barbosa Coutinho	XXXXX	Centro Saúde IX
Catarina Alexandra Vasconcelos Martins	XXXXX	
Débora de Fátima de Sousa Andrade	XXXXX	Centro Saúde X
Márcia Dias Moreira	XXXXX	
Sara Margarida Barreto Paixão	XXXXX	

Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio

Nome do aluno _____ N.º Mec. _____

DIMENSÃO COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS		COMPETÊNCIAS	NOTA							RESULTADOS
				NA	0	1	2	3	4	5	
Cognitiva	1	1	Conhece a organização do Centro de Saúde.								
		2	Conhece o modelo de organização dos cuidados.								
	2	3	Conhece as actividades programadas.								
		4	Colhe os dados correctamente.								
		5	Analisa e interpreta a informação recolhida.								
		6	Formula diagnósticos de enfermagem.								
		7	Planeia as actividades a desenvolver estabelecendo prioridades.								
		8	Avalia as actividades desenvolvidas.								
	3	9	Justifica os procedimentos, com base em conhecimentos teóricos.								
		10	Demonstra capacidade de gerir informação.								
		11	Utiliza adequadamente os recursos às necessidades.								
	4	12	Utiliza princípios de reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.								
Comunicacional	5	13	Planeia e executa sessão de Educação para a Saúde.								
		14	Estabelece relação de ajuda com o utente/família.								
		15	Comunica de forma adequada às características do utente.								
		16	Regista de forma sistematizada a informação.								
		17	Transmite as informações pertinentes à equipa do utente/família.								
Atitudinal	6	18	É pontual e assíduo.								
		19	Participa nas actividades do serviço.								
		20	Demonstra abertura para o trabalho em equipa.								
		21	Demonstra responsabilidade, avaliando as consequências dos seus actos.								
	7	22	Demonstra respeito pelo utente/família e equipa.								
		23	Respeita as normas e critérios de actuação do serviço.								
	8	24	Demonstra descrição e sigilo profissional.								
Técnica	9	25	Realiza auto-avaliação.								
		26	Utiliza correctamente técnicas e procedimentos.								
	10	27	Respeita as normas de técnica asséptica médica e cirúrgica.								
		28	Demonstra destreza manual na prestação de cuidados.								
Classificação Parcial		29	Utiliza correctamente o material.								
		Sub-Total = n.º frequências x valor da nota									
Total (B) = Sub - Total x 20 / N x 5											

Legenda:

NA – Não aplicável

0 – Não tem conhecimento

1- Tem conhecimentos mas não implementa

2- Competência a emergir

3- Demonstra competência mas necessita de aperfeiçoamento

4- Competência bem desenvolvida

5- Competência muito bem desenvolvida (excelência)

N- Número total de competências aplicáveis

Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio (cont.)

Nome do Aluno: _____ N.º Mec. _____

AVALIAÇÃO FINAL			
ÍNDICE	PONDERAÇÃO (A)	CLASSIFICAÇÃO PARCIAL (B)	CLASSIFICAÇÃO PONDERADA (A X B)
Avaliação Supervisor/Tutor	75%		
Avaliação Docente Orientador			
Relatório	25%		
Classificação Final			

O Supervisor/Tutor: _____ O Docente Responsável: _____

Tabela 4. Grelha de Avaliação do Relatório

Nome do Aluno: _____ N.º Mec _____

ITENS A AVALIAR	VALOR	COTAÇÃO MÁXIMA	COTAÇÃO OBTIDA
Apresentação		2	
Formatação	0,5		
Redacção	1,5		
Introdução		3	
Justificação/enquadramento	1		
Objectivos	1		
Estrutura	1		
Desenvolvimento		11	
Descrição das actividades desenvolvidas	2		
Identificação de novas situações de aprendizagem	3		
Identificação das dificuldades encontradas	2		
Reflexão crítica (análise dos resultados)	4		
Conclusão		3	
Síntese	2		
Sugestões	1		
Bibliografia Referências bibliográficas segundo as normas da ESSUA	1	1	
NOTA FINAL		20 Valores	

O Docente, _____ Data: / /

8. Anexos

Constituem anexos deste Guia Orientador:

Anexo I – Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Anexo II – Folha de Registo de Presença



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DE AVEIRO

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

GUIA ORIENTADOR

ESTÁGIO CLÍNICO IV

3º Ano / 1º Semestre

(referente à disciplina de Ensino Clínico IV)

Ano Lectivo 2004/2005

ÍNDICE

Introdução.....	3
1. Objectivos do Estágio Clínico	4
2. Corpo Docente e Funções.....	6
2.1. Docentes Orientadores.....	6
2.2. Coordenadores dos Locais de Estágio	6
2.3. Orientadores Cooperantes.....	7
2.4. Supervisores Clínicos	7
2.5. Tutores/Monitores	8
3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais.....	8
4. Locais de Estágio.....	8
5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio.....	9
6. Avaliação	9
7. Planificação	10
Tabela 1. Distribuição dos Docentes Orientadores/ Orientadores Cooperantes/Coordenadores por Local Estágio	11
Tabela 2. Distribuição de Alunos por Local de Estágio	12
Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio	13
Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio (cont.).....	14
Tabela 4. Grelha de Avaliação do Relatório.....	15
8. Anexos.....	16
Anexo I – Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.....	16
Anexo II – Folha de Registo de Presença.....	16

Introdução

O presente Guia Orientador reúne o conjunto das informações relativas à organização e realização do estágio clínico, adiante designado por Ensino Clínico IV. É dirigido aos alunos, supervisores clínicos, orientadores cooperantes e tutores do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA).

O 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem tem como tema “*Vida e Doença*”, abordando-se, de forma holística, o indivíduo jovem, adulto e idoso e famílias, em contexto de doença.

É objectivo deste estágio clínico que os alunos desenvolvam competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em contexto hospitalar – Serviços de Medicina, Especialidades Médicas e Cardiologia – colaborando na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa doente e sua família.

O Ensino Clínico IV integra a disciplina de Seminário (102 horas) e Prática Clínica (210 horas) com um total de 312 horas.

A estrutura do Guia Orientador compreende: objectivos do estágio, corpo docente, orientadores cooperantes, supervisores e tutores, locais de estágio, distribuição dos alunos e docentes pelos respectivos locais, avaliação e considerações gerais.

1. Objectivos do Estágio Clínico

DIMENSÃO DA COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS
COGNITIVA	<p>1. Conhecer a organização dos cuidados de saúde.</p> <p>2. Identificar necessidade de cuidados à pessoa doente/família, de acordo com metodologia científica.</p> <p>3. Integrar conhecimentos, na prática profissional.</p> <p>4. Reflectir sobre a prática dos cuidados prestados.</p>	<p>1.1. Integrar-se na metodologia de trabalho da equipa.</p> <p>2.1. Utilizar metodologia científica do processo de enfermagem:</p> <p>2.1.1. Colheita de dados</p> <p>2.1.2. Análise e interpretação da informação</p> <p>2.1.3. Planeamento de cuidados</p> <p>2.1.4. Execução dos cuidados planeados</p> <p>2.1.5. Avaliação de resultados</p> <p>3.1. Justificar procedimentos, tendo por base conhecimentos científicos.</p> <p>3.2. Demonstrar capacidade para gerir informação.</p> <p>3.3. Adequar os recursos às necessidades identificadas.</p> <p>4.1. Utilizar a reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.</p> <p>4.2. Elaborar relatório reflexivo.</p>
COMUNICACIONAL	<p>5. Comunicar de forma assertiva.</p>	<p>5.1. Desenvolver técnicas comunicacionais verbais e não verbais de acordo com as características da pessoa doente/família e equipa.</p> <p>5.2. Realizar comunicação terapêutica/relação de ajuda com a pessoa doente/família</p> <p>5.3. Registrar, de forma sistematizada, a informação.</p> <p>5.4. Comunicar, oralmente, com a equipa sobre as respostas das pessoas doentes/família às situações de saúde/doença.</p>

ATTITUDINAL	<p>6. Desenvolver atitudes de integração na equipa de saúde.</p> <p>7. Desenvolver atitudes profissionais perante a pessoa doente, família, equipa e instituição.</p> <p>8. Participar na avaliação do estágio.</p>	<p>6.1. Cumprir horários.</p> <p>6.2. Participar nas actividades do serviço.</p> <p>6.3. Demonstrar abertura para o trabalho em equipa multidisciplinar.</p> <p>6.4. Demonstrar responsabilidade</p> <p>7.1. Estabelecer relações interpessoais assertivas</p> <p>7.2. Cumprir normas e critérios de actuação do Serviço.</p> <p>7.3. Cumprir normas de Comissão de Controlo de Infecção.</p> <p>7.4. Demonstrar atitudes éticas e deontológicas.</p> <p>8.1. Realizar auto – avaliação crítica e avaliação global do estágio</p>
TÉCNICA	<p>9. Prestar cuidados de enfermagem autónomos, colaborativos ou interdependentes (segundo o Modelo V. Hendersen).</p> <p>10. Desenvolver destreza manual.</p>	<p>9.1. Avaliar o indivíduo jovem, adulto e idoso, de forma holística (exame físico, sinais vitais, estado de consciência e situação familiar/social).</p> <p>9.2. Promover e/ou satisfazer as necessidades humanas fundamentais.</p> <p>9.3. Preparar e administrar medicamentos, soros, sangue total ou respectivos componentes.</p> <p>9.4. Colaborar na preparação e realização de exames auxiliares de diagnóstico.</p> <p>10.1. Utilizar técnica asséptica médica e cirúrgica.</p> <p>10.2. Manusear correctamente o material e equipamento de apoio aos cuidados.</p>

2. Corpo Docente e Funções

2.1. Docentes Orientadores

No âmbito das suas funções, compete a estes docentes orientadores definirem, em conjunto com os profissionais da prática clínica, as concepções de formação do estágio clínico, isto é, a definição de objectivos, metodologias de ensino – aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes orientar de forma sistemática o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos, bem como assumirem um papel dinamizador da prática reflexiva, para além de promoverem o debate e a discussão com os profissionais de saúde intervenientes no processo de educação/formação dos alunos.

Os docentes da ESSUA do curso de licenciatura em Enfermagem responsáveis pela organização e acompanhamento do estágio clínico IV são os seguintes:

DOCENTE	CONTACTO	
A G		
J S		
S S		
S F		
S B		

2.2. Coordenadores dos Locais de Estágio

O coordenador do local de estágio é o profissional responsável pela gestão do serviço (enfermeiro chefe, técnico coordenador ou alguém delegado por estes) que participa na organização do estágio clínico conjuntamente com o docente responsável pelo mesmo. São funções do coordenador do local de estágio, definir, em conjunto com o docente responsável, a organização dos estágios clínicos no seu local de estágio, bem como coordenar e organizar os estágios clínicos, nomeadamente no que se refere a elaboração de horários compatíveis dos profissionais que cooperam no estágio, distribuição dos utentes pelos alunos. Compete-lhes ainda estabelecer a articulação entre o local onde decorre o estágio e o docente responsável pelo mesmo.

O coordenador do local de estágio pode acumular as funções de supervisor clínico.

2.3. Orientadores Cooperantes

O orientador cooperante é um profissional da prática, que por protocolo estabelecido entre a ESSUA e a Instituição de estágio, se assume na equipe em que se integra, como elemento supranumerário, com funções de docente orientador de estágio clínico, sendo coordenado pelo docente responsável pelo estágio clínico.

Compete-lhes orientar de forma sistemática o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos, bem como assumirem um papel dinamizador da prática reflexiva, para além de promoverem o debate e a discussão com os profissionais de saúde intervenientes no processo de educação/formação dos alunos.

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	ORIENTADOR COOPERANTE
A	1	GC
	2	DL
	3	CR
	4	GS

2.4. Supervisores Clínicos

Aos supervisores clínicos compete participar, em conjunto com os docentes orientadores, na concepção da formação dos estágios clínicos nomeadamente na definição de objetivos, metodologias de ensino aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes coordenarem e organizarem os estágios clínicos nos seus locais de trabalho e designarem os respectivos tutores/monitores dos alunos em cada local de estágio. Participam, em conjunto com os docentes orientadores na avaliação dos alunos e na atribuição da nota final. Para este ensino clínico, os supervisores clínicos dos Hospitais, são os seguintes:

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	SUPERVISOR CLÍNICO
B	1	G J
C	1	M F

Hospital S. Sebastião, SA	1	M J
	2	
	3	

2.5. Tutores/Monitores

Os tutores/monitores têm como competências, orientar e avaliar o processo de aprendizagem dos alunos, informando-os dos seus percursos individuais. Compete-lhes participar, em conjunto com os docentes orientadores e supervisores clínicos na avaliação dos alunos para atribuição da nota final. Devem servir de referência profissional e socializar os alunos para uma filosofia de unidade e de integração numa equipa multiprofissional.

3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais

A realização do Ensino Clínico IV pressupõe a integração dos conhecimentos adquiridos, previamente, durante o Curso de Enfermagem e mais especificamente na disciplina de Enfermagem Médica.

4. Locais de Estágio

Este estágio tem a duração de 210 horas, decorre no período de 3 de Janeiro a 11 de Fevereiro 2005, realizando-se nas seguintes instituições:

INSTITUIÇÃO	MORADA	CONTACTO
A		
B		
C		
D		

5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio

Os alunos cumprem um horário semanal de 35 horas de acordo com o horário estabelecido em cada instituição.

INSTITUIÇÃO	HORÁRIO	FARDA	MATERIAL	OBS.
A	08H00-15H00 14H 30 – 22H00	Sim	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas, garrote, esferográfica de 4 cores	
B	08H00 – 16H00 15H30 – 24H00	Sim	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas, garrote, esferográfica de 4 cores	
C	08H00 – 16H00 15H30 – 23H30	Sim	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas, garrote, esferográfica de 4 cores	
D	08H00 – 15H00 15H00 – 22H00	Sim	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas, garrote, esferográfica de 4 cores	

O número de faltas permitido é de 15% do número total de horas programadas para o estágio clínico.

Os alunos da ESSUA têm uma farda constituída por túnica e calças brancas com logótipo da UA, casaco de malha verde e sapatos/socas ortopédicos branco(a)s/preto(a)s.

6. Avaliação

A avaliação do estágio é da responsabilidade do docente da ESSUA e do orientador cooperante ou do supervisor clínico. A nota final é o somatório da avaliação do supervisor/orientador cooperante/tutor e da avaliação do docente da ESSUA (75%) e avaliação do relatório (25%).

O aluno deve elaborar um relatório para registar o seu progresso durante o período de estágio, bem como as suas experiências de desenvolvimento pessoal. O relatório deverá ter o formato A4, com letra tipo Times New Roman, tamanho 12, espaçamento 1,5, com o número máximo de 4 páginas de corpo de texto, respeitando as margens pré-definidas pelo Word e que será entregue no dia 4 de Fevereiro de 2005. Para a elaboração do relatório seguem-se algumas linhas de orientação:

Apresentação (formatação, redacção)

Introdução

- a) Justificação/enquadramento
- b) Objectivos

c) Estrutura

Desenvolvimento:

- a) Descrição das actividades desenvolvidas
- b) Identificação de novas situações de aprendizagem
- c) Identificação das dificuldades encontradas
- d) Reflexão crítica (análise dos resultados)

Conclusão

Bibliografia

7. Planificação

No âmbito da planificação deste estágio foram elaborados os seguintes documentos:

Tabela 1. Distribuição dos docentes orientadores/ orientadores cooperantes/ supervisores/ coordenadores por local de estágio

Tabela 2. Distribuição de alunos por local de estágio

Tabela 3. Grelha de avaliação do estágio

Tabela 4. Grelha de avaliação do relatório

Tabela 1. Distribuição dos Docentes Orientadores/ Orientadores Cooperantes/Coordenadores por Local Estágio

INSTITUIÇÃO	LOCAL DE ESTÁGIO	DOCENTE ORIENTADOR/ ORIENTADOR COOPERANTE	COORDENADOR DO LOCAL DE ESTÁGIO
A	1 2 3 4	AG JS	LC EG AA IM
B	1	AG JS	EV
C	1	AG JS	MF
D	1 2 3	SS SF SB	MJ

Tabela 2. Distribuição de Alunos por Local de Estágio

A				B	C	D		
1	2	3	4	1	1	1	2	3
BC	SP	CC	SP	NP	LC	CA	AC	MF
JF	LT	FN	AC	CV	AM	CC	NC	LM
LC	DA	LS	MR			LS	SP	FF
NS	TM	SC	CA			AR	EF	RP
VS	PA	JE	CC			MG	AP	CA
		CS	AS			MM	RB	NC

Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio

Nome do aluno _____ N.º Mec. _____ Local de estágio _____

DIMENSÃO COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS	N	COMPETÊNCIAS	NOTA							RESULTADOS
				NA	0	1	2	3	4	5	
Cognitiva	1	1	Integra a metodologia de trabalho da equipa.								
		2	Colhe os dados correctamente.								
	2	3	Analisa e interpreta a informação recolhida.								
		4	Planeia as actividades a desenvolver estabelecendo prioridades.								
		5	Executa os cuidados planeados.								
		6	Avalia as actividades desenvolvidas.								
	3	7	Justifica os procedimentos, com base em conhecimentos teóricos.								
		8	Demonstra capacidade de gerir informação.								
		9	Utiliza adequadamente os recursos às necessidades.								
	4	10	Utiliza princípios de reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.								
Comunicacional	5	11	Estabelece relação de ajuda com o utente/família.								
		12	Comunica de forma adequada às características do utente.								
		13	Regista de forma sistematizada a informação.								
		14	Transmite as informações pertinentes à equipa sobre o utente/família.								
Atitudinal	6	15	É pontual e assíduo.								
		16	Participa nas actividades do serviço.								
		17	Demonstra abertura para o trabalho em equipa.								
		18	Demonstra responsabilidade, avaliando as consequências dos seus actos.								
	7	19	Demonstra respeito pelo utente/família e equipa.								
		20	Respeita as normas e critérios de actuação do serviço.								
		21	Cumpre as normas da Comissão de Controlo de Infecção.								
		22	Demonstra descrição e sigilo profissional								
8	23	Realiza auto-avaliação.									
Técnica	9	24	Avalia o indivíduo jovem, adulto e idoso, de forma holística (sinais vitais, estado consciência e situação familiar/social).								
		25	Promove a satisfação das necessidades humanas fundamentais.								
		26	Prepara e administra medicamentos, soros, sangue total ou respectivos componentes.								
	10	27	Colabora na preparação e realização de exames auxiliares de diagnóstico.								
		28	Utiliza técnica asséptica médica e cirúrgica.								
		29	Utiliza correctamente o material.								
Classificação Parcial	SUB – TOTAL= n.º frequências x valor da nota										
	TOTAL (B) =Sub –Total x 20/Nx5										

Legenda:

NA – Não aplicável;

0 – Não tem conhecimento

1- Tem conhecimentos mas não implementa

2- Competência a emergir

3- Demonstra competência mas necessita de aperfeiçoamento

4- Competência bem desenvolvida

5- Competência muito bem desenvolvida (excelência)

N– Número total de competências aplicáveis

Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio (cont.)

Nome do Aluno: _____ N.º Mec. _____ Local de Estágio _____

AVALIAÇÃO FINAL			
ÍNDICE	PONDERAÇÃO (A)	CLASSIFICAÇÃO PARCIAL (B)	CLASSIFICAÇÃO PONDERADA (AxB)
Avaliação Orientadores cooperantes Supervisor/Tutor	75%		(C)
Avaliação Docente Orientador			
Relatório	25%		(D)
Classificação Final			(C+D)

O Orientador cooperante/Supervisor: _____ O Docente Responsável: _____

Tabela 4. Grelha de Avaliação do Relatório

Nome do Aluno: _____ N.º Mec. _____

ITENS A AVALIAR	VALOR	COTAÇÃO MÁXIMA	COTAÇÃO OBTIDA
Apresentação		2	
Formatação	0,5		
Redacção	1,5		
Introdução		3	
Justificação/enquadramento	1		
Objectivos	1		
Estrutura	1		
Desenvolvimento		11	
Descrição das actividades desenvolvidas	2		
Identificação de novas situações de aprendizagem	3		
Identificação das dificuldades encontradas	2		
Reflexão crítica (análise dos resultados)	4		
Conclusão		3	
Síntese	2		
Sugestões	1		
Bibliografia Referências bibliográficas segundo as normas da ESSUA	1	1	
NOTA FINAL		20 Valores	

O Docente, _____ Data: / /

8. Anexos

Constitui anexo deste Guia Orientador:

Anexo I – Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Anexo II – Folha de Registo de Presença



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DE AVEIRO

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

GUIA ORIENTADOR

ESTÁGIO CLÍNICO V

3º Ano / 2º Semestre

(referente à disciplina de Ensino Clínico V)

Ano Lectivo 2004/2005

ÍNDICE

Introdução.....	3
1. Objectivos do Estágio Clínico	4
2. Corpo Docente e Funções.....	7
2.1. Docentes Orientadores.....	7
2.2. Coordenadores dos Locais de Estágio	7
2.3. Orientadores Cooperantes.....	8
2.4. Supervisores Clínicos	9
2.5. Tutores/Monitores	9
3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais	10
4. Locais de Estágio.....	10
5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio	10
6. Avaliação	11
7. Planificação	11
Tabela 1. Distribuição dos Alunos	12
Tabela 2. Distribuição dos Supervisores e Coordenadores dos Locais de Estágio	14
Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio	15
Tabela 4. Grelha de Avaliação do Relatório.....	18
8. Anexos.....	19
Anexo I – Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.....	19
Anexo II – Folha de Registo de Presença.....	19

Introdução

O presente Guia Orientador reúne o conjunto das informações relativas à organização e realização do estágio clínico, adiante designado por Ensino Clínico V, que decorre no 3º ano, do curso de Licenciatura em Enfermagem. É dirigido aos alunos, orientadores cooperantes, supervisores clínicos, tutores e coordenadores dos locais de estágio do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA).

O 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem tem como tema “*Vida e Doença*”, abordando-se, de forma holística, o indivíduo jovem, adulto e idoso e famílias, em contexto de doença.

O Ensino Clínico V integra a disciplina de Seminário (102 horas) e Prática Clínica (210 horas) com um total de 312 horas.

É objectivo deste estágio clínico que os alunos desenvolvam competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em contexto hospitalar – Serviços de Cirurgia, Especialidades Cirúrgicas e Ortopedia, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença do foro cirúrgico e sua família.

A estrutura do Guia Orientador compreende: objectivos do estágio, corpo docente, coordenadores dos locais de estágio, orientadores cooperantes, supervisores e tutores, locais de estágio, distribuição dos alunos e docentes pelos respectivos locais, avaliação e considerações gerais.

1. Objectivos do Estágio Clínico

DIMENSÃO DA COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS
COGNITIVA	<p>1. Conhecer a organização da prestação dos cuidados de saúde.</p> <p>2. Identificar as necessidades de cuidados à pessoa doente/família, de acordo com metodologia científica.</p> <p>3. Integrar conhecimentos, na prática profissional.</p> <p>4. Reflectir sobre a prática dos cuidados prestados.</p>	<p>1.1. Integrar-se na metodologia de trabalho da equipa.</p> <p>2.1. Utilizar metodologia científica do processo de enfermagem:</p> <p>2.1.1. Colheita de dados</p> <p>2.1.2. Análise e interpretação da informação</p> <p>2.1.3. Planeamento de cuidados</p> <p>2.1.4. Execução dos cuidados planeados</p> <p>2.1.5. Avaliação de resultados</p> <p>3.1. Fornecer a fundamentação científica para os cuidados de enfermagem.</p> <p>3.2. Demonstrar capacidade para gerir informação, aplicando o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.</p> <p>3.3. Adequar os recursos às necessidades identificadas.</p> <p>4.1. Utilizar a reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.</p> <p>4.2. Elaborar relatório reflexivo.</p>
COMUNICACIONAL	<p>5. Comunicar de forma assertiva.</p>	<p>5.1. Desenvolver técnicas comunicacionais verbais e não verbais de acordo com as características da pessoa doente/família e equipa.</p> <p>5.2. Realizar comunicação terapêutica/relação de ajuda com a pessoa doente/família.</p> <p>5.3. Apresentar a informação de forma clara, sucinta e sistematizada.</p> <p>5.4. Comunicar com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde da pessoa, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.</p> <p>5.5. Fornecer a informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos e a família a atingirem níveis óptimos de saúde e/ou reabilitação.</p>

<p style="text-align: center;">TÉCNICA</p>	<p>9. Prestar cuidados de enfermagem autónomos, colaborativos e interdependentes.</p> <p>10. Desenvolver destreza manual.</p>	<p>9.1. Avaliar o indivíduo jovem, adulto e idoso, de forma holística (sinais vitais, estado de consciência e situação familiar/social).</p> <p>9.2. Promover e/ou satisfazer as necessidades humanas fundamentais.</p> <p>9.3. Preparar e administrar medicamentos, soros, sangue total ou respectivos componentes, garantindo a segurança da administração dessas substâncias terapêuticas.</p> <p>9.4. Colaborar na preparação e realização de exames auxiliares de diagnóstico e na execução de tratamentos.</p> <p>10.1. Utilizar técnica asséptica médica e cirúrgica.</p> <p>10.2. Manusear correctamente o material e equipamento de apoio aos cuidados.</p>
---	---	--

2. Corpo Docente e Funções

2.1. Docentes Orientadores

No âmbito das suas funções, compete aos docentes orientadores definirem, em conjunto com os profissionais da prática clínica, as concepções de formação do estágio clínico, isto é, a definição de objectivos, metodologias de ensino – aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes orientar e avaliar de forma sistemática o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos, bem como assumirem um papel dinamizador da prática reflexiva, para além de promoverem o debate e a discussão com os profissionais de saúde intervenientes no processo de formação dos alunos.

Os docentes da ESSUA do curso de licenciatura em Enfermagem responsáveis pela organização e acompanhamento do estágio clínico V são os seguintes:

DOCENTE	CONTACTO	
A G (Responsável pelo Estágio Clínico V)		
J P		
J S		
H S		
M M		
C E		

2.2. Coordenadores dos Locais de Estágio

O coordenador do local de estágio é o profissional responsável pela gestão do serviço (enfermeiro chefe, técnico coordenador ou alguém delegado por estes) que participa na organização do estágio clínico conjuntamente com o docente responsável pelo mesmo. São funções do coordenador do local de estágio definir, em conjunto com o docente responsável, a organização dos estágios clínicos no seu local de estágio, bem como coordenar e organizar os mesmos, nomeadamente no que se refere à elaboração de horários compatíveis com os dos profissionais que cooperam no estágio e à distribuição dos utentes pelos alunos. Compete-lhes ainda, estabelecer a articulação entre o local onde decorre o estágio e o docente responsável do mesmo.

O coordenador do local de estágio pode acumular as funções de supervisor clínico.

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	COORDENADORES DO LOCAL DE ESTÁGIO
A	1	M P
	2	M F
B	1	F F
C	1	M M
	2	M M
	3	F C
	4	F C
D	1	F P
	2	D C
E	1	M S
	2	I C
	3	M A
	4	M M

2.3. Orientadores Cooperantes

O orientador cooperante é um profissional da prática, que por protocolo estabelecido entre a ESSUA e a Instituição de estágio, se assume, na equipe em que se integra, como elemento supranumerário, com funções de docente orientador de estágio clínico, sendo coordenado pelo docente responsável pelo estágio clínico.

Compete-lhes orientar de forma sistemática o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos, bem como assumirem um papel dinamizador da prática reflexiva, para além de promoverem o debate e a discussão com os profissionais de saúde intervenientes no processo de educação/formação dos alunos.

C	1	A T
	2	M R
	3	M B M S
	4	C S

2.4. Supervisores Clínicos

Aos supervisores clínicos compete participar, em conjunto com os docentes orientadores, na concepção da formação dos estágios clínicos, nomeadamente na definição de objectivos, metodologias de ensino aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes coordenarem e organizarem os estágios clínicos nos seus locais de trabalho e designarem os respectivos tutores/monitores dos alunos em cada local de estágio.

Participam, em conjunto com os docentes orientadores, na avaliação dos alunos e na atribuição da nota final. Para este ensino clínico, os supervisores clínicos dos Hospitais, são os seguintes:

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	SUPERVISORES CLÍNICOS / ORIENTADORES PEDAGÓGICOS
A	1	D M
	2	L A
B	1	C S
D	1	M M
	2	H S
E	1	A M C T
	2	J C
	3	R F
	4	M C

2.5. Tutores/Monitores

Os tutores/monitores têm como competências, orientar e avaliar o processo de aprendizagem dos alunos, informando-os dos seus percursos individuais. Compete-lhes participar, em conjunto com os docentes orientadores e supervisores clínicos, na avaliação dos alunos para atribuição da nota final. Devem servir de referência profissional e socializar os alunos para uma filosofia de unidade e de integração numa equipa multiprofissional.

3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais

A realização do Ensino Clínico V pressupõe a integração dos conhecimentos adquiridos, previamente, durante o Curso de Enfermagem e mais especificamente na disciplina de Enfermagem Cirúrgica.

4. Locais de Estágio

Este estágio tem a duração de 210 horas, decorre no período de 6 de Junho e 15 de Julho 2005, realizando-se nas seguintes instituições:

INSTITUIÇÃO	MORADA	CONTACTO
A		
B		
C		
D		
E		

5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio

Os alunos cumprem um horário semanal de 35 horas de acordo com o horário estabelecido em cada instituição.

INSTITUIÇÃO	HORÁRIO	FARDA	MATERIAL	OBS.
A	08H00 – 16H00 15H30 – 23H00	Sim	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas, esferográfica de 4 cores	
B	08H00 – 16H00 15H30 – 23H30	Sim	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas, esferográfica de 4 cores	
C	08H00-15H00 14H30 – 22H00	Sim	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas, esferográfica de 4 cores	
D	08H00 – 15H00 15H00 – 22H00	Sim	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas, esferográfica de 4 cores	
E	08H00 – 16H00 15H30 – 23H30	Sim	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas, esferográfica de 4 cores	

O número de faltas permitido é de 15% do número total de horas programadas para o estágio clínico.

Os alunos da ESSUA devem usar a farda constituída por túnica e calças brancas com logótipo da UA, casaco de malha verde e sapatos/socas ortopédicas branco(a)s/preto(a)s.

Os alunos devem manter uma *check list* de procedimentos actualizada, devendo ser validada no final do estágio pelo supervisor.

6. Avaliação

A avaliação do estágio é da responsabilidade do docente da ESSUA e do supervisor clínico. A nota final é o somatório da avaliação do supervisor/tutor e da avaliação do docente da ESSUA (75%) e avaliação do relatório (25%).

O aluno deve elaborar um relatório para registar o seu progresso durante o período de estágio, bem como a reflexão das suas experiências de aprendizagem. O relatório deverá ter o formato A4, com letra tipo *Times New Roman*, tamanho 12, espaço ente linhas 1,5 e com o número máximo de 4 páginas de corpo de texto, que será entregue no dia 8 de Julho de 2005, ou enviado por correio electrónico. Para a elaboração do relatório seguem-se algumas linhas de orientação:

Apresentação (formatação, redacção)

Introdução

- a) Justificação/enquadramento
- b) Objectivos
- c) Estrutura

Desenvolvimento:

- a) Descrição das actividades desenvolvidas
- b) Identificação de novas situações de aprendizagem
- c) Identificação das dificuldades encontradas
- d) Reflexão crítica (análise dos resultados)

Conclusão

Bibliografia

7. Planificação

No âmbito da planificação deste estágio foram elaborados os seguintes documentos:

Tabela 1. Distribuição dos alunos por local de estágio

Tabela 2. Distribuição dos supervisores e coordenadores dos locais de estágio

Tabela 3. Grelha de avaliação do estágio

Tabela 4. Grelha de avaliação do relatório

Tabela 1. Distribuição dos Alunos

A			
1		2	
	FN		DA
	SC		MM
			SP
B			
1			
	CV		
	NP		
C			
1		2	
	CA		AC
	CC		AS
	JF		BC
	MR		RB
	NC		SP
3		4	
	CA		AP
	CC		AS
	LC		CC
	NG		CS
	MG		NS
D			
2 Serviço de Ortopedia		1 Serviço de Cirurgia	
	CA		AC
	FF		EF
	PA		LM
	RP		NC

	T M		R T
	V S		S P
E			
1		2	
	A M		J E
	L C		L S
3		4	
	L S		M F

Tabela 2. Distribuição dos Supervisores e Coordenadores dos Locais de Estágio

INSTITUIÇÃO	SERVIÇO	SUPERVISOR ORIENTADOR COOPERANTE	COORDENADOR DO LOCAL DE ESTÁGIO
A	1	D M	M P
	2	L A	M F
B	1	C S	F F
C	1	A T	M M
	2	M R	M M
	3	M B M S	F C
	4	C S	F C
D	1	M M	F P
	2	H S	D C
E	1	A M C T	M S
	2	J C	I C
	3	R F	M A
	4	M C	M M

Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio

Nome do aluno _____ N.º Mec. _____ Local de estágio _____

DIMENSÃO COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS	N	COMPETÊNCIAS	NOTA							RESULTADOS
				NA	0	1	2	3	4	5	
	1	1	Integra a metodologia de trabalho da equipa.								
Cognitiva	2	2	Colhe os dados correctamente e documenta-os com exactidão.								
		3	Analisa e interpreta de forma sistematizada os dados relevantes recolhidos utilizando-os para a concepção dos cuidados de enfermagem								
		4	Formula um plano de cuidados, estabelecendo prioridades com a colaboração da pessoa e enfermeiros.								
		5	Executa os cuidados planeados.								
		6	Revê e reformula o plano de cuidados regularmente.								
		7	Justifica os procedimentos, com base em conhecimentos científicos.								
	3	8	Demonstra capacidade de gerir informação.								
		9	Utiliza adequadamente os recursos às necessidades.								
	4	10	Utiliza princípios de reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.								
	Comunicacional	5	11	Utiliza técnicas comunicacionais verbais e não verbais de acordo com as características da pessoa doente e família.							
12			Estabelece relação de ajuda com o utente/família.								
13			Comunica de forma adequada às características do utente.								
14			Apresenta a informação de forma clara, sucinta e sistematizada.								
15			Transmite as informações pertinentes à equipa sobre o utente/família, de forma oral e escrita.								
16			Fornecer informação de saúde relevante para ajudar a pessoa e a família a atingirem níveis elevados de saúde e reabilitação.								
Atitudinal	6	17	É pontual e assíduo.								
		18	Organiza o trabalho gerindo o tempo de forma eficaz								
		19	Participa nas actividades do serviço.								
		20	Demonstra abertura para o trabalho em equipa.								
		21	Demonstra responsabilidade, avaliando as consequências dos seus actos.								
		22	Consulta os enfermeiros quando os cuidados de enfermagem requerem um elevado nível de perícia que está para além da sua competência actual.								
	7	23	Demonstra respeito pelo utente/família e equipa.								
		24	Respeita as normas e critérios de actuação do serviço.								
		25	Cumprir as normas da Comissão de Controlo de Infecção.								
		26	Demonstra descrição e sigilo profissional								
		27	Garante a confidencialidade e segurança da informação oral e escrita.								
		28	Respeita o direito das pessoas à privacidade								
		29	Respeita os valores, costumes e crenças espirituais das pessoas.								
8	30	Realiza auto-avaliação.									
Técnica	9	31	Avalia o indivíduo jovem, adulto e idoso, de forma holística (sinais vitais, estado consciência e situação familiar/social).								
		32	Promove a satisfação das necessidades humanas fundamentais.								
		33	Prepara e administra medicamentos, soros, sangue total ou respectivos componentes.								

	10	34	Colabora na preparação e realização de exames auxiliares de diagnóstico.								
		28	Utiliza técnica asséptica médica e cirúrgica.								
		29	Utiliza correctamente o material.								
Classificação Parcial	SUB – TOTAL= n.º frequências x valor da nota										
	TOTAL (B) =Sub –Total x 20/Nx5										

Legenda:

NA – Não aplicável

0 – Não tem conhecimento

1- Tem conhecimentos mas não implementa

2- Competência a emergir

3- Demonstra competência mas necessita de aperfeiçoamento

4- Competência bem desenvolvida

5- Competência muito bem desenvolvida (excelência)

N – Número total de competências aplicáveis

Tabela 3. Grelha de Avaliação do Estágio (cont.)

Nome do Aluno: _____ N.º Mec. _____ Local de Estágio _____

AVALIAÇÃO FINAL			
ÍNDICE	PONDERAÇÃO (A)	CLASSIFICAÇÃO PARCIAL (B)	CLASSIFICAÇÃO PONDERADA (AxB)
Avaliação Supervisor/Tutor	75%		(C)
Avaliação Docente Orientador			
Relatório	25%		(D)
Classificação Final			(C+D)

O Supervisor/Tutor: _____ O Docente Responsável: _____

Tabela 4. Grelha de Avaliação do Relatório

Nome do Aluno: _____ N.º Mec _____

ITENS A AVALIAR	COTAÇÃO MÁXIMA	COTAÇÃO OBTIDA
Apresentação	2	
Formatação		
Redacção		
Introdução	3	
Justificação/enquadramento		
Objectivos		
Estrutura		
Desenvolvimento	11	
Descrição das actividades desenvolvidas		
Identificação de novas situações de aprendizagem		
Identificação das dificuldades encontradas		
Reflexão crítica (análise dos resultados)		
Conclusão	3	
Síntese		
Sugestões		
Bibliografia Referências bibliográficas segundo as normas da ESSUA	1	
NOTA FINAL	20 Valores	

O Docente, _____ Data: / /

8. Anexos

Anexo I – Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Anexo II – Folha de Registo de Presença



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

GUIA ORIENTADOR

ESTÁGIO CLÍNICO VI – ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

4º Ano / 1º Semestre

(referente à disciplina de Ensino Clínico VI)

Ano Lectivo 2005/2006

ÍNDICE

Introdução.....	3
1. Objectivos do Estágio Clínico	4
2. Corpo Docente e Funções.....	6
2.1. Docentes Orientadores.....	6
2.2. Coordenadores dos Locais de Estágio	6
2.3. Orientadores Cooperantes.....	7
2.4. Supervisores Clínicos	7
2.5. Tutores/Monitores	8
3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais.....	8
4. Locais de Estágio.....	8
5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio.....	9
6. Avaliação	10
7. Planificação	10
Tabela 1. Distribuição dos Docentes Orientadores/Supervisores por Local de Estágio	11
Tabela 2. Distribuição dos Coordenadores Local Estágio, Orientadores Cooperantes, Supervisores e Tutores	12
Tabela 3. Distribuição de Alunos por Local de Estágio.....	13
Tabela 4. Grelha de Avaliação do Estágio	14
Tabela 5. Grelha de Avaliação do Relatório Crítico-reflexivo.....	16
8. Anexos.....	17
Anexo I – Plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem	17
Anexo II – Folha de Registo de Presença.....	17

Introdução

O presente Guia Orientador reúne o conjunto das informações relativas à organização e realização do estágio clínico, adiante designado por Ensino Clínico VI - Enfermagem Pediátrica, é dirigido aos alunos, supervisores clínicos e tutores do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA).

As aprendizagens dos estudantes do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem realizam-se, essencialmente, em contextos de prática clínica, possibilitando a sua integração à vida profissional e abordando-se, de forma global e singular, à criança e famílias, em contextos de adaptação/desadaptação à saúde.

É objectivo deste estágio clínico que os alunos desenvolvam competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em contexto hospitalar – Serviços de Pediatria – colaborando na prestação de cuidados de enfermagem à criança e sua família, no seu processo de adaptação à vida.

O Ensino Clínico VI integra a disciplina de Seminário (72 horas) e Prática Clínica (Enfermagem Pediátrica 210 horas e Enfermagem Psiquiátrica 210 horas) com um total de 492 horas.

A estrutura do Guia Orientador compreende: objectivos do estágio, corpo docente, supervisores e tutores, locais de estágio, distribuição dos alunos e docentes pelos respectivos locais, avaliação e considerações gerais.

1. Objectivos do Estágio Clínico

DIMENSÃO DA COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS
COGNITIVA	<p>1. Conhecer a organização dos cuidados de saúde à criança e respectiva família.</p> <p>2. Identificar necessidade de cuidados à criança doente/família, de acordo com metodologia científica.</p> <p>3. Integrar conhecimentos, na prática profissional.</p> <p>4. Reflectir sobre a prática dos cuidados prestados.</p>	<p>1.1. Integrar-se na metodologia de trabalho da equipa.</p> <p>2.1. Utilizar metodologia científica do processo de enfermagem:</p> <p>2.1.1. Colheita de dados</p> <p>2.1.2. Análise e interpretação da informação</p> <p>2.1.3. Planeamento de cuidados</p> <p>2.1.4. Execução dos cuidados planeados</p> <p>2.1.5. Avaliação de resultados</p> <p>3.1. Justificar procedimentos, tendo por base conhecimentos científicos.</p> <p>3.2. Demonstrar capacidade para gerir informação.</p> <p>3.3. Adequar os recursos às necessidades identificadas.</p> <p>4.1. Utilizar a reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.</p> <p>4.2. Elaborar relatório reflexivo.</p>
COMUNICACIONAL	<p>5. Comunicar de forma assertiva.</p>	<p>5.1. Desenvolver técnicas comunicacionais verbais e não verbais de acordo com as características da pessoa doente/família e equipa.</p> <p>5.2. Realizar comunicação terapêutica/relação de ajuda com a criança doente/família</p> <p>5.3. Promover a ligação parental</p> <p>5.4. Registrar, de forma sistematizada, a informação.</p> <p>5.5. Comunicar, oralmente, com a equipa sobre as respostas das crianças doentes/família às situações de saúde/doença.</p>

ATTUDINAL	<p>6. Desenvolver atitudes de integração na equipa de saúde.</p> <p>7. Desenvolver atitudes profissionais perante a criança doente, família, equipa e instituição.</p> <p>8. Participar na avaliação do estágio.</p>	<p>6.1. Cumprir horários.</p> <p>6.2. Participar nas actividades do serviço.</p> <p>6.3. Demonstrar abertura para o trabalho em equipa multidisciplinar.</p> <p>6.4. Demonstrar responsabilidade</p> <p>7.1. Estabelecer relações interpessoais assertivas</p> <p>7.2. Cumprir normas e critérios de actuação do Serviço.</p> <p>7.3. Cumprir normas de Comissão de Controlo de Infecção.</p> <p>7.4. Demonstrar atitudes éticas e deontológicas.</p> <p>8.1. Realizar auto – avaliação crítica e avaliação global do estágio</p>
TÉCNICA	<p>9. Prestar cuidados de enfermagem autónomos, colaborativos ou interdependentes (segundo o Modelo V. Hendersen).</p> <p>10. Desenvolver destreza manual.</p>	<p>9.1. Avaliar a criança e família de forma global e singular.</p> <p>9.2. Promover e/ou satisfazer as necessidades humanas fundamentais.</p> <p>9.3. Preparar e administrar medicamentos, soros, sangue total ou respectivos componentes.</p> <p>9.4. Colaborar na preparação e realização de exames auxiliares de diagnóstico.</p> <p>9.5. Participar nas medidas de gestão da dor</p> <p>9.6. Colaborar na realização de colheitas de espécimes para análise</p> <p>9.7. Colaborar na execução de tratamentos (feridas cirúrgicas, imobilizações, tracções...)</p> <p>10.1. Utilizar técnica asséptica médica e cirúrgica.</p> <p>10.2. Manusear correctamente o material e equipamento de apoio aos cuidados.</p>

2. Corpo Docente e Funções

2.1. Docentes Orientadores

No âmbito das suas funções, compete aos docentes orientadores definirem, em conjunto com os profissionais da prática clínica, as concepções de formação do estágio clínico, isto é, a definição de objectivos, metodologias de ensino – aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes, igualmente, orientar de forma sistemática o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos, bem como assumirem um papel dinamizador da prática reflexiva, para além de promoverem o debate e a discussão com os profissionais de saúde, intervenientes no processo de educação/formação dos alunos.

Os docentes da ESSUA do curso de licenciatura em Enfermagem responsáveis pela organização e acompanhamento do estágio clínico VI são os seguintes:

DOCENTES	CONTACTO	
E M		
A S		
M S		
C E		
C E		

Nota: Os docentes orientadores podem, em situações excepcionais, acumular a função de supervisor

2.2. Coordenadores dos Locais de Estágio

O coordenador do local de estágio é o profissional responsável pela gestão do serviço (enfermeiro chefe, técnico coordenador ou alguém delegado por estes) que participa na organização do estágio clínico conjuntamente com o docente responsável pelo mesmo. São funções do coordenador do local de estágio definir, em conjunto com o docente responsável, a organização dos estágios clínicos no seu local de estágio, bem como coordenar e organizar os mesmos, nomeadamente no que se refere à elaboração de horários compatíveis com os dos profissionais que cooperam no estágio e à distribuição dos utentes pelos alunos. Compete-lhes ainda, estabelecer a articulação entre o local onde decorre o estágio e o docente responsável do mesmo.

O coordenador do local de estágio pode acumular as funções de supervisor clínico.

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	COORDENADOR LOCAL ESTÁGIO
A	1	A S
B	1	M A
C	1	M S
D	1	M M

2.3. Orientadores Cooperantes

O orientador cooperante é um profissional da prática, que por protocolo estabelecido entre a ESSUA e a Instituição de estágio, se assume, na equipa em que se integra, como elemento supranumerário, com funções de docente orientador de estágio clínico, sendo coordenado pelo docente responsável pelo estágio clínico.

Compete-lhe orientar de forma sistemática o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos, bem como assumirem um papel dinamizador da prática reflexiva, para além de promoverem o debate e a discussão com os profissionais de saúde intervenientes no processo de educação/formação dos alunos.

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	ORIENTADOR COOPERANTE
C	1	M M

2.4. Supervisores Clínicos

Aos supervisores clínicos compete participar, em conjunto com os docentes orientadores, na concepção da formação dos estágios clínicos, nomeadamente na definição de objectivos, metodologias de ensino aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes coordenar e organizar os estágios clínicos nos seus locais de trabalho e designar os respectivos tutores/monitores dos alunos, em cada local de estágio. Participam, em conjunto com os docentes orientadores, na avaliação dos alunos e na atribuição da nota final. Para este ensino clínico, os supervisores clínicos dos Hospitais, são os seguintes:

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	SUPERVISORES CLÍNICOS
A	1	S M
B	1	M G
C	1	Não se aplica
D	1	A S
	2	M S

2.5. Tutores/Monitores

Os tutores/monitores têm como competências, orientar e avaliar o processo de aprendizagem dos alunos, informando-os dos seus percursos individuais. Compete-lhes participar, em conjunto com os docentes orientadores e supervisores clínicos, na avaliação dos alunos para atribuição da nota final. Devem servir de referência profissional, e socializar os alunos para uma filosofia de unidade e de integração numa equipa multiprofissional.

3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais

A realização do Ensino Clínico VI – Enfermagem Pediátrica pressupõe a integração dos conhecimentos adquiridos, previamente, durante o Curso de Enfermagem e mais especificamente da disciplina de Enfermagem Pediátrica e Enfermagem Comunitária I e II.

4. Locais de Estágio

Este estágio tem a duração de 210 horas, decorre nos períodos de 12 de Setembro a 4 de Novembro de 2005 e de 3 de Janeiro a 10 de Fevereiro de 2006.

INSTITUIÇÃO	MORADA	CONTACTO
A		
B		
C		
D		

5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio

Os alunos cumprem um horário semanal respectivamente de 28 e 35 horas de acordo com o horário estabelecido em cada instituição; o primeiro grupo de alunos realiza estágio de segunda a quinta-feira, tendo á sexta-feira aulas na ESSUA (28 horas/semanais – 8 semanas); o segundo grupo de alunos realiza estágio de segunda a sexta-feira (35 horas/semanais – 6 semanas).

INSTITUIÇÃO	HORÁRIO	MATERIAL
A	08H00 – 15H00 14H30 – 22H00	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas
B	08H00 – 14H30 14H30 – 20H00	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas
C	08H00 – 15H00 14H30 – 22H00	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas
D	08H00 – 15H00 15H00 – 22H00	Tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas

O número de faltas permitido é de 15% do número total de horas programadas para o estágio clínico.

Os alunos da ESSUA têm uma farda constituída por túnica e calças brancas com logótipo da UA, casaco de malha verde e sapatos/socas ortopédicas brancos/pretos, o uso da farda é obrigatório.

Os alunos devem manter a *check list* de procedimentos actualizada, devendo ser validada no final do estágio pelo Supervisor.

6. Avaliação

A avaliação do estágio é da responsabilidade do docente da ESSUA e do supervisor clínico. A nota final é o somatório da avaliação do supervisor/tutor avaliação do docente da ESSUA (75%) e avaliação do relatório (25%).

O aluno deve elaborar um relatório para registar o seu progresso durante o período de estágio, bem como a reflexão das suas experiências de aprendizagem. O relatório deverá ter o formato A4, com letra tipo *Times New Roman*, tamanho 12, espaço entre linhas 1,5 e com o número máximo de 4 páginas de corpo de texto, que será entregue, respectivamente, no primeiro grupo de alunos a 27 de Outubro de 2004 e no segundo grupo de alunos a 2 de Fevereiro de 2005. Para a elaboração do relatório seguem-se algumas linhas de orientação:

Apresentação (formatação, redacção)

Introdução

- a) Justificação/enquadramento
- b) Objectivos
- c) Estrutura

Desenvolvimento:

- a) Descrição das actividades desenvolvidas
- b) Identificação de novas situações de aprendizagem
- c) Identificação das dificuldades encontradas
- d) Reflexão crítica (análise dos resultados)

Conclusão

Bibliografia

7. Planificação

No âmbito da planificação deste estágio foram elaborados os seguintes documentos:

Tabela 1. Distribuição dos docentes orientadores

Tabela 2. Distribuição dos Coordenadores de local de estágio, orientadores cooperantes, supervisores e tutores

Tabela 3. Distribuição de alunos por local de estágio

Tabela 4. Grelha de Avaliação do estágio

Tabela 5. Grelha de avaliação do relatório

Tabela 1. Distribuição dos Docentes Orientadores

INSTITUIÇÃO	DOCENTE
A	E M
C	
B	M G
D	A S M S

Tabela 2. Distribuição dos Coordenadores Local Estágio, Orientadores Cooperantes, Supervisores e Tutores

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	COORD. LOCAL ESTÁGIO	ORIENTADOR COOPERANTE	SUPERVISOR	TUTOR
A	1	A S	Não se aplica	S M	
B	1	M A	Não se aplica	M F V G	
C	1	M S	M M	Não se aplica	
D	1	M M	Não se aplica	A S	
	2			M S	

Tabela 3. Distribuição de Alunos por Local de Estágio

PERÍODO 12 Set. a 4 Nov. 2005		PERÍODO 3 Jan. a 10 de Fev. 2006	
A			
	1		1
	LM		PA
	LS		TM
	AR		LC
	CC		NS
	MM		JF
B			
N.º MEC.	1	N.º MEC.	1
	CC		CA
	LS		AS
	MG		CC
	NP		NP
	RT		VS
	CS		MF
C			
N.º MEC.	1	N.º MEC.	1
	MF		SC
	NC		MR
	JE		MN
	BC		RP
	LC		CM
D			
N.º MEC.	1	N.º MEC.	1
	RB		AM
	AC		NC
	AP		CA
	SP		AC
	SP		EF
	DA		SP

Tabela 4. Grelha de Avaliação do Estágio

Nome do aluno _____ N.º Mec. _____ Local de estágio _____

DIMENSÃO COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS	N	COMPETÊNCIAS	NOTA							RESULTADOS
				NA	0	1	2	3	4	5	
Cognitiva	1	1	Integra a metodologia de trabalho da equipa.								
		2	Colhe os dados correctamente.								
	2	3	Analisa e interpreta a informação recolhida.								
		4	Planeia as actividades a desenvolver estabelecendo prioridades.								
		5	Executa os cuidados planeados.								
		6	Avalia as actividades desenvolvidas.								
	3	7	Justifica os procedimentos, com base em conhecimentos teóricos.								
		8	Demonstra capacidade de gerir informação.								
		9	Utiliza adequadamente os recursos às necessidades.								
	4	10	Utiliza princípios de reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.								
Comunicacional	5	11	Estabelece relação de ajuda com o utente/família.								
		12	Comunica de forma adequada às características do utente.								
		13	Regista de forma sistematizada a informação.								
		14	Promove a ligação parental								
		15	Transmite as informações pertinentes à equipa sobre o utente/família.								
Atitudinal	6	16	É pontual e assíduo.								
		17	Participa nas actividades do serviço.								
		18	Demonstra abertura para o trabalho em equipa.								
	7	19	Demonstra responsabilidade, avaliando as consequências dos seus actos.								
		20	Demonstra respeito pelo utente/família e equipa.								
		21	Respeita as normas e critérios de actuação do serviço.								
		22	Cumprir as normas da Comissão de Controlo de Infecção.								
	8	23	Demonstra descrição e sigilo profissional								
24		Realiza auto-avaliação.									
Técnica	9	25	Avalia a criança e família, de forma global e singular.								
		26	Promove a satisfação das necessidades humanas fundamentais.								
		27	Prepara e administra medicamentos, soros, sangue total ou respectivos componentes.								
		28	Colabora na preparação e realização de exames auxiliares de diagnóstico.								
		29	Colabora na realização de colheitas de espécimes para análise								
	30	Colabora na execução de tratamentos									
	31	Participa nas medidas de gestão da dor									
10	32	Utiliza técnica asséptica médica e cirúrgica.									
	33	Utiliza correctamente o material.									
Classificação Parcial	SUB – TOTAL= n.º frequências x valor da nota										
	TOTAL (B) =Sub –Total x 20/Nx5										

Legenda:
 NA – Não aplicável;
 0 – Não tem conhecimento

1- Tem conhecimentos mas não implementa
 2- Competência a emergir
 3- Demonstra competência mas necessita de aperfeiçoamento

4- Competência bem desenvolvida
 5- Competência muito bem desenvolvida (excelência)
 N- Número total de competências aplicáveis

Tabela 4. Grelha de Avaliação do Estágio (cont.)

Nome do Aluno: _____ N.º Mec. _____ Local de Estágio _____

AVALIAÇÃO FINAL			
ÍNDICE	PONDERAÇÃO (A)	CLASSIFICAÇÃO PARCIAL (B)	CLASSIFICAÇÃO PONDERADA (AxB)
Avaliação Supervisor/Tutor	75%		(C)
Avaliação Docente Orientador			
Relatório Crítico-reflexivo	25%		(D)
Classificação Final			(C+D)

O Supervisor/Tutor: _____ O Docente Responsável: _____

Tabela 5. Grelha de Avaliação do Relatório Crítico-reflexivo

Nome do Aluno: _____ N.º Mec _____

ITENS A AVALIAR	COTAÇÃO MÁXIMA	COTAÇÃO OBTIDA
Apresentação	2	
Formatação		
Redacção		
Introdução	3	
Justificação/enquadramento		
Objectivos		
Estrutura		
Desenvolvimento	11	
Descrição das actividades desenvolvidas		
Identificação de novas situações de aprendizagem		
Identificação das dificuldades encontradas		
Reflexão crítica (análise dos resultados)		
Conclusão	3	
Síntese		
Sugestões		
Bibliografia Referências bibliográficas segundo as normas da ESSUA	1	
NOTA FINAL	20 Valores	

O Docente, _____ Data: / /

8. Anexos

Anexo I – Plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Anexo II – Folha de Registo de Presença



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

GUIA ORIENTADOR

ESTÁGIO CLÍNICO VI – ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

4º Ano / 1º Semestre

(referente à disciplina de Ensino Clínico VI)

Ano Lectivo 2005/2006

ÍNDICE

Introdução.....	3
1. Objectivos do Estágio Clínico	4
2. Corpo Docente e Funções.....	6
2.1. Docentes Orientadores.....	6
2.2. Coordenadores dos Locais de Estágio	6
2.3. Orientadores Cooperantes.....	7
2.4. Supervisores Clínicos	8
2.5. Tutores/Monitores	9
3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais.....	9
4. Locais de Estágio.....	9
5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio.....	10
6. Avaliação	10
7. Planificação	11
Tabela 1. Distribuição dos Docentes Orientadores	12
Tabela 2. Distribuição dos Coordenadores Local Estágio, Orientadores Cooperantes, Supervisores e Tutores	13
Tabela 3. Distribuição de Alunos por Local de Estágio	14
Tabela 4. Grelha de Avaliação do Estágio	15
Tabela 5. Grelha de Avaliação do Relatório Crítico-reflexivo.....	17
8. Anexos.....	18
Anexo I – Plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem	18
Anexo II – Folha de Registo de Presença.....	18

Introdução

O presente Guia Orientador reúne o conjunto das informações relativas à organização e realização do estágio clínico (Enfermagem Psiquiátrica), adiante designado por Ensino Clínico VI, é dirigido aos alunos, supervisores clínicos e tutores do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA).

As aprendizagens dos estudantes do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem realizam-se, essencialmente, em contextos de prática clínica, possibilitando a sua integração à vida profissional e abordando-se, de forma global e singular, o indivíduo jovem, adulto, idoso e famílias, em contextos de adaptação/desadaptação à saúde.

É objectivo deste estágio clínico que os alunos desenvolvam competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em contextos institucionais do foro psiquiátrico, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, com problemas relacionados com a saúde mental, e sua família, no seu processo de adaptação à vida.

O Ensino Clínico VI integra a disciplina de Seminário (72 horas) e Prática Clínica (Enfermagem Pediátrica 210 horas e Enfermagem Psiquiátrica 210 horas) com um total de 492 horas.

A estrutura do Guia Orientador compreende: objectivos do estágio, corpo docente, supervisores e tutores, locais de estágio, distribuição dos alunos e docentes pelos respectivos locais, avaliação e considerações gerais.

1. Objectivos do Estágio Clínico

DIMENSÃO DA COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS
COGNITIVA	<p>1. Conhecer a organização dos cuidados de saúde.</p> <p>2. Identificar necessidade de cuidados à pessoa doente/família, de acordo com metodologia científica.</p> <p>3. Integrar conhecimentos, na prática profissional.</p> <p>4. Reflectir sobre a prática dos cuidados prestados.</p>	<p>1.1. Integrar-se na metodologia de trabalho da equipa.</p> <p>2.1. Utilizar metodologia científica do processo de enfermagem:</p> <p>2.1.1. Colheita de dados</p> <p>2.1.2. Análise e interpretação da informação</p> <p>2.1.3. Planeamento de cuidados</p> <p>2.1.4. Execução dos cuidados planeados</p> <p>2.1.5. Avaliação de resultados</p> <p>3.1. Justificar procedimentos, tendo por base conhecimentos científicos.</p> <p>3.2. Demonstrar capacidade para gerir informação.</p> <p>3.3. Adequar os recursos às necessidades identificadas.</p> <p>4.1. Utilizar a reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.</p> <p>4.2. Elaborar relatório reflexivo.</p>
COMUNICACIONAL	<p>5. Comunicar de forma assertiva.</p>	<p>5.1. Desenvolver técnicas comunicacionais verbais e não verbais de acordo com as características da pessoa doente/família e equipa.</p> <p>5.2. Realizar comunicação terapêutica/relação de ajuda com a pessoa doente/família</p> <p>5.3. Registar, de forma sistematizada, a informação.</p> <p>5.4. Comunicar, oralmente, com a equipa sobre as respostas das pessoas doentes/família às situações de adaptação/desadaptação.</p>

ATTUDINAL	<p>6. Desenvolver atitudes de integração na equipa de saúde.</p> <p>7. Desenvolver atitudes profissionais perante a pessoa doente, família, equipa e instituição.</p> <p>8. Participar na avaliação do estágio.</p>	<p>6.1. Cumprir horários.</p> <p>6.2. Participar nas actividades do serviço.</p> <p>6.3. Demonstrar abertura para o trabalho em equipa multidisciplinar.</p> <p>6.4. Demonstrar responsabilidade</p> <p>7.1. Estabelecer relações interpessoais assertivas</p> <p>7.2. Cumprir normas e critérios de actuação do Serviço.</p> <p>7.3. Cumprir normas de Comissão de Controlo de Infecção.</p> <p>7.4. Demonstrar atitudes éticas e deontológicas.</p> <p>8.1. Realizar auto – avaliação crítica e avaliação global do estágio</p>
TÉCNICA	<p>9. Prestar cuidados de enfermagem autónomos, colaborativos ou interdependentes (segundo o Modelo V. Hendersen).</p> <p>10. Desenvolver destreza manual.</p>	<p>9.1. Avaliar o indivíduo jovem, adulto e idoso, e família de forma global e singular.</p> <p>9.2. Promover e/ou satisfazer as necessidades humanas fundamentais.</p> <p>9.3. Preparar e administrar medicamentos, soros, sangue total ou respectivos componentes.</p> <p>9.4. Colaborar na preparação e realização de exames auxiliares de diagnóstico e terapêuticas.</p> <p>10.1. Utilizar técnica asséptica médica e cirúrgica.</p> <p>10.2. Manusear correctamente o material e equipamento de apoio aos cuidados.</p>

2. Corpo Docente e Funções

2.1. Docentes Orientadores

No âmbito das suas funções, compete aos docentes orientadores definirem, em conjunto com os profissionais da prática clínica, as concepções de formação do estágio clínico, isto é, a definição de objectivos, metodologias de ensino – aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes, igualmente, orientar de forma sistemática o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos, bem como, assumirem um papel dinamizador da prática reflexiva, para além de promoverem o debate e a discussão com os profissionais de saúde intervenientes no processo de educação/formação dos alunos.

O docente da ESSUA do curso de licenciatura em Enfermagem responsável pela organização e acompanhamento do estágio clínico VI (Enfermagem Psiquiátrica) é o seguinte:

DOCENTE	CONTACTO	
J P (Responsável pelo Estágio Clínico VI)		
M P		
M M		
C E		

Nota: Os docentes orientadores podem, em situações excepcionais, acumular a função de supervisor

2.2. Coordenadores dos Locais de Estágio

O coordenador do local de estágio é o profissional responsável pela gestão do serviço (enfermeiro chefe, técnico coordenador ou alguém delegado por estes) que participa na organização do estágio clínico conjuntamente com o docente responsável pelo mesmo. São funções do coordenador do local de estágio definir, em conjunto com o docente responsável, a organização dos estágios clínicos no seu local de estágio, bem como coordenar e organizar os mesmos, nomeadamente no que se refere à elaboração de horários compatíveis com os dos profissionais que cooperam no estágio e à distribuição dos utentes pelos alunos. Compete-lhes ainda, estabelecer a articulação entre o local onde decorre o estágio e o docente responsável do mesmo.

O coordenador do local de estágio pode acumular as funções de supervisor clínico.

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	COORDENADOR LOCAL ESTÁGIO
A	1	M P
B	1 2 3	O S
C	1 2 3	M S
D	1	II

2.3. Orientadores Cooperantes

O orientador cooperante é um profissional da prática, que por protocolo estabelecido entre a ESSUA e a Instituição de estágio, se assume, na equipa em que se integra, como elemento supranumerário, com funções de docente orientador de estágio clínico, sendo coordenado pelo docente responsável pelo estágio clínico.

Compete-lhe orientador de forma sistemática o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos, bem como assumirem um papel dinamizador da prática reflexiva, para além de promoverem o debate e a discussão com os profissionais de saúde intervenientes no processo de educação/formação dos alunos.

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	ORIENTADOR COOPERANTE
A	1	M M

2.4. Supervisores Clínicos

Aos supervisores clínicos compete participar, em conjunto com os docentes orientadores, na concepção da formação dos estágios clínicos nomeadamente na definição de objectivos, metodologias de ensino aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes coordenar e organizar os estágios clínicos nos seus locais de trabalho e designar os respectivos tutores/monitores dos alunos em cada local de estágio. Participam, em conjunto com os docentes orientadores na avaliação dos alunos e na atribuição da nota final. Para este ensino clínico, os supervisores clínicos dos Hospitais, são os seguintes:

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	SUPERVISOR CLÍNICO
A	1	J F
B	1	J M M C
	2	
	3	
C	1	C C
	2	D A
	3	R L
D	1	M N

2.5. Tutores/Monitores

Os tutores/monitores têm como competências, orientar e avaliar o processo de aprendizagem dos alunos, informando-os dos seus percursos individuais. Compete-lhes participar, em conjunto com os docentes orientadores e supervisores clínicos na avaliação dos alunos para atribuição da nota final. Devem servir de referência profissional e socializar os alunos para uma filosofia de unidade e de integração numa equipa multiprofissional.

3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais

A realização do Ensino Clínico VI pressupõe a integração dos conhecimentos adquiridos, previamente, durante o Curso de Enfermagem e mais especificamente na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica.

4. Locais de Estágio

Este estágio tem a duração de 210 horas, para cada grupo, decorrendo nos períodos de 12 de Setembro a 4 de Novembro de 2005 e de 3 de Janeiro a 10 de Fevereiro de 2006, respectivamente.

INSTITUIÇÃO	MORADA	CONTACTO
A		
B		
C		
D		

5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio

Os alunos cumprem um horário semanal de 35 horas de acordo com o horário estabelecido em cada instituição.

INSTITUIÇÃO	HORÁRIO	FARDA
A	08H00 - 15H00 14H30 – 22H00	Sim
B		Sim
C		Sim
D	08H00 – 16H00 15H30 – 23H30	Sim

O número de faltas permitido é de 15% do número total de horas programadas para o estágio clínico.

Os alunos da ESSUA têm uma farda constituída por túnica e calças brancas com logótipo da UA, casaco de malha verde e sapatos/socas ortopédicas brancos/pretos.

Os alunos devem manter a *chek list* de procedimentos actualizada, devendo ser validada no final do estágio pelo Supervisor.

6. Avaliação

A avaliação do estágio é da responsabilidade do docente da ESSUA e do supervisor clínico. A nota final é o somatório da avaliação do supervisor/tutor, da avaliação do docente da ESSUA (75%) e avaliação do relatório (25%).

O aluno deve elaborar um relatório para registar o seu progresso durante o período de estágio, bem como a reflexão das suas experiências de aprendizagem. O relatório deverá ter o formato A4, com letra tipo *Times New Roman*, tamanho 12, espaço ente linhas 1,5 e com o número máximo de 4 páginas de corpo de texto, que será entregue no dia 27 de Outubro de 2004 e 2 de Fevereiro de 2005, respectivamente, para o 1º e 2º grupos.

Para a elaboração do relatório seguem-se algumas linhas de orientação:

Apresentação (formatação, redacção)

Introdução

- a) Justificação/enquadramento
- b) Objectivos
- c) Estrutura

Desenvolvimento:

- a) Descrição das actividades desenvolvidas
- b) Identificação de novas situações de aprendizagem
- c) Identificação das dificuldades encontradas
- d) Reflexão crítica (análise dos resultados)

Conclusão

Bibliografia

7. Planificação

No âmbito da planificação deste estágio foram elaborados os seguintes documentos:

Tabela 1. Distribuição dos docentes orientadores

Tabela 2. Distribuição dos coordenadores de local de estágio, orientadores cooperantes, supervisores e tutores

Tabela 3. Distribuição de alunos por local de estágio

Tabela 4. Grelha de avaliação do estágio

Tabela 5. Grelha de avaliação do relatório crítico – reflexivo

Tabela 1. Distribuição dos Docentes Orientadores

INSTITUIÇÃO	DOCENTE
A	J P
B	
C	M P
D	M M

Tabela 2. Distribuição dos Coordenadores Local Estágio, Orientadores Cooperantes, Supervisores e Tutores

INSTITUIÇÃO	CAMPO ESTÁGIO	COORDENADOR LOCAL ESTÁGIO	ORIENTADOR COOPERANTE	SUPERVISOR	TUTOR
A	1	MP	MM	JF	
B	1	OS	Não se aplica		
	2			JM MC	
	3				
C	1	CS	Não se aplica	CC	VF
	2			DA	JM CS
	3			RL	FD
D	1	II	Não se aplica	MN	JO DP CF

Tabela 3. Distribuição de Alunos por Local de Estágio

PERÍODO 12 Set. a 5 Nov. 2005		PERÍODO 3 Jan. a 10 de Fev. 2006	
A		A	
N.º MEC.	1	N.º MEC.	1
	A M		A P
	P A		S P
	T M		L S
	L C		R B
	N S		A C
	J F		L C
B		B	
N.º MEC.	1, 2, 3	N.º MEC.	1, 2, 3
	C A		A R
	V S		C C
	M F		L S
	E F		R T
	M R		M M
C		C	
N.º MEC.	1, 2, 3	N.º MEC.	1, 2, 3
	C C		N P
	S C		M G
	M N		B C
	A C		C S
	S P		N C
D		D	
N.º MEC.	1	N.º MEC.	1
	C M		D A
	N P		J E
	C A		S P
	R P		L M
	A S		C C
	N C		M F

Tabela 4. Grelha de Avaliação do Estágio

Nome do aluno _____ N.º Mec. _____ Local de estágio _____

DIMENSÃO COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS	N	COMPETÊNCIAS	NOTA					RESULTADOS	
				NA	0	1	2	3		4
Cognitiva	1	1	Integra a metodologia de trabalho da equipa.							
	2	2	Colhe os dados correctamente.							
		3	Analisa e interpreta a informação recolhida.							
		4	Planeia as actividades a desenvolver estabelecendo prioridades.							
		5	Executa os cuidados planeados.							
		6	Avalia as actividades desenvolvidas.							
	3	7	Justifica os procedimentos, com base em conhecimentos teóricos.							
		8	Demonstra capacidade de gerir informação.							
		9	Utiliza adequadamente os recursos às necessidades.							
	4	10	Utiliza princípios de reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.							
	5	11	Estabelece relação de ajuda com a pessoa/família.							
		12	Comunica de forma adequada às características da pessoa.							
		13	Regista de forma sistematizada a informação.							
		14	Transmite as informações pertinentes à equipa sobre a pessoa/família.							
Atitudinal	6	15	É pontual e assíduo.							
		16	Participa nas actividades do serviço.							
		17	Demonstra abertura para o trabalho em equipa.							
		18	Demonstra responsabilidade, avaliando as consequências dos seus actos.							
	7	19	Demonstra respeito pela pessoa/família e equipa.							
		20	Respeita as normas e critérios de actuação do serviço.							
		21	Cumprir as normas da Comissão de Controlo de Infecção.							
8	22	Demonstra descrição e sigilo profissional								
Técnica	9	23	Realiza auto-avaliação.							
		24	Avalia o indivíduo jovem, adulto e idoso e família, de forma global e singular.							
		25	Promove a satisfação das necessidades humanas fundamentais.							
		26	Prepara e administra medicamentos, soros, sangue total ou respectivos componentes.							
	10	27	Colabora na preparação e realização de exames auxiliares de diagnóstico.							
		28	Colabora na preparação e realização de terapias.							
		29	Utiliza técnica asséptica médica e cirúrgica.							
		30	Utiliza correctamente o material.							
Classificação Parcial	SUB – TOTAL= n.º frequências x valor da nota									
	TOTAL (B) =Sub –Total x 20/Nx5									

Legenda:

NA – Não aplicável;

0 – Não tem conhecimento

1- Tem conhecimentos mas não implementa

2- Competência a emergir

3- Demonstra competência mas necessita de aperfeiçoamento

4- Competência bem desenvolvida

5- Competência muito bem desenvolvida (excelência)

N– Número total de competências aplicáveis

Tabela 4. Grelha de Avaliação do Estágio (cont.)

Nome do Aluno: _____ N.º Mec. _____ Local de Estágio _____

AVALIAÇÃO FINAL			
ÍNDICE	PONDERAÇÃO (A)	CLASSIFICAÇÃO PARCIAL (B)	CLASSIFICAÇÃO PONDERADA (AxB)
Avaliação Supervisor/Tutor	75%		(C)
Avaliação Docente Orientador			
Relatório Crítico-reflexivo	25%		(D)
Classificação Final			(C+D)

O Supervisor/Tutor: _____ O Docente Responsável: _____

Tabela 5. Grelha de Avaliação do Relatório Crítico-reflexivo

Nome do Aluno: _____ N.º Mec _____

ITENS A AVALIAR	COTAÇÃO MÁXIMA	COTAÇÃO OBTIDA
Apresentação	2	
Formatação		
Redacção		
Introdução	3	
Justificação/enquadramento		
Objectivos		
Estrutura		
Desenvolvimento	11	
Descrição das actividades desenvolvidas		
Identificação de novas situações de aprendizagem		
Identificação das dificuldades encontradas		
Reflexão crítica (análise dos resultados)		
Conclusão	3	
Síntese		
Sugestões		
Bibliografia Referências bibliográficas segundo as normas da ESSUA	1	
NOTA FINAL	20 Valores	

O Docente, _____ Data: / /

8. Anexos

Anexo I – Plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Anexo II – Folha de Registo de Presença



universidade de aveiro

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

GUIA ORIENTADOR

ESTÁGIO CLÍNICO VII

CUIDADOS CONTINUADOS, URGÊNCIA E OPÇÕES

4º Ano / 2º Semestre

(referente à disciplina de Ensino Clínico VII)

Ano Lectivo 2005/2006

ÍNDICE

Introdução.....	3
1. Objectivos do Estágio Clínico	4
1.1. Objectivos dos Estágios Clínicos em Cuidados Continuados, Urgência e Opções em Serviços Hospitalares.....	4
1.2. Objectivos dos Estágios Clínicos de Opção em Cuidados de Saúde Primários	7
2. Corpo Docente e Funções.....	10
2.1. Docentes Orientadores.....	10
2.2. Coordenadores dos Locais de Estágio	10
2.3. Supervisores Clínicos	12
2.4. Tutores/Monitores	13
3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais	13
4. Locais de Estágio.....	13
5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio.....	14
6. Avaliação	15
7. Planificação	16
Tabela 1. Distribuição dos Docentes Orientadores	17
Tabela 2. Distribuição dos Alunos	18
2.1. Distribuição dos Alunos no Módulo de Cuidados Continuados	18
2.2. Distribuição dos Alunos no Módulo de Urgência	19
2.3. Distribuição dos Alunos no Módulo de Opção (Serviços Hospitalares).....	20
2.4. Distribuição dos Alunos no Módulo de Opção (Cuidados de Saúde Primários). 21	
Tabela 3. Distribuição dos Coordenadores de Local de Estágio, Supervisores e Tutores	22
Tabela 4. Grelha de Avaliação Qualitativa Prévia	24
Tabela 5. Grelhas de Avaliação do Estágio	25
5.1. Unidades de Cuidados Continuados	25
5.1. Unidades de Cuidados Continuados (Cont.)	26
5.2. Urgência e Opções em Serviços Hospitalares	27
5.2. Urgência e Opções em Serviços Hospitalares (Cont.).....	29
5.3. Opção em Cuidados de Saúde Primários.....	30
5.3. Cuidados de Saúde Primários (Cont.).....	31
Tabela 6. Grelha de Avaliação do Relatório.....	32
8. Anexos.....	33
Anexo I – Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.....	33
Anexo II – Folha de Registo de Presença.....	33

Introdução

O presente Guia Orientador reúne o conjunto das informações relativas à organização e realização do estágio clínico, adiante designado por Ensino Clínico VII, que decorre no 4º ano, do curso de Licenciatura em Enfermagem. É dirigido aos alunos, coordenadores dos locais de estágio, orientadores cooperantes, supervisores clínicos e tutores do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA).

O Ensino Clínico VII integra três módulos distintos: Cuidados Continuados, Urgência e Opção com a duração de 210h cada.

Os módulos de Cuidados Continuados e Urgência têm carácter obrigatório, enquanto que o módulo opcional, de integração à vida profissional resulta da escolha realizada pelos alunos e será realizado em Unidades de Cirurgia, Cuidados Intensivos, Neurocirurgia e Centros de Saúde. Os estágios decorrem alternadamente em três períodos nas datas, de 13 de Fevereiro a 24 de Março de 2006; de 27 de Março a 19 de Maio de 2006 e de 22 de Maio a 30 de Junho de 2006.

É objectivo deste Ensino Clínico VII os alunos desenvolverem competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em contexto hospitalar, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e sua família, abordando de forma holística e singular a criança e o indivíduo jovem, adulto e idoso, em contextos de saúde e doença.

A estrutura do Guia Orientador compreende: objectivos do estágio, corpo docente, coordenadores dos locais de estágio, supervisores e tutores, locais de estágio, distribuição dos alunos e docentes pelos respectivos locais, avaliação e considerações gerais.

1. Objectivos do Estágio Clínico

1.1. Objectivos dos Estágios Clínicos em Cuidados Continuados, Urgência e Opções em Serviços Hospitalares

DIMENSÃO DA COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS
COGNITIVA	<p>1. Conhecer a organização da prestação dos cuidados de saúde.</p> <p>2. Identificar necessidade de cuidados à pessoa doente/família, de acordo com metodologia científica.</p> <p>3. Integrar conhecimentos, na prática profissional.</p> <p>4. Reflectir sobre a prática dos cuidados prestados.</p>	<p>1.1. Integrar-se na metodologia de trabalho da equipa.</p> <p>2.1. Utilizar metodologia científica do processo de enfermagem:</p> <p>2.1.1. Colheita de dados</p> <p>2.1.2. Análise e interpretação da informação</p> <p>2.1.3. Planeamento de cuidados</p> <p>2.1.4. Execução dos cuidados planeados</p> <p>2.1.5. Avaliação de resultados</p> <p>3.1. Justificar procedimentos e cuidados de saúde tendo por base conhecimentos científicos.</p> <p>3.2. Demonstrar capacidade para gerir informação, aplicando o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.</p> <p>3.3. Adequar os recursos às necessidades identificadas.</p> <p>4.1. Utilizar a reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.</p> <p>4.2. Elaborar relatório reflexivo.</p>
COMUNICACIONAL	<p>5. Comunicar de forma assertiva.</p>	<p>5.1. Desenvolver técnicas comunicacionais verbais e não verbais de acordo com as características da pessoa doente/família e equipa.</p> <p>5.2. Realizar comunicação terapêutica/relação de ajuda com a pessoa doente/família</p> <p>5.3. Apresentar a informação de forma clara, sucinta e sistematizada.</p> <p>5.4. Comunicar, oralmente, com a equipa sobre as respostas das pessoas/família às situações de saúde/doença.</p>

<p style="text-align: center;">ATTUDINAL</p>	<p>6. Desenvolver atitudes de integração na equipa de saúde.</p> <p>7. Desenvolver atitudes profissionais perante a pessoa doente, família, equipa e instituição.</p> <p>8. Participar na avaliação do estágio.</p>	<p>6.1. Cumprir horários e organizar o seu trabalho gerindo eficazmente o tempo.</p> <p>6.2. Participar nas actividades do serviço, estabelecendo e mantendo uma relação de trabalho construtiva com os enfermeiros e equipa multidisciplinar.</p> <p>6.3. Demonstrar responsabilidade, assumindo as acções e juízos profissionais que elabora.</p> <p>7.1. Estabelecer relações interpessoais assertivas</p> <p>7.2. Cumprir normas e critérios de actuação do Serviço, bem como, as normas da Comissão de Controlo de Infecção.</p> <p>7.3. Exercer as suas funções de acordo com o código deontológico profissional.</p> <p>7.4. Garantir a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida no exercício das suas práticas profissionais.</p> <p>7.5. Respeitar o direito das pessoas à privacidade, abordando de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a sua segurança, privacidade ou dignidade.</p> <p>7.6. Respeitar os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.</p> <p>8.1. Realizar auto – avaliação crítica e avaliação global do estágio</p>
---	---	--

TÉCNICA	<p>9. Prestar cuidados de enfermagem autónomos, colaborativos ou interdependentes.</p> <p>10. Desenvolver destreza manual.</p>	<p>9.1. Avaliar o indivíduo jovem, adulto e idoso, de forma holística (exame físico, sinais vitais, estado de consciência e situação familiar/social).</p> <p>9.2. Promover e/ou satisfazer as necessidades humanas fundamentais.</p> <p>9.3. Preparar e administrar medicamentos, soros, sangue total ou respectivos componentes.</p> <p>9.4. Colaborar na preparação e realização de exames auxiliares de diagnóstico e tratamentos.</p> <p>9.5 Colaborar na realização de colheita de espécimes para análises</p> <p>9.6 Participar nas medidas de gestão da dor.</p> <p>10.1. Utilizar técnica asséptica médica e cirúrgica.</p> <p>10.2. Manusear correctamente o material e equipamento de apoio aos cuidados.</p>
----------------	--	--

1.2. Objectivos dos Estágios Clínicos de Opção em Cuidados de Saúde Primários

DIMENSÃO DA COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS
COGNITIVA	<p>1. Conhecer a estrutura orgânica e funcional do Centro de Saúde.</p> <p>2. Identificar necessidades do utente/família/grupo de acordo com metodologia científica de prestação de cuidados.</p> <p>3. Integrar conhecimentos na prática profissional.</p> <p>4. Reflectir sobre a prática dos cuidados prestados.</p>	<p>1.1 Compreender a especificidade do Centro de Saúde: - Caracterização do concelho (diagnóstico da situação, diagnóstico social) - Plano de actividades (Programas de saúde em desenvolvimento, Projectos de trabalho, Parcerias)</p> <p>1.2. Conhecer a organização dos cuidados de saúde: - Integrar-se na metodologia de trabalho da equipa.</p> <p>2.1. Utilizar metodologia científica do processo de enfermagem: 2.1.1. Colheita de dados 2.1.2. Análise e interpretação da informação 2.1.3. Planeamento de cuidados 2.1.4. Execução dos cuidados planeados 2.1.5. Avaliação de resultados</p> <p>3.1. Justificar procedimentos e cuidados de saúde tendo por base conhecimentos científicos.</p> <p>3.2. Demonstrar capacidade para gerir informação, aplicando o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.</p> <p>3.3. Adequar os recursos às necessidades identificadas.</p> <p>4.1. Utilizar a reflexão para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.</p> <p>4.2. Elaborar relatório reflexivo.</p>

COMUNICACIONAL	<p>5. Comunicar de forma assertiva.</p>	<p>5.1. Desenvolver técnicas comunicacionais verbais e não verbais de acordo com as características do utente/família/grupo e equipa.</p> <p>5.2. Realizar comunicação terapêutica/relação de ajuda com a pessoa doente/família</p> <p>5.3. Apresentar a informação de forma clara, sucinta e sistematizada.</p> <p>5.4. Comunicar, oralmente, com a equipa sobre as respostas das pessoas/família às situações de saúde/doença.</p>
ATTUDINAL	<p>6. Desenvolver atitudes de integração na equipa de saúde.</p> <p>7. Desenvolver atitudes profissionais perante o utente/ família/grupo/equipa e instituição.</p> <p>8. Participar na avaliação do estágio.</p>	<p>6.1. Cumprir horários e organizar o seu trabalho gerindo eficazmente o tempo.</p> <p>6.2. Participar nas actividades do serviço, estabelecendo e mantendo uma relação de trabalho construtiva com os enfermeiros e equipa multidisciplinar.</p> <p>6.3. Demonstrar responsabilidade, assumindo as acções e juízos profissionais que elabora.</p> <p>7.1. Estabelecer relação de ajuda com o utente/família/grupo, de forma a potencializar as suas capacidades</p> <p>7.2. Cumprir normas e critérios de actuação do Centro de Saúde.</p> <p>7.3. Exercer as suas funções de acordo com o código deontológico profissional.</p> <p>7.4. Garantir a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida no exercício das suas práticas profissionais.</p> <p>7.5. Respeitar o direito das pessoas à privacidade, abordando de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a sua segurança, privacidade ou dignidade.</p> <p>7.6. Respeitar os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.</p> <p>8.1. Realizar auto – avaliação crítica e avaliação global do estágio.</p>

TÉCNICA	<p>9. Desenvolver intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes.</p> <p>10. Desenvolver destreza manual.</p>	<p>9.1. Utilizar correctamente técnicas e procedimentos relacionados com:</p> <p>9.1.1. Avaliação biopsicosocial do indivíduo ao longo do ciclo vital.</p> <p>9.1.2. Avaliação de sinais vitais.</p> <p>9.1.3. Preparação e administração de medicamentos.</p> <p>9.1.4. Administração de vacinas de acordo com o Plano Nacional de Vacinação em vigor (excepto BCG)</p> <p>9.1.5. Planeamento e execução de visita domiciliária</p> <p>9.1.6. Efectuar avaliação e tratamento a feridas.</p> <p>10.1. Utilizar técnica asséptica.</p> <p>10.2. Cumprir normas de Comissão de Controlo de Infecção.</p> <p>10.3. Manusear correctamente o material e equipamento utilizado.</p>
----------------	--	---

2. Corpo Docente e Funções

2.1. Docentes Orientadores

No âmbito das suas funções, compete aos docentes orientadores definirem, em conjunto com os profissionais da prática clínica, as concepções de formação do estágio clínico, isto é, a definição de objectivos, metodologias de ensino – aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes orientar e avaliar de forma sistemática o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos, bem como assumirem um papel dinamizador da prática reflexiva, para além de promoverem o debate e a discussão com os profissionais de saúde intervenientes no processo de formação dos alunos.

Os docentes da ESSUA do curso de licenciatura em Enfermagem responsáveis pela organização e acompanhamento do estágio clínico VII são os seguintes:

DOCENTE	CONTACTOS	
A G (Responsável pelos módulos de Urgência e Opções)		
A A (Responsável pelo módulo de Cuidados Continuados)		
A P		
A G		
C S		
E F		
C E		

Nota: Os docentes orientadores podem, em situações excepcionais, acumular a função de orientador cooperante/supervisor

2.2. Coordenadores dos Locais de Estágio

O coordenador do local de estágio é o profissional responsável pela gestão do serviço (enfermeiro chefe, técnico coordenador ou alguém delegado por estes) que participa na organização do estágio clínico conjuntamente com o docente responsável pelo mesmo. São funções do coordenador do local de estágio definir, em conjunto com o docente responsável, a organização dos estágios clínicos no seu local de estágio, bem como coordenar e organizar os mesmos, nomeadamente no que se refere à elaboração de horários compatíveis com os dos profissionais que cooperam no estágio e à distribuição dos utentes pelos alunos.

Compete-lhes ainda, estabelecer a articulação entre o local onde decorre o estágio e o docente responsável do mesmo. O coordenador do local de estágio pode acumular as funções de supervisor clínico.

Os coordenadores do local de estágio são os seguintes:

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	COORDENADOR DO LOCAL DE ESTÁGIO
A	1	E T
		J N
	2	M M
	3	M G
B	1	M N
	2	H M
	3	L C
	4	J R
	5	M M
C	1	A P
	2	
D	1	L C
E	1	H F
F	1	A P
G	1	N T
H	1	M R
	2	R C
	3	A P
	4	M C
	5	A S

2.3. Supervisores Clínicos

Aos supervisores clínicos compete participar, em conjunto com os docentes orientadores, na concepção da formação dos estágios clínicos nomeadamente na definição de objectivos, metodologias de ensino aprendizagem, critérios e instrumentos de avaliação. Compete-lhes coordenarem e organizarem os estágios clínicos nos seus locais de trabalho e designarem os respectivos tutores/monitores dos alunos em cada local de estágio. Participam, em conjunto com os docentes orientadores, na avaliação dos alunos e na atribuição da nota final. Para este ensino clínico, os supervisores clínicos dos Hospitais, são os seguintes:

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	SUPERVISORES CLÍNICOS
A	1	M F
	2	Não se aplica
	3	Não se aplica
B	1	L R
	2	S C
	3	V M
	4	A T
	5	A G
C	1	C S
		C O
		F P
		N G
		R S
	2	A L
		C S
D	1	M A
E	1	H F

F	1	A P
G	1	F F
H	1	A D
	2	R C
	3	C C
	4	F S
	5	M F

2.4. Tutores/Monitores

Os tutores/monitores têm como competências, orientar e avaliar o processo de aprendizagem dos alunos, informando-os dos seus percursos individuais. Compete-lhes participar, em conjunto com os docentes orientadores e supervisores clínicos na avaliação dos alunos para atribuição da nota final. Devem servir de referência profissional e socializar os alunos para uma filosofia de unidade e de integração numa equipa multiprofissional.

3. Conhecimentos Teóricos Fundamentais

A realização do Ensino Clínico VII pressupõe a integração dos conhecimentos adquiridos, ao longo do Curso de Enfermagem.

4. Locais de Estágio

Este estágio tem a duração de 630 horas e decorre no período compreendido entre 13 de Fevereiro e 30 de Junho 2006, realizando-se nas seguintes instituições:

INSTITUIÇÃO	MORADA	CONTACTO
A		

B		
C		
D		
E		
F		
G 1		
H 1		
H 2		
H 3		
H 4		
H 5		

5. Requisitos Inerentes aos Locais de Estágio

Os alunos cumprem um horário semanal de 35 horas de acordo com o horário estabelecido em cada instituição. O número de faltas permitido é de 15% do número total de horas programadas para o estágio clínico.

Devem levar o seguinte material: caneta de 4 cores, tesoura de pontas redondas, fita métrica, estetoscópio, bloco de notas e garrote.

O documento para registo de procedimentos (*check list*) deve acompanhar o aluno, ser mantido actualizado e validado no final do estágio pelo supervisor.

Os alunos da ESSUA têm uma farda constituída por túnica e calças brancas com logótipo da UA, casaco de malha verde e sapatos/socas ortopédicos branco(a)s ou preto(a)s.

6. Avaliação

A avaliação do estágio é da responsabilidade do docente da ESSUA e do supervisor clínico. A nota final é o somatório da avaliação do supervisor/tutor avaliação do docente da ESSUA (75%) e avaliação do relatório (25%).

O aluno deve elaborar um relatório no final de cada módulo para registar o seu progresso durante o período de estágio, bem como as suas experiências de desenvolvimento pessoal. Os relatórios deverão ter o formato A4, com letra tipo Times New Roman, tamanho 12, espaçamento 1,5 e com o número máximo de 4 páginas de corpo de texto por relatório, respeitando as margens pré-definidas pelo *Word*.

As entregas dos relatórios devem efectivar-se, respectivamente, para cada um dos módulos a 17 de Março, 12 de Maio e 23 de Junho. Seguem-se algumas linhas de orientação para a elaboração dos relatórios:

Apresentação (formatação, redacção)

Introdução

- a) Justificação/enquadramento
- b) Objectivos do estágio
- c) Estrutura

Desenvolvimento:

- a) Descrição das actividades desenvolvidas
- b) Identificação de novas situações de aprendizagem
- c) Identificação das dificuldades encontradas
- d) Reflexão crítica (análise dos resultados)

Conclusão

Bibliografia

No processo de avaliação, a aplicação da Grelha de Avaliação do Estágio é antecedida de uma Grelha de Avaliação Qualitativa Prévia, a qual enumera os factores de reprovação à disciplina de Ensino Clínico VII e que são os seguintes:

1. Desrespeito pelos direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos através de acções ou omissões praticadas;
2. Revelação, sem a devida autorização, de segredo alheio de que tenha tomado conhecimento ou que lhe tenha sido confiado;
3. Desrespeito pelos deveres gerais comuns aos funcionários e agentes da Administração Pública: dever de isenção; dever de zelo; dever de obediência; dever de lealdade; dever de sigilo; dever de correcção; dever de assiduidade; dever de pontualidade;
4. Obtenção de classificação qualitativa não satisfatória em qualquer dimensão de competência (cognitiva, comunicacional, atitudinal e técnica);
5. A entrega do relatório é obrigatória e a nota do mesmo não pode ser inferior a 6,5 valores na escala de 0 a 20 valores.

7. Planificação

No âmbito da planificação deste estágio foram elaborados os seguintes documentos:

Tabela 1. Distribuição dos docentes orientadores

Tabela 2. Distribuição dos alunos por local de estágio

Tabela 3. Distribuição dos supervisores e coordenadores dos locais de estágio

Tabela 4. Grelha de avaliação qualitativa prévia

Tabela 5. Grelhas de avaliação do estágio

Tabela 6. Grelha de avaliação do relatório

Tabela 1. Distribuição dos Docentes Orientadores

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	DOCENTES ORIENTADORES
A	1	A G
	2	
	3	
B	1	C S
	2	A G
	3	A G
	4	
C	1	C S
	2	A G
D	1	A P
E	1	
F	1	A A
G	1	
H	1	E F
	2	
	3	
	4	
	5	

Tabela 2. Distribuição dos Alunos

2.1. Distribuição dos Alunos no Módulo de Cuidados Continuados

13 de Fevereiro a 24 de Março		27 de Março a 19 de Maio		22 de Maio a 30 de Junho	
D					
	SC		LS		LS
	MF		CC		LC
E					
	JF		PA		FN
	CM		TM		AM
	AR		FF		CC
	CA		NP		AC
F					
	BC		AS		JE
	EF		CC		SP
	MM		SP		NP
	DA		AP		MG
	MR		RB		VS
	CA		NC		RT
	SP		CA		AC
G1					
	RP		CS		NS
	NC		LM		LC

2.2. Distribuição dos Alunos no Módulo de Urgência

13 de Fevereiro a 24 de Março		27 de Março a 19 de Maio		22 de Maio a 30 de Junho	
B					
	LS		FN		BC
	CS		AM		JF
	AP		NS		MM
	RB		LC		DA
	NC		AC		CA
C					
	PA		SP		SC
	TM		NP		CM
	FF		MG		AR
	CC		LC		RP
	LM		AC		NC
A					
	AS		JE		EF
	SP		CC		MR
	CC		VS		CA
	NP		RT		MF
	CA		LS		SP

2.3. Distribuição dos Alunos no Módulo de Opção (Serviços Hospitalares)

13 de Fevereiro a 24 de Março		27 de Março a 19 de Maio		22 de Maio a 30 de Junho	
B					
B 2					
	JE		SC		LS
	FN		BC		PA
	AM		EF		TM
B 3					
	NS		JF		Não tem alunos neste período
	LC				
B 4 E 5					
	SP		MM		CS
			DA		AS
C					
C 2					
	NP		CM		FF
	MG		AR		CC
A					
A 2					
	CC		MR		SP
	VS		CA		CC
	RT				NP
A 3					
	AC		MF		AP
	LS		RP		RB

2.4. Distribuição dos Alunos no Módulo de Opção (Cuidados de Saúde Primários)

13 de Fevereiro a 24 de Março		27 de Março a 19 de Maio		22 de Maio a 30 de Junho	
H 1					
	LC		Não tem alunos		Não tem alunos
H 2					
	AC		SP		Não tem alunos
H 3					
	Não tem alunos		Não tem alunos		LM
H 4					
	Não tem alunos		NC		NC
H 5					
	Não tem alunos		CA		CA

Tabela 3. Distribuição dos Coordenadores de Local de Estágio, Supervisores e Tutores

INSTITUIÇÃO	LOCAL ESTÁGIO	COORDENADOR LOCAL ESTÁGIO	SUPERVISOR	TUTOR
D	1	LC	MA	
E	1	AP	AP	
G	1	NT	FF	
H	1	MR	AD	
	2	RC	RC	
	3	AP	CC	
	4	MC	FS	
	5	AS	MF	
A	1	ET	MF	
		JN		
	2	MM	Não se aplica	
	3	MG	Não se aplica	

B	1	MN	LR	
	2	HM	SC	
	3	LC	VM	
	4	JR	AT	
	5	MM	AG	
C	1	AP	Não se aplica	CS
				CO
				FP
				RS
				NG
	2	AP	CS	
		AL		
F	1	HF	HF	

Tabela 4. Grelha de Avaliação Qualitativa Prévia

São considerados factores de reprovação na disciplina de Ensino Clínico IV as seguintes situações quando ocorrerem em ensino clínico:

1. Desrespeito pelos direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos através de acções ou omissões praticadas;
2. Revelação, sem a devida autorização, de segredo alheio de que tenha tomado conhecimento ou que lhe tenha sido confiado;
3. Desrespeito pelos deveres gerais comuns aos funcionários e agentes da Administração Pública: dever de isenção, dever de zelo; dever de obediência; dever de lealdade; dever de sigilo; dever de correcção; dever de assiduidade; dever de pontualidade;
4. Obtenção de classificação qualitativa não satisfatória em qualquer dimensão de competência (cognitiva, comunicacional, atitudinal e técnica);
5. A entrega do relatório é obrigatória e a nota do mesmo não pode ser inferior a 6,5 numa escala de 0 a 20 valores.

DIMENSÕES COMPETÊNCIA	CONCEITO	NÃO SATISFAZ	SATISFAZ
Cognitiva	Aquisição e desenvolvimento de conhecimentos para a mobilização reflectida de saberes que antecipam e fundamentam a acção.		
Comunicacional	Comportamentos verbais e não verbais que para além de meio de comunicação estabelecem uma interacção que influencia o desempenho profissional.		
Atitudinal	Manifestações de comportamentos coerentes e congruentes para com as pessoas, bem como respeito pelas regras de organização institucional.		
Técnica	Aplicação de conhecimentos científicos no domínio da realização de actividades instrumentais, mobilizando saberes relativos à eficácia e eficiência dos cuidados de saúde.		

Nota: Qualquer factor de exclusão será objecto de relatório fundamentado, elaborado conjuntamente pelo Docente Orientador e pelo Supervisor, e validado pelo Docente Responsável do estágio clínico.

5.1. Unidades de Cuidados Continuados (Cont.)

Nome do Aluno: _____ N.º Mec. _____ Local de Estágio _____

AVALIAÇÃO FINAL			
ÍNDICE	PONDERAÇÃO (A)	CLASSIFICAÇÃO PARCIAL (B)	CLASSIFICAÇÃO PONDERADA (AxB)
Avaliação Orientadores Cooperantes Supervisor/Tutor	75%		(C)
Avaliação Docente Orientador			
Relatório	25%		(D)
Classificação Final			(C+D)

O Orientador Cooperante/Supervisor: _____ O Docente Responsável: _____

Nota: A classificação final é obtida através da média aritmética de todos os indicadores
As notas inferiores a 10 valores devem ser discriminadas na respectiva coluna
10 a 13 (Suficiente) – Demonstra competência mas necessita de aperfeiçoamento
14 a 16 (Bom) – Competência bem desenvolvida

17 e 18 (Muito Bom) – Competência muito bem desenvolvida
19 e 20 – Excelente
N A – Não aplicável

Técnica	9	31	Avalia o indivíduo jovem, adulto e idoso de forma holística (sinais vitais, estado consciência e situação familiar/social).															
		32	Promove a satisfação das necessidades humanas fundamentais.															
		33	Prepara e administra medicamentos, soros, sangue total ou respectivos componentes.															
		34	Colabora na preparação e realização de exames auxiliares de diagnóstico.															
	10	35	Utiliza a técnica asséptica médica e cirúrgica.															
		36	Utiliza correctamente o material.															
			TOTAL = N° Frequências X Valor da nota atribuída / N (número total dos critérios de avaliação)															

Nota: A classificação final é obtida através da média aritmética de todos os indicadores

As notas inferiores a 10 valores devem ser discriminadas na respectiva coluna

10 a 13 (Suficiente) – Demonstra competência mas necessita de aperfeiçoamento

14 a 16 (Bom) – Competência bem desenvolvida

17 e 18 (Muito Bom) – Competência muito bem desenvolvida

19 e 20 – Excelente

N A – Não aplicável

5.2. Urgência e Opções em Serviços Hospitalares (Cont.)

Nome do Aluno: _____ N.º Mec. _____ Local de Estágio _____

AVALIAÇÃO FINAL			
ÍNDICE	PONDERAÇÃO (A)	CLASSIFICAÇÃO PARCIAL (B)	CLASSIFICAÇÃO PONDERADA (AxB)
Avaliação Orientadores Cooperantes Supervisor/Tutor	75%		(C)
Avaliação Docente Orientador			
Relatório	25%		(D)
Classificação Final			(C+D)

O Orientador Cooperante/Supervisor: _____ O Docente Responsável: _____

5.3. Cuidados de Saúde Primários (Cont.)

Nome do Aluno: _____ N.º Mec. _____ Local de Estágio _____

AVALIAÇÃO FINAL			
ÍNDICE	PONDERAÇÃO (A)	CLASSIFICAÇÃO PARCIAL (B)	CLASSIFICAÇÃO PONDERADA (AxB)
Avaliação Orientadores Cooperantes Supervisor/Tutor	75%		(C)
Avaliação Docente Orientador			
Relatório	25%		(D)
Classificação Final			(C+D)

O Orientador Cooperante/Supervisor: _____ O Docente Responsável: _____

Nota: A classificação final é obtida através da média aritmética de todos os indicadores
As notas inferiores a 10 valores devem ser discriminadas na respectiva coluna
10 a 13 (Suficiente) – Demonstra competência mas necessita de aperfeiçoamento
14 a 16 (Bom) – Competência bem desenvolvida

17 e 18 (Muito Bom) – Competência muito bem desenvolvida
19 e 20 – Excelente
N A – Não aplicável

Tabela 6. Grelha de Avaliação do Relatório

Nome do Aluno: _____ N.º Mec. _____

ITENS A AVALIAR	COTAÇÃO MÁXIMA	COTAÇÃO OBTIDA
Apresentação	2	
Formatação		
Redacção		
Introdução	3	
Justificação/enquadramento		
Objectivos		
Estrutura		
Desenvolvimento	11	
Descrição das actividades desenvolvidas		
Identificação de novas situações de aprendizagem		
Identificação das dificuldades encontradas		
Reflexão crítica (análise dos resultados)		
Conclusão	3	
Síntese		
Sugestões		
Bibliografia Referências bibliográficas segundo as normas da ESSUA	1	
NOTA FINAL	20 Valores	

O Docente, _____ Data: / /

8. Anexos

Constitui anexo deste Guia Orientador:

Anexo I – Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Anexo II – Folha de Registo de Presença



Escola Superior Saúde da Universidade de Aveiro

Modelo de Acompanhamento dos Alunos da ESSUA em Estágio Clínico

Conteúdo do Documento

A formação e a orientação clínica dos alunos terão de ser vistas como um projecto conjunto entre a ESSUA e as diversas Instituições de Saúde e de Educação com as quais foram ou estão a ser estabelecidos protocolos de colaboração. Trata-se de um sistema complexo, envolvendo uma grande diversidade de Instituições e múltiplos actores.

Os quase três anos de funcionamento da ESSUA proporcionaram a todos os intervenientes na formação e orientação clínica dos alunos uma experiência muito valiosa, mas também a constatação que há grandes dificuldades de comunicação, muitas vezes provocadas por uma definição deficiente de conceitos e modelos.

Este documento pretende contribuir para uma melhor comunicação entre os intervenientes, apresentando uma síntese de quais as competências que se pretende que os alunos desenvolvam nos seus estágios clínicos, quais as formas de relacionamento institucional, quais os intervenientes e respectivas funções.

Competências a Desenvolver nos Estágios Clínicos

Por competência entende-se a capacidade de utilizar os conhecimentos que permitem agir em situação. Ter competência é, pois, ser capaz de mobilizar os conhecimentos (substantivos, processuais, contextuais) relevantes a cada contexto situacional. Não existindo sem os conhecimentos, as competências são uma mais-valia que acresce a estes. As competências manifestam-se no desempenho competente que revela a capacidade de aceder a conhecimentos e integrá-los numa actuação que envolve também factores afectivos, motivacionais, de atenção e empenhamento e que se traduzem num estilo próprio de ser e de agir.

As competências que se pretende desenvolver nos estágios clínicos consubstanciam a articulação das competências científicas, comunicacionais, afectivas e técnicas

definidas no Programa de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro (ver Anexo I) e que, de seguida, se definem:

- Cognitivas são entendidas como a aquisição de conhecimentos para a mobilização reflectida de saberes que antecipam e fundamentam a acção.
- Comunicacionais são entendidas como comportamentos verbais e não verbais que, para além de meio de comunicação, estabelecem uma interacção que influencia o desempenho profissional.
- Atitudinais são entendidas como manifestações de comportamentos coerentes e congruentes para com a pessoa e os outros.
- Técnicas são definidas como a aplicação de conhecimentos científicos no domínio da realização de tarefas e actividades instrumentais para atingir um objectivo definido previamente, mobilizando saberes relativos à eficácia e eficiência dos cuidados de saúde (Sá-Chaves, 2000:98).

Relacionamento Institucional

A formação e a orientação em estágio clínico só fazem sentido tendo por base uma relação de parceria, onde a *“horizontalidade de relações se institua como forma de estar, de modo a permitir a cada um a participação no âmbito das suas competências e não baseando-se na anulação das competências dos diversos actores destruindo, pela assimetria de relações, a possibilidade de uma cooperação”* (Nóvoa, 1992:30). Só no respeito pelos diferentes saberes, pela abertura à diversidade de concepções, se permite a todos participar sem constrangimentos nos debates, partilhar as suas experiências e colaborar na orientação dos alunos.

O modelo de acompanhamento, orientação de alunos em estágio pode variar entre os dois modelos de acompanhamento/supervisão de alunos em estágio (ver Anexo II) cuja escolha é acordada com as diversas Instituições através do estabelecimento de protocolos, os quais devem regular-se pelos critérios seguintes:

- A especificidade de cada estágio clínico relacionado com os diferentes cursos;
- O estágio de desenvolvimento pré-profissional do aluno (ano do curso);
- As disponibilidades dos docentes da ESSUA.

Intervenientes

O estágio clínico envolve diversos actores, alunos, docentes e profissionais da prática, dos quais, cada um desenvolve, no processo, diferentes papéis de acordo com o modelo de acompanhamento/supervisão de alunos em estágio, interagindo entre si por forma a atingir os objectivos propostos.

A Figura 1 apresenta os elementos que, para além dos alunos, estão presentes nesse processo, designadamente, o Docente Responsável, o Docente Orientador, o Orientador Cooperante, o Coordenador do Local de Estágio, o Supervisor Clínico e o Tutor/Monitor.

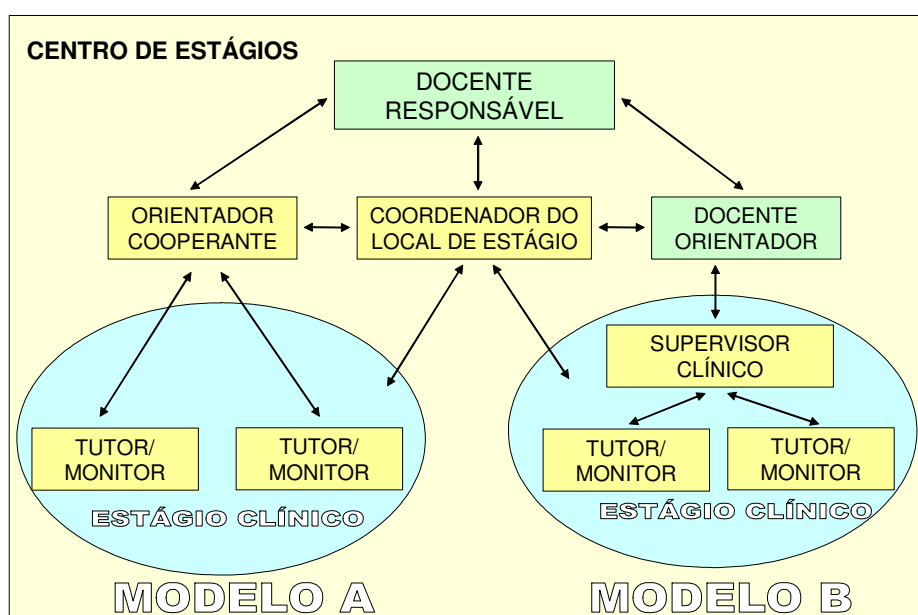


Figura 1 - Contexto do estágio clínico

Neste contexto e de acordo com a filosofia da ESSUA as funções de cada um dos actores estão directamente relacionadas com os papéis que desempenham no processo.

Aluno

O aluno é um sujeito activo, responsável pela sua formação que vai adquirindo autonomia para agir e responder aos desafios e exigências da profissão.

Docente Responsável

O Docente Responsável é nomeado pelos órgãos directivos da ESSUA e coordena os diferentes actores intervenientes no estágio, planeando e avaliando o processo de supervisão em estágio clínico na sua globalidade, em interligação com o Centro de Estágios.

São funções do Docente Responsável:

- Definir, em conjunto com o centro de estágios, os docentes intervenientes no estágio clínico e os profissionais da prática, as concepções de formação do estágio clínico, os objectivos, as metodologias de ensino-aprendizagem, os critérios de avaliação e os instrumentos de avaliação.
- Planear/realizar os *workshops* de preparação do estágio clínico, com os docentes orientadores de estágio, os supervisores clínicos e os alunos, colocando à discussão as concepções de formação do estágio clínico, nomeadamente, objectivos, metodologias de ensino-aprendizagem, critérios de avaliação, instrumentos de avaliação.
- Reunir periodicamente com os docentes que colaboram no estágio clínico para avaliação do decurso do mesmo.
- Assumir a responsabilidade da avaliação do estágio pelos alunos, docentes e profissionais da prática.

O docente responsável por cada estágio clínico, exerce no mesmo as funções de docente orientador de estágio.

Docente Orientador de Estágio

Ao Docente Orientador de Estágio compete a tarefa de garantir uma aprendizagem adequada à gestão do saber, por parte do aluno, de modo a promover o seu desenvolvimento.

Este acompanha um grupo de alunos, no sentido de motivar e incentivar, dialogar, esclarecer e encaminhar para uma meta previamente determinada.

São suas funções:

- Colaborar, com o docente responsável do estágio clínico e os profissionais da prática intervenientes no processo, na definição das concepções de formação do estágio clínico: definição de objectivos, metodologias de ensino-aprendizagem, critérios de avaliação e instrumentos de avaliação.
- Participar no *workshop* de preparação do estágio clínico, colocando à discussão as concepções de formação do estágio clínico, nomeadamente, objectivos, metodologias de ensino-aprendizagem, critérios de avaliação, instrumentos de avaliação.
- Orientar, de forma sistemática, o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos.
- Reunir periodicamente com os profissionais que colaboram no estágio clínico (para avaliação do processo de ensino-aprendizagem);

- Avaliar os alunos, em conjunto com o profissional da prática sendo o responsável pela atribuição da nota final.
- Dinamizar uma prática reflexiva através da discussão da intervenção dos profissionais de saúde em casos clínicos.

Orientador Cooperante

O Orientador Cooperante é um profissional da prática, que por protocolo estabelecido entre a ESSUA e a Instituição de estágio, se assume na equipe em que se integra como elemento supranumerário, com funções de docente orientador de estágio clínico.

Para o exercício pleno das suas funções será necessário que o mesmo faça uma preparação pedagógica na área da supervisão, sendo coordenado pelo docente responsável pelo estágio clínico.

Coordenador do Local de Estágio

O Coordenador do Local de Estágio é o profissional responsável pela gestão do serviço (enfermeiro chefe, técnico coordenador ou alguém delegado por estes) que participa na organização do estágio clínico conjuntamente com o Docente Responsável do mesmo.

São funções do Coordenador do Local de Estágio:

- Definir, em conjunto com o Docente responsável do estágio, a organização dos estágios clínicos no seu local de estágio.
- Coordenar e organizar os estágios clínicos nos seus locais de trabalho nomeadamente no que se refere à elaboração de horários compatíveis dos profissionais que cooperam no estágio e distribuição dos utentes pelos alunos.
- Estabelecer a articulação entre o local onde decorre o estágio e o docente responsável do mesmo.

O Coordenador do Local de Estágio pode acumular as funções de Supervisor Clínico.

Supervisor Clínico

O Supervisor Clínico é o profissional do local onde decorre o estágio clínico que orienta um aluno ou um grupo de alunos na resolução de problemas específicos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional em articulação com os restantes actores envolvidos no processo de orientação.

São funções deste:

- Participar, em conjunto com os docentes, na concepção de formação dos estágios clínicos: definição de objectivos, de metodologias de ensino-aprendizagem, de critérios de avaliação e de instrumentos de avaliação.
- Colaborar com o Coordenador do Local de Estágio na coordenação e organização do estágio clínico no seu local de trabalho.
- Supervisionar o processo de ensino-aprendizagem do aluno em articulação com os Tutores/Monitores.
- Participar na avaliação do aluno, para a atribuição da nota final.

Tutor/Monitor

O Tutor/Monitor é o profissional das Instituições de saúde/educação que acompanha um aluno ou um grupo de alunos na prática clínica.

O Tutor/Monitor tem como funções:

- Facilitar a aprendizagem e servir de referência profissional.
- Orientar os alunos nos estágios clínicos, nomeadamente:
 - incentivar os alunos a identificarem necessidades (do utente, de si próprios e de auto-formação);
 - demonstrar e justificar os procedimentos que realizam;
 - Ajudar a integrar conhecimentos;
 - promover o desenvolvimento de competências dos alunos de forma a identificarem necessidades, a estabelecerem prioridades, a planearem intervenções, a executarem e a avaliarem;
 - promover a sistematização da informação escrita e oral;
 - escutar e encorajar os alunos, estabelecendo uma relação de interajuda;
 - ajudar a desenvolver capacidades através da reflexão sobre as práticas, conhecimentos e tomadas de decisão.
- Avaliar o processo de aprendizagem dos alunos, informando-os dos seus percursos individuais.
- Participar, em conjunto com os Docentes e Supervisores Clínicos na avaliação dos alunos, para a atribuição da nota final.
- Socializar com os alunos para uma filosofia de unidade e de integração numa equipa multiprofissional.

ANEXO I - Competências que o aluno deve desenvolver em contexto de estágio clínico

DIMENSÃO	COMPETÊNCIAS, ATITUDES E CAPACIDADES
Cognitiva	Domínio de conceitos e métodos específicos Estruturação do pensamento Assimilação dos objectivos Utilização adequada das fontes de informação Capacidade de resolução de problemas Integração da teoria na prática Criatividade multidisciplinaridade Capacidade crítica Capacidade de autonomia Motivação para a aprendizagem ao longo da vida Capacidade de gerir informação Capacidade de planificação Adequação dos recursos materiais face às necessidades Capacidade de reflexão sobre a acção
Comunicacional	Competências relacionais Literacia Expressão gráfica Domínio das novas tecnologias de informação e comunicação Competências comportamentais na área da cidadania
Atitudinal	Responsabilidade pessoal e social Avaliação das consequências dos actos Cultura da qualidade Decisão e acção para influenciar mudanças Abertura e disposição para o trabalho em equipe Abertura ao relacionamento multicultural Sensibilidade para a leitura das realidades do meio envolvente (micro, exo e macrosistema) Capacidade de gestão Capacidade de negociação
Técnica	Utilização correcta das técnicas Destreza manual Capacidade da tomada de decisão (identificar situações/problemas, planear/estabelecer prioridades, avaliar)

ANEXO II – Modelos de Acompanhamento dos Alunos em Estágio Clínico

Modelo A

1. O Hospital compromete-se a disponibilizar um profissional, doravante chamado Orientador Cooperante, que fica responsável pelo processo de acompanhamento e orientação, dos alunos durante o estágio clínico.
2. De acordo com os prazos que forem estabelecidos, o Hospital apresentará uma lista de profissionais habilitados profissional e cientificamente, para o acompanhamento de alunos em estágio clínico.
3. A ESSUA, seguindo as orientações e regulamentos da Universidade, escolherá, de entre os profissionais propostos pelo Hospital, aqueles que efectivamente serão Orientadores Cooperantes, devendo, logo que o processo de selecção se encontre concluído, informar disso o Hospital.
4. O Hospital compromete-se a que, o Orientador Cooperante, durante o período em que decorre o estágio clínico, fique integrado na equipe como elemento supranumerário, permitindo assim a sua total disponibilidade para a orientação dos alunos.
5. O Hospital compromete-se a que o Orientador Cooperante participe na ESSUA, em reuniões de preparação dos estágios clínicos e de avaliação, no final dos mesmos.
6. O Orientador Cooperante, poderá ser coadjuvado no serviço, sempre que o número de alunos assim o justifique, por um Supervisor Clínico ou por Tutores/Monitores, que colaborarão no processo de aprendizagem dos alunos.
7. A ESSUA definiu como funções do Orientador Cooperante as seguintes:
 - Colaborar, com o docente responsável do estágio clínico e os profissionais da prática intervenientes no processo, na definição das concepções de formação do estágio clínico: definição de objectivos, metodologias de ensino-aprendizagem, critérios de avaliação, instrumentos de avaliação.
 - Participar no *workshop* de preparação de estágio clínico, com os alunos, colocando à discussão as concepções de formação do estágio clínico: objectivos, metodologias de ensino-aprendizagem, critérios de avaliação, instrumentos de avaliação.
 - Orientar, de forma sistemática, o processo de aprendizagem e avaliação dos alunos.

- Reunir periodicamente com os profissionais que colaboram no estágio clínico (para avaliação do processo de ensino-aprendizagem);
- Avaliar os alunos, em conjunto com o profissional da prática sendo o responsável pela atribuição da nota final.
- Dinamizar uma prática reflexiva através, nomeadamente, da discussão de intervenção dos profissionais de saúde em casos clínicos.

Modelo B

1. O Hospital compromete-se a disponibilizar um profissional da equipa do serviço onde se realiza o estágio clínico, doravante chamado Supervisor Clínico, que colabora no processo de acompanhamento e orientação, dos alunos durante o estágio clínico.
2. De acordo com os prazos estabelecidos que forem estabelecidos, o Hospital apresentará uma lista de profissionais habilitados profissional e cientificamente, para o acompanhamento de alunos em estágio clínico.
3. A ESSUA, seguindo as orientações e regulamentos da Universidade, dará o seu parecer, para a escolha, de entre os profissionais propostos pelo Hospital, daqueles que efectivamente serão Supervisores Clínicos.
4. O Hospital compromete-se a que, o Supervisor Clínico, durante o período em que decorre o estágio clínico, tenha disponibilidade para, em conjunto com o Docente Orientador da ESSUA, colaborar activamente no processo de aprendizagem do aluno.
5. O Hospital compromete-se a que o Supervisor Clínico participe na ESSUA, em reuniões de preparação dos estágios clínicos e no final dos mesmos à sua avaliação.
6. O Supervisor Clínico poderá ser coadjuvado no serviço, sempre que o número de alunos assim o justifique, por Tutores/Monitores, que colaborarão no processo de aprendizagem dos alunos.
7. A ESSUA definiu como funções do Supervisor Clínico as seguintes:
 - Participar, em conjunto com os docentes, na concepção de formação dos estágios clínicos: definição de objectivos, de metodologias de ensino-aprendizagem, de critérios de avaliação, de instrumentos de avaliação.
 - Colaborar com o coordenador do local de estágio na coordenação e organização do estágio clínico no seu local de trabalho.

- Supervisionar o processo de ensino-aprendizagem do aluno em articulação com os Tutores/Monitores.
- Participar na avaliação do aluno, para a atribuição da nota final.

