

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM
Contributo para o Estudo das Necessidades de Formação dos
Supervisores de Ensino Clínico

João José Rolo Longo

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Área de especialização em Pedagogia do Ensino Superior

2005

CE
+ SUP

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



Faculdade de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade de Lisboa
BIBLIOTECA

SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM
Contributo para o Estudo das Necessidades de Formação dos
Supervisores de Ensino Clínico

João José Rolo Longo

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Área de especialização em Pedagogia do Ensino Superior

Dissertação orientada pela Professora Doutora Manuela Esteves

2005

5501

Agradecimentos

Uma dissertação de Mestrado, apesar de ser o resultado de uma actividade essencialmente individual, é sempre, elaborada num determinado contexto e com a ajuda, mais ou menos explícita, de outras pessoas. A todas essas pessoas que nos fizeram acreditar neste trabalho, queremos de forma sincera, exprimir o nosso bem-haja.

À Sr^a. Professora Doutora Manuela Esteves, por todos os momentos que nos concedeu, pelo seu saber e rigor na orientação deste trabalho, pelas sugestões e muitas vezes induções encobertas, que despertaram questões e a procura de um resultado, sempre melhorado. Foi a crítica construtiva que marcou, muitas vezes, a evolução positiva deste esforço.

À Sr^a. Professora Doutora Ângela Rodrigues, pela maneira empenhada com que nos guiou ao longo dos seminários. Pelo incitamento e análises enriquecedoras, elucidações e aclaração de ideias. Sempre oportunas e pertinentes, facilitaram a transposição de algumas trincheiras com que nos deparámos.

À Helena Olhicas, à Anália, à Cláudia e ao Paulo Seca, companheiros de Mestrado, obrigado pela partilha, pela cumplicidade, ou simplesmente pela vossa presença indiscutivelmente necessária! Obrigado Amigos...

Aos Enfermeiros, colegas e companheiros de tantas horas partilhadas e à Chefia do Serviço da Instituição onde realizámos este estudo, pelo incentivo e pela inestimável colaboração, sem a qual não teria sido possível a sua concretização.

Aos meus amigos, que são meus pela partilha e presença que têm na minha vida, e incondicional confiança nas minhas capacidades, sempre superadas pelo seu incentivo, mesmo que seja contido, mas imutável.

À minha Família, pilar perene, a quem tantas horas subtraí... Sem expressões assaz claras e objectivas, quando um obrigado é pouco...

Resumo

O presente estudo incide na área da Supervisão Clínica na formação inicial em enfermagem e o seu objecto de investigação são as representações dos enfermeiros das Instituições de Saúde sobre a supervisão em ensino clínico.

Por considerarmos que a participação na actividade supervisiva exige o desenvolvimento de saberes e de competências adquiridas por via da formação, este trabalho teve como finalidade identificar necessidades de formação, operacionalizadas como a expressão de preocupações, dificuldades, expectativas e desejos manifestados pelos supervisores em exercício.

O quadro conceptual engloba uma revisão da literatura sobre conceitos como, necessidade, análise de necessidades, concepções de supervisão, supervisão e parcerias, papel e funções do supervisor e ainda as competências supervisivas e a formação dos supervisores.

Desenvolvemos um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, com um grupo de 11 sujeitos, enfermeiros supervisores de uma unidade hospitalar de Lisboa.

Para a recolha de dados recorremos à entrevista semi-directiva.

Os resultados obtidos permitem-nos constatar que os supervisores gostam de exercer a função supervisiva considerando-se modelos profissionais cujo papel é avaliar mas simultaneamente facilitar a aprendizagem, transmitir conhecimentos técnicos, científicos e também pedagógicos. Em termos relacionais, valorizaram múltiplos papéis tais como: colega, amigo, confidente, conselheiro...

As competências mais valorizadas foram as competências técnicas, expressas sob formas como "*ter domínio das práticas*" e "*ter experiência clínica*". Seguidamente foram valorizadas as competências pessoais, relacionais e comunicacionais e, só por último, as cognitivas.

As grandes dificuldades experimentadas relacionam-se por um lado, com a falta de interacção e de apoio por parte das Escolas Superiores de Enfermagem, por outro, com o sentimento de impreparação para a função manifestado por: dificuldades relacionadas com a avaliação dos estudantes, dificuldades relativas ao contexto, dificuldades na conciliação das funções supervisiva e de enfermeiro e ainda dificuldades relacionais supervisor/estudante.

As expectativas de mudança traduzem-se em obter mais conhecimentos, melhorar o desempenho e obter segurança e correcção nas práticas.

Relativamente ao dispositivo organizacional desejado, apesar de alguma indefinição, parece emergir do discurso dos entrevistados, a vontade de que seja efectuado em parceria num clima de co-responsabilização e complementaridade, utilizando estratégias reflexivas e diversificadas, abordando domínios como a psicologia, a pedagogia, o planeamento, execução e avaliação do processo de ensino aprendizagem e também áreas específicas da enfermagem.

No que respeita às características desejáveis no formador são valorizados genericamente o saber, o saber-fazer e o saber-ser/estar.

Palavras Chave: Supervisão clínica, ensino clínico em enfermagem, necessidades de formação, supervisores de ensino clínico.

Abstract

The present study focuses on the field of Clinical Supervision of initial training in nursing and its object of investigation is the health centre nurses' concepts of supervision in clinical education. Since we consider that participation in supervision demands the development of know-how and acquired abilities through training, the objective of this work is to identify training needs, ascertained through the practising supervisors' expressed concerns, difficulties, expectations and desires.

The conceptual picture encompasses a literature review of concepts such as, necessities, conceptions of supervision, supervision and partnerships, supervisor's role, supervision relationship and also the supervisors' training and skills.

We develop a descriptive-explorative study, of a qualitative nature, with a group of eleven individuals, supervisory nurses, from a Lisbon hospital unit. For the data retrieval we resorted to a semi-directed interview. The obtained results allow us to verify that the supervisors like to exercise the supervision function, considering themselves professional role models whose role is to evaluate but simultaneously facilitate learning and transmit technical, scientific and pedagogical knowledge. Regarding relationships, they value multiple roles, such as: colleague, friend, confidant and adviser...

The most valued abilities are technical skills, expressed in the form of "*having command over the practices*" and "*having clinical experience*". Next, are valued personal, interpersonal and communicatory skills and lastly are cognitive abilities valued.

The major difficulties encountered relate, on the one hand, to the lack of interaction and support from the Superior Schools of Nursing and, on the other, to the feeling of unpreparedness for the function manifested by the following problem areas: the evaluation of the students, local resources, reconciling the roles of nurse and supervisor and also the relationships between supervisor and student.

The expectations for change are expressed as the wish of obtaining more knowledge, improving performance and attaining safer and more correct practices. Regarding the desired organizational structure, although not clearly defined, the desire seems to emerge from the interviewees' discourse that it is effected in partnership, in a climate of co-responsibility and reciprocity, using reflexive and diversified strategies, approaching fields such as psychology, pedagogy, planning, execution and evaluation of the teaching-learning process and also specific areas of nursing. Concerning the desired characteristics of the tutor, knowledge, know-how and knowing how to be and how to behave are generally valued.

Key Words: Clinical supervision, clinical education in nursing, training needs, supervisors of clinical education.

ÍNDICE

	Pág.
Introdução Geral	14
Parte I - Enquadramento Teórico e Conceptual do Estudo	
<i>Capítulo I - A Análise de Necessidades de Formação dos Supervisores de Ensino Clínicos em Enfermagem</i>	22
1. Introdução	23
2. Clarificação de Conceitos	25
2.1. Conceito de "Necessidade"	25
2.2. Conceito de "Análise de Necessidades"	29
<i>Capítulo II - A Problemática da Supervisão em Situações de Formação Inicial</i>	39
1. Introdução	40
2. Concepções de Supervisão	45
2.1. Supervisão e Parcerias	55
2.2. A Supervisão como Processo de Desenvolvimento, Ensino-aprendizagem e de Cuidar	62
3. Papel e Funções do Supervisor	67
4. A Relação Supervisiva	76
5. As Competências Supervisivas na Construção do Saber	86
5.1. Competências Técnico-Científicas	88
5.2. Competências Relacionais	90
5.3. Competências Estratégicas	94

	Pág.
5.4. Competências Avaliativas	97
6. A Formação dos Supervisores	106
Parte II - Trabalho Empírico	
<i>Capítulo I – Enquadramento Metodológico</i>	113
1. Da Problemática aos Objectivos do Estudo	114
2. Fundamentação das Opções Metodológicas	119
2.1. Natureza Geral do Estudo	119
2.2. Opção pelo Estudo de Caso	125
3. Processo e Instrumento de Recolha de Dados: a entrevista	130
4. Processo de Tratamento de Dados: A análise de Conteúdo	136
5. Caracterização dos Sujeitos	143
<i>Capítulo II – Apresentação, Análise e Interpretação dos Dados</i>	150
1. Posicionamento dos Entrevistados face à profissão	154
1.1. Motivações Intrínsecas para a Escolha da profissão	154
1.2. Motivações Extrínsecas para a Escolha da Profissão	157
1.3. Atitudes face à profissão	159
2. Concepções Acerca do Trabalho do Supervisor	163
2.1. Papéis e Funções do Supervisor	163
2.2. Competências Requeridas para Ser Supervisor	178
3. Aspectos Satisfatórios do Desempenho da Função Supervisiva	186
3.1. Gosto pessoal pela função	186

	Pág.
3.2. Contributo para a Formação de Outros	188
3.3. Contributo para a Auto-Formação	190
3.4. Condições de Trabalho Favoráveis	193
4. Dificuldades percebidas pelos supervisores relativamente à função Supervisiva	197
4.1. Dificuldades e Problemas experimentados na prática supervisiva	197
4.1.1. Dificuldades de Relação com a Escola Superior de Enfermagem e Respectivos Docentes	199
4.1.2. Dificuldades Relacionadas com a Avaliação	207
4.1.3. Dificuldades com o Contexto	211
4.1.4. Dificuldades na Conciliação das Funções de Supervisor e de Enfermeiro(a)	213
4.1.5. Dificuldades Relacionais Supervisor/Estudante	215
4.2. Razões Explicativas das Dificuldades	217
4.2.1. Déficit de preparação para exercer o papel de supervisor	218
4.2.2. Dificuldade na Separação de Papéis	220
4.2.3. Deficit de Conhecimento Acerca do Percorso Académico dos Estudantes	221
4.2.4. Déficit de Conhecimento Acerca dos Estudantes	221
4.2.5. Critérios de Racionalidade Económica/Rentabilização de Recursos	222
5. Opiniões sobre a Formação Obtida	228
6. Expectativas Quanto à Formação Desejada	233
6.1. Finalidades Desejadas	234

	Pág.
6.2. Dispositivo Organizacional desejado	238
6.3. Conteúdos Desejados	243
6.4. Formadores Desejados	245
Conclusões Gerais	252
Bibliografia	265
Anexos	288
Anexo I - Guião das entrevistas	289
Anexo II - Pedido de autorização para a recolha de dados na Instituição	290
Anexo III - Ficha biográfica dos entrevistados	291
Anexo IV - Resultado da análise de conteúdo das entrevistas	292

Índice de Figuras, Gráficos, Tabelas e Quadros

	Pág.
1. Índice de Figuras	
➤ Figura 1 - <i>Continuum</i> do poder para tomar a iniciativa de determinar as necessidades de formação e para definir o referencial	34
➤ Figura 2 - <i>Continuum</i> do grau de definição do referencial de formação	35
➤ Figura 3 - <i>Continuum</i> da explicitação/negociação do referencial da formação	35
➤ Figura 4 - Continuum dos produtos em que se traduz a análise de necessidades de formação	36
➤ Figura 5 - Supervisão, desenvolvimento, aprendizagem e cuidar	66
➤ Figura 6 - Domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais	90
➤ Figura 7 - Estilos de supervisão, segundo Glickman (1985)	92
➤ Figura 8 - Ciclo Reflexivo de Gibbs	96
➤ Figura 9 - Sequência do processo ensino-aprendizagem ou acção de Formação	99
➤ Figura 10 - Processo de planificação do ensino-aprendizagem (Rosales, 1992)	102
➤ Figura 11 - Conceptualização do estudo de caso, segundo Yin (2001)	129
2. Índice de Gráficos	
➤ Gráfico 1 - Distribuição dos supervisores, segundo o sexo	145
➤ Gráfico 2 - Distribuição dos supervisores, segundo a idade	146
➤ Gráfico 3 - Distribuição dos supervisores, segundo a formação profissional	146
➤ Gráfico 4 - Distribuição dos supervisores, segundo os cursos de Formação frequentados	147

3. Índice de Tabelas

	Pág.
➤ Tabela 1 – Distribuição dos supervisores, segundo o tempo de serviço na profissão	147
➤ Tabela 2 – Distribuição dos supervisores, segundo o tempo de serviço na Instituição	148
➤ Tabela 3 – Distribuição dos supervisores, segundo o número de anos de exercício supervensivo	148

4. Índice de Quadros

➤ Quadro 1 – Funções da avaliação, segundo Hadji (1994)	101
➤ Quadro 2 – Blocos temáticos da entrevista – Descritores	133
➤ Quadro 3 – Grelha de análise das categorias, subcategorias e Indicadores emergentes das entrevistas aos supervisores	142
➤ Quadro 4 – Temas e categorias emergentes das entrevistas aos supervisores clínicos	152
➤ Quadro 5 – Motivações intrínsecas na escolha da profissão	155
➤ Quadro 6 – Motivações extrínsecas na escolha da profissão	157
➤ Quadro 7 – Atitude face à profissão	160
➤ Quadro 8 – Papéis e funções do supervisor	165
➤ Quadro 9 – Competências requeridas para ser supervisor	180
➤ Quadro 10 – Gosto pessoal pela função	187
➤ Quadro 11 – Contributo para a formação de outros	188
➤ Quadro 12 – Contributo para a auto-formação	190
➤ Quadro 13 – Condições de trabalho favoráveis	193
➤ Quadro 14 – Dificuldades e problemas experimentados na prática supervensiva	198
➤ Quadro 15 – Razões explicativas das dificuldades	218

➤ Quadro 16 - Agentes e modalidades de formação obtida	229
➤ Quadro 17 - Finalidades desejadas	235
➤ Quadro 18 - Dispositivo organizacional desejado	239
➤ Quadro 19 - Conteúdos desejados	243
➤ Quadro 20 - Formadores desejados	246

“É necessário voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples, perguntas que, como Einstein costumava dizer, só uma criança pode fazer mas que, depois de feitas, são capazes de trazer uma luz nova à nossa perplexidade.”

Boaventura de Sousa Santos (2003:6)

Introdução Geral

Neste princípio de século e de milénio, vários acontecimentos de transcendência histórica estão a transformar a paisagem social da vida humana. Que o mundo está em transformação constante, não é novidade. A História está aí para testemunhá-lo. A única novidade actualmente é a aceleração do ritmo dessas transformações. Vivemos a chamada “Era da Globalização” em que os desafios impostos à sociedade em geral, não cessam de aumentar, não constituindo o ensino superior e conseqüentemente o da enfermagem, excepção.

A educação, enquanto expressão social organizada dos sistemas que produzem conhecimento e informação, tem um papel relevante na transformação da sociedade (Morrow & Torres, 1997; Tedesco, 1999; Teodoro, 1994). À educação cabe, no momento actual, uma orientação, não por valores clássicos de tipo transmissivo, mas inspirada no ideal humanista, fornecer “(...) de algum modo, a cartografia dum mundo complexo constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permita navegar através dele” (Delors et al, 1996:77). De acordo com o relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (1996), os sistemas educativos devem alicerçar-se em torno de quatro pilares fundamentais: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver em conjunto e aprender a ser.

Os anos 80 tornaram-se cenário de uma série de acontecimentos conducentes à reforma do ensino em geral e, conseqüentemente, à do ensino de enfermagem. A emergência da prioridade educativa surgiu como uma das respostas ao desafio da integração de Portugal na Comunidade Europeia. A reforma educativa foi encarada como um elemento-chave para que o país modernizasse as suas estruturas económicas, sociais e educativas (Teodoro, 1994). Através do princípio de livre circulação de pessoas e bens, este “motor exógeno” do desenvolvimento do país (Petrella, 1990) criou condições para a elevação da

formação e a qualificação dos recursos humanos pela conformidade do sistema educativo às necessidades de modernização da economia (Teodoro, 1999).

Neste contexto de complexidade, de mudança e de exigências múltiplas, a generalidade das profissões viu-se confrontada com a necessidade de responder às necessidades sociais emergentes. Também, neste aspecto, a enfermagem não constituiu excepção.

Sem querermos fazer uma retrospectiva histórica da enfermagem em Portugal, nos anos 70, que não vão assim tão longínquos, discutia-se se a enfermagem seria ou não uma profissão ou se pelo contrário ela não seria apenas um ofício. Foi com “um passo de gigante” que, em 1988, o ensino de enfermagem foi integrado no ensino superior politécnico, conferindo uma formação ao nível do bacharelato e, uma década depois, ao nível de licenciatura.

A necessidade de aquisição de uma formação de nível superior exigiu ao ensino de enfermagem a consagração das finalidades deste ensino de *“estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo”* (Lei nº 46, de 14 de Outubro de 1986, artigo 11º). A aprendizagem de cariz emancipatório aparece então como um dos objectivos centrais da reforma educativa. A formação passa a assentar numa nova concepção de estudante, enquanto sujeito e actor.

A enfermagem, tal como ela é concebida actualmente, tem como objectivo promover a saúde, prevenir a doença e cuidar dos utentes. Deste modo, a enfermagem exige do enfermeiro sólidos conhecimentos científicos e técnicos para atender às necessidades básicas do indivíduo, família e/ou comunidade. É neste contexto que Roach (1991 *apud* Guerra, 2002:47) afirma que: *“(...) a enfermagem (...), nasceu para cuidar e profissionalizou-se a cuidar (...)”*.

Nesta linha, Carvalho (1996:26) citando Adelaide Nutting refere que “(...) devemos compreender e reafirmar que a enfermagem é uma das artes mais difíceis. (...) A compaixão pode ser o motivo, mas o conhecimento é a nossa única força de trabalho (...)”. Ainda segundo o mesmo autor (p.26), “(...) a ciência de enfermagem é um produto emergente, é uma novidade. A inevitabilidade do seu desenvolvimento faz parte do imenso compromisso que a enfermagem tem para com a saúde e o bem-estar (...)”, daqueles a quem se prestam cuidados. Assim, a enfermagem tem vindo a emergir, de forma a adoptar uma postura cada vez mais científica e menos artesanal.

A formação em enfermagem, desde sempre, teve uma forte ligação ao contexto de trabalho, dado o carácter prático do exercício da profissão. Assim, os ensinamentos clínicos constituem-se como percursos formativos insubstituíveis, quer na mobilização e integração de conhecimentos, acompanhados desejavelmente da reflexão *para, na e sobre* a prática, quer na aquisição de saberes práticos e processuais para a adequação ao mundo do trabalho e, ainda, para uma definição e construção de uma consciência e identidade dos estudantes como futuros profissionais (Abreu, 2003). A aprendizagem experiencial tem lugar pela interacção entre o indivíduo e a situação – *só se aprende a cuidar, cuidando* - o que faz apreender e/ou compreender a experiência, resultando em conhecimentos seja de natureza mais intuitiva, seja de natureza mais reflectida e distanciada, conhecimentos esses “(...) válidos, relevantes e complementares para a compreensão dos complexos processos em que intervém a dimensão humana, como(...)” o Cuidar, Alarcão (2002:227).

Potenciar a aprendizagem e promover o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante, passa por o supervisor desenvolver estratégias e processos de orientação/supervisão, ajuda e acompanhamento das práticas clínicas, capazes de estimular a reflexão e dissipar sentimentos de medo, ansiedade e insegurança associados a uma nova realidade onde *gente cuida de gente*. Deste modo, utilizando a linguagem tão própria e característica da enfermagem,

podemos afirmar que também o processo supervisivo é, *per si*, um processo cuidativo, que segundo Hesbeen (2000:37), “(...) é uma arte, é a arte do terapeuta, daquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”.

Nos últimos anos, devido à massificação do ensino e à expansão da oferta de novas licenciaturas em enfermagem, verifica-se ser prática efectiva e comum à generalidade das Escolas que durante os ensinamentos clínicos, após o primeiro ano, a supervisão dos estudantes seja efectuada por enfermeiros das instituições de saúde, contrariamente a um passado recente, em que esta incumbência era da exclusiva responsabilidade dos docentes da escola de formação inicial.

No processo de ensino-aprendizagem supervisionar deve ser uma acção educativa adequada ao desenvolvimento do estudante, criando-lhe condições, entre outras coisas, para que ele “ponha a render” as potencialidades que o irão capacitar no futuro a ser um profissional competente. A didáctica dos cuidados de enfermagem tem um papel fundamental no processo de ensino-aprendizagem se se pretender transformar as instituições de saúde em “*espaços aprendentes e ensinantes*” (aquando dos ensinamentos clínicos), pelo que os estudantes necessitam de supervisores comprometidos com o Cuidar, onde os papéis que lhes estão inerentes serão o de (re)centrar o processo ensino-aprendizagem no estudante de forma a que este tenha uma atitude cuidativa e sinta prazer em aprender.

Supervisionar implica ter conhecimentos dos elementos intervenientes no processo, compreender o estudante nos seus diferentes estádios de desenvolvimento, as tarefas que se tem que realizar e o clima afectivo onde o acto se desenrola (Alarcão, 2003). Contudo, existe um número expressivo de enfermeiros marcadamente sem formação pedagógica: a grande maioria dos profissionais nas respectivas áreas de intervenção, exerce a supervisão mantendo como referência o modelo dos professores que tiveram

(enfermeiros/supervisores e/ou professores de enfermagem); os seus saberes específicos resumem-se basicamente às referências que ao longo da sua trajectória como alunos e, posteriormente, como profissionais construíram sobre o que é ser supervisor de ensino clínico.

Assim, as estratégias e modalidades de formação, que de algum modo, ainda hoje continuam a influenciar a formação em enfermagem, são tributárias de uma concepção positivista e arraigadas ao modelo biomédico que encara a relação entre acção e teoria, como uma relação de mera aplicação, (Rebelo, 1996; Canário, 1997).

Todavia, as novas competências profissionais que emergem do facto da enfermagem ter passado em duas décadas dum formação de nível médio a uma formação superior, exigem a procura de referências que possam nortear os processos formativos dos enfermeiros, quer sejam eles docentes ou supervisores no sentido de se tornem profissionais capazes *“(...) de reflectir e de questionar as finalidades e conteúdos do ensino, capazes de questionar as suas práticas e de, a partir delas, produzir novos conhecimentos, contribuindo tanto para a renovação do conhecimento pedagógico como do próprio ensino, na tentativa de permanentemente o adequar às necessidades dos alunos na época de transição em que vivemos”* (Fernandes, 2000:44).

Conscientes de que os supervisores de ensino clínico têm uma grande responsabilidade pedagógica e social, a problemática deste estudo emerge da prática clínica e tem a sua génese nas dificuldades percebidas (em algumas situações, vividas ou sentidas...), ao longo da nossa trajectória profissional, relativamente ao modo como os supervisores/orientadores exercem a função supervisiva, uma vez que não existe formação em supervisão das práticas clínicas em enfermagem e os profissionais foram formados para ser enfermeiros e não para serem supervisores. Assim, com este estudo pretendemos obter elementos que nos ajudem a compreender as representações dos supervisores

de ensino clínico acerca das suas necessidades de formação, tal como estas foram percebidas e expressas pelos mesmos sob a forma de preocupações, desejos, carências e problemas sentidos ou percebidos.

Ponderar sobre esta realidade conduziu-nos à questão central que norteia esta investigação: “*Que necessidades de formação sentem os Supervisores no Ensino Clínico em Enfermagem ?*”

Sendo esta a questão central que colocámos à partida, configura-se uma problemática de natureza teórica, delimitando um objecto de estudo, inserido no cruzamento de dois domínios, o do saber e o do saber-fazer, definindo um campo de investigação associado à intervenção – o da compreensão do fenómeno “*necessidades de formação*” na sua articulação com o fenómeno “*formação em contextos clínicos*”. Isto significa, reconhecer que as necessidades de formação têm “*identidade ecológica*”, isto é, não podem ser apreendidas senão num determinado contexto, do qual fazem parte quer, por aquele que as percebe, quer por aquele que as observa, recolhe e analisa, (Morin, 1987 *apud* Rodrigues, 1991:7).

O presente estudo insere-se, assim, no âmbito da investigação qualitativa, uma vez que visou perceber o modo como os sujeitos interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem (Bogdan e Biklen, 1994). Utilizámos a metodologia do estudo de caso, uma vez que esta é especialmente adequada quando o foco do estudo é um fenómeno que se passa num contexto real (Yin, 2001). A fim de tentarmos compreender o significado que os supervisores atribuem às preocupações e dificuldades percebidas/sentidas no seu quotidiano, optámos por os entrevistar.

A nossa dissertação encontra-se organizada em duas partes. Na primeira, foi efectuada uma revisão bibliográfica que compreende dois capítulos que nos

proporcionaram uma panorâmica sobre alguns pressupostos teóricos que facilitam a compreensão da problemática em análise. Assim, no capítulo I são abordados os conceitos de “necessidade” e de “análise de necessidades”. No capítulo II, referimo-nos às concepções de supervisão, ao papel e funções do supervisor, à relação supervisiva, às competências supervisivas e à formação dos supervisores. Na segunda parte apresentaremos o trabalho empírico, que compreende dois capítulos. O capítulo I contempla o enquadramento metodológico, o qual compreende a problemática e objetivos do estudo, a fundamentação das opções metodológicas, o processo e instrumento de recolha de dados, o processo de tratamento dos mesmos e ainda a caracterização dos sujeitos. No capítulo II procedemos à apresentação, análise e interpretação dos dados. A finalizar este estudo, apresentamos as conclusões gerais, onde incluímos algumas limitações do trabalho realizado e sugestões para trabalhos futuros.

Pensamos que a profissão de enfermagem se encontra em busca da sua identidade como ciência e como disciplina e conseqüentemente da delimitação de acontecimentos e competências próprias. Torna-se assim necessário reflectir sobre a formação e sobre a própria prática, “relendo-as”.

Assim sendo, esperamos que, de algum modo, esta investigação constitua um subsídio para a reflexão acerca da formação dos supervisores de ensino clínico, no intuito último de obtermos melhores profissionais no futuro e, conseqüentemente, contribuirmos para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, daqueles que nos dão razão de existência: *Os utentes*.

PARTE I

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO E
CONCEPTUAL DO ESTUDO**

**CAPÍTULO I – A ANÁLISE DE NECESSIDADES
DOS SUPERVISORES DE ENSINO
CLÍNICO EM ENFERMAGEM**

1. Introdução

A análise das necessidades de formação profissional, como área de pesquisa, fez o seu aparecimento no final dos anos 60. Desde então, vem sendo utilizada como um instrumento fundamental no planeamento e tomada de decisão na área educativa. Isto obedece a uma preocupação com a racionalização dos processos formativos e os desejos de conseguir planos mais estruturados e eficazes que respondam adequadamente às exigências sociais, na intenção de encontrar procedimentos mais eficientes na formação (Rodrigues e Esteves, 1993).

Pela revisão bibliográfica efectuada, consideramos que a literatura que nos dá conta desta prática não é muito abundante. Em particular, relativamente à análise de necessidades de formação dos enfermeiros e mais concretamente, dos supervisores em contexto clínico, temos apenas conhecimento da existência de uma única investigação, desenvolvida em contexto de Mestrado na nossa própria faculdade, (Gonçalves, 2004). Relativamente à análise de necessidades de formação dos professores, embora a literatura disponível também seja parca, encontramos alguns estudos de autores nacionais (Esteves 1991; Rodrigues, 1991, 1999; Esteves e Rodrigues, 1993; Oliveira, 1997; Leite, 1997; Silva, 2000), e também algumas publicações de autores estrangeiros (Bradshaw, 1972; Kauffman, 1973; Barbier e Lesne, 1976; D'Hainaut, 1979; Lafon, 1979; Stufflebeam, 1985; Suarez, 1985; Barbier, 1986; Zabalza, 1994; Garcia, 1992).

Alguns dos estudos mais recentes sobre as actividades dos professores como profissionais (Nóvoa, 1992; Furió, 1994; Pórlan, 1998; Perrenoud, 2001), mostram a importância, (à semelhança do que se passa com os enfermeiros), da prática como ponto de partida, de chegada e de transformação da actividade profissional. É, portanto, nesta prática, que são reveladas as necessidades formativas como necessidades sócio-históricamente determinadas, contextualizadas, que se dão numa dialéctica negociativa entre as ofertas de

formação, as exigências institucionais e as expectativas dos formandos. Deste modo, uma vez diagnosticados os problemas pelos professores, a respeito da sua prática profissional e/ou supervisiva, podem ser simultaneamente diagnosticadas as necessidades que devem ser objecto da formação. A análise de necessidades afirma-se assim como um instrumento fundamental no quadro da planificação e da tomada de decisão na área educativa (McKillip, 1987; Stufflebeam, 1985 *apud* Rodrigues e Esteves, 1993).

Segundo Rodrigues (1999), se no plano discursivo há, aparentemente, consenso quanto à utilidade de processos de análise de necessidades de formação, na prática, todavia, não podemos deixar de referir que algumas vezes esta questão surge ligada à denuncia da sua frágil articulação com as actividades de formação ou mesmo da sua pouca utilidade.

Numa análise com maior acuidade, sobre as práticas *“ditas de análise de necessidades”* Rodrigues (1999:4) refere que *“(...) estamos perante práticas muito diversificadas, muitas vezes apenas correspondentes a procedimentos informais e, mesmo quando há lugar para processos mais formalizados, estes parecem limitar-se ao inventário das preferências dos professores relativamente a um conjunto de objectivos, de temas, de métodos e de modalidades de formação, pré-definidos e que se sujeitam à sua apreciação”*. Refere ainda a mesma autora, que existe *“(...) alguma confusão e ambiguidade terminológica, indefinição conceptual e fragilidade metodológica”* (p.4) no que concerne às respectivas práticas. Pelos motivos expostos, parece-nos pertinente efectuar um esclarecimento e uma reflexão sobre os *conceitos de necessidade e de análise de necessidades*.

2. Clarificação de Conceitos

2.1. Conceito de "Necessidade"

No sentido comum, "necessidade" é um vocábulo usado para designar fenómenos diferentes, "(...) como um desejo, uma vontade, uma aspiração, um precisar de alguma coisa ou uma exigência. Por um lado, remete-nos para a ideia do que tem de ser, daquilo que é imprescindível ou inevitável. Por outro lado, a palavra surge com um registo mais subjectivo, em que o sujeito não aparece tão determinado pela necessidade. Neste caso a necessidade não tem existência senão no sujeito que a sente" (Rodrigues e Esteves, 1993:12).

Num sentido mais especializado, uma necessidade é algo que está relacionado com a natureza biológica do ser humano. A literatura sobre este assunto refere que a sobrevivência, o bem-estar e o desenvolvimento do ser humano, quer ao nível biológico, quer ao nível psicológico e social, dependem da satisfação de necessidades que consideram fundamentais ou autênticas. A sua descrição tem sido preocupação de alguns autores que desenvolveram algumas tipologias de necessidades, das quais destacamos Maslow (1943, 1954), que as hierarquizou de acordo com cinco categorias: fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de auto-realização (Sprinthall & Sprinthall, 1996).

Lafon (1979), por seu lado, referiu necessidades de tipo vegetativo, sensório-motor, afectivo e sociais, intelectuais e culturais, colectivas, morais e espirituais, considerando, no entanto, a par destas necessidades fundamentais nas quais se insere a educação, as necessidades específicas de cada indivíduo e o seu carácter evolutivo.

De acordo com o autor anteriormente citado, e com outros, como D'Hainaut (1979), Rodrigues (1991); Rodrigues e Esteves (1993), para além das necessidades fundamentais ou autênticas, temos também, as necessidades

específicas dos indivíduos que “(...) emergem em contextos histórico-sociais concretos, sendo determinadas exteriormente ao sujeito, podendo ser comuns a vários sujeitos ou definir-se como necessidades estritamente individuais” (Rodrigues e Esteves, 1993:14). Segundo as autoras, estas necessidades podem manifestar-se como necessidades-espectativa (as que se referem à situação ideal) ou como necessidades -preocupação (as que se referem à situação actual, tal como ela é vivida).

Para Kaufman (1973 *apud* Rodrigues e Esteves, 1993; Rodrigues, 1999) uma necessidade é uma “(...) discrepância mensurável entre os resultados actuais e os resultados esperados convenientes”, isto é, uma “lacuna” ou “espaço vazio entre dois pólos”, entre “o que é” e “o que deveria ser”. Na mesma linha de ideias, também para Zabalza (1998), uma necessidade é instituída pela discrepância que se produz “(...) entre a forma como as coisas deveriam ser (exigências), poderiam ser (necessidades de desenvolvimento) ou gostaríamos que fossem (necessidades individualizadas) e a forma como essas coisas são de facto” (p.68).

Na opinião de McKillip (1987), as necessidades são juízos de valor relativamente a um problema a resolver. Estão correlacionadas com os valores, dependem de quem as define e de quem as sente. Ocorrem num determinado contexto e o seu reconhecimento implica expectativas e juízos no que diz respeito à resolução do problema em causa, independentemente das várias soluções que o mesmo possa ter, ou seja, não é possível falar de necessidades absolutas. As necessidades têm de ser perspectivadas em relação aos indivíduos e aos contextos em que ocorrem, uma vez que decorrem de valores, pressupostos e crenças.

Esta perspectiva vai ao encontro da opinião de Lafon (1979), para quem as necessidades dos sujeitos, sendo múltiplas, são sempre de natureza subjectiva, e da de Barbier e Lesne (1976), que referem que algumas das necessidades, sendo

sentidas por um elevado número de pessoas, conquanto sejam de natureza subjectiva, podem sugerir a existência de necessidades objectivas.

Para Pennington (1985), uma necessidade, no âmbito educativo, é a discrepância que pode ser reduzida ou anulada através de uma intervenção educativa planeada nesse sentido. Na sua opinião, as necessidades são infinitas, nem sempre consciencializadas, sendo difícil distinguir necessidades “sentidas” de necessidades “autênticas”. Por outro lado, o autor chama a atenção para o facto de, por vezes, poder haver necessidades em conflito: a satisfação de umas pode anular outras. Não há, por conseguinte, necessidades fixas. Variam de acordo com os contextos em que ocorrem e uma vez satisfeitas podem dar origem a outras necessidades, perspectiva que vai ao encontro da opinião de vários autores, (Rodrigues, 1991; Rodrigues e Esteves, 1993; Estrela, Rodrigues e Moreira, 1998).

Face ao exposto, verificamos que o conceito de necessidade é ambíguo, ligado a “juízos de valor”, pejado de subjectividade e simultaneamente de determinação (Rodrigues, 1999). Por este motivo, vários autores (Barbier e Lesne, 1977, Lafon, 1979; Suarez, 1985; Stufflebeam, 1987; Rodrigues 1991, 1999; Rodrigues e Esteves, 1993), referem-se à palavra necessidade como polissémica, marcada pela ambiguidade, aludindo mesmo ao “*seu carácter escorregadio*” (Guba e Lincoln, 1985 *apud* Rodrigues, 1999:150). Também para Burton e Merrill (1977), necessidade é um conceito polimorfo que adopta diferentes acepções segundo o uso dado pelos educadores, sociólogos, economistas, trabalhadores sociais, etc., o que poderá explicar as diversas categorizações de necessidades segundo variadíssimos autores (Bradshaw, 1972; D’Hainaut, 1979; Stufflebeam, 1985; Suarez, 1985; Tejedor, 1990; Zabalza, 1994, 1998; Hewton, 1998).

Embora a correspondência entre necessidades, segundo os autores consultados, não seja linear, parece, no entanto que:

- As *necessidades normativas* (Bradshaw, 1972 *apud* Rodrigues, 1991; Tejedor, 1990 *apud* Garcia, 1999) correspondem, de certo modo, às necessidades concebidas como *discrepâncias* ou *lacunas* (Kaufman, 1973; stufflebeam, 1985);
- As *necessidades sentidas* (Bradshaw, 1972 *apud* Rodrigues, 1991) ou *percebidas* (Tejedor, 1990 *apud* Garcia, 1999) parecem corresponder às necessidades analisadas numa *perspectiva democrática* (Stufflebeam, 1985).

A noção de necessidade é, pois, bastante complexa, prestando-se a várias indefinições. De facto, o que é uma necessidade? Remetendo as necessidades para o campo educativo, o que são necessidades dentro deste âmbito? Necessidades pedagógicas? Necessidades profissionais? Necessidades ligadas ao sistema educativo?

Dependendo de valores e de pressupostos contextuais, na verdade, as necessidades não têm existência em si mesmas. Só existem dentro de um determinado contexto, ao qual, quem as define, também não é alheio.

Face à reflexão efectuada acerca do conceito de necessidade, fundamentámos o presente trabalho em Montero Mesa *et al* (1990) e Rodrigues (1991,1999), para quem necessidades de formação são “(...) o conjunto de preocupações, desejos, expectativas, carências e problemas percebidos pelos professores, no desenvolvimento do processo pedagógico”.

2.2. Conceito de “Análise de Necessidades”

As necessidades formativas dos enfermeiros e mais objectivamente daqueles que colaboram na supervisão clínica, constituem-se como um campo necessário e ainda inexplorado nos processos da sua formação inicial e continuada. Com efeito, a evolução que se opera no seio de qualquer profissão deveria impelir a um aperfeiçoamento e actualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização dos profissionais, à optimização dos recursos e à evolução qualitativa dos resultados. A isto não é alheia a enfermagem, havendo uma necessidade cada vez maior de formar enfermeiros cujos valores, atitudes e práticas levem a uma tomada de consciência, tornando-os autónomos, responsáveis e competentes quer enquanto profissionais quer enquanto cidadãos.

Assim, a preocupação com a racionalização do sistema educativo, o desejo de conseguir planos mais estruturados e eficazes do processo educativo, a fuga à ambiguidade, o desejo de responder adequadamente às exigências sociais, a intenção de encontrar procedimentos ajustados à avaliação proporcionaram o desenvolvimento de modelos sistémicos de planificação. Neste âmbito, a análise de necessidades pode ser entendida como uma técnica e um conjunto de procedimentos ao serviço da estratégia de planificação (Rodrigues e Esteves, 1993).

Segundo Suarez (1985), a análise de necessidades é um processo de recolha de e análise de informação, que permite identificar áreas deficitárias que devem ser melhoradas e planificar acções que visam melhorar essas áreas, relativamente aos indivíduos, grupos, instituições, comunidades ou sociedades.

No que diz respeito à formação, a análise de necessidades é utilizada a dois níveis:

- *Ao nível do macrosistema*, como um recurso para a planificação e avaliação dos sistemas educativos, caso em que se apresenta como uma abordagem essencialmente técnica;
- *Ao nível do microsistema*, como um recurso para a identificação e avaliação de necessidades dos estudantes e dos docentes, tendo em vista a programação e a implementação de acções que vão ao encontro dessas necessidades, caso em que se apresenta como uma abordagem essencialmente pedagógica.

Para Stufflebeam (1985), a avaliação de necessidades educativas permite identificar e analisar os valores de uma determinada população, elementos fundamentais para a tomada de decisões a nível da planificação e do desenvolvimento de programas educativos, apesar da enorme complexidade de que a mesma se reveste, uma vez que lhe estarão subjacentes valores e crenças, as quais, na sua opinião é importante especificar (Guba e Lincoln, 1994).

Mckillip (1987) considera que a análise de necessidades ajuda à tomada de decisões relativamente aos programas a desenvolver e a implementar, na medida em que a sua identificação e avaliação permitem um melhor conhecimento das situações, reduzindo as incertezas sobre essas decisões.

A análise de necessidades em educação é assim, de acordo com estes autores, um recurso importante para a planificação dos sistemas educativos e de currículos a implementar ou a ajustar, apesar das dificuldades que apresenta e que decorrem, essencialmente, da polissemia e da ambiguidade do termo necessidade. No primeiro caso (para a planificação dos sistemas educativos) constituindo-se como um ponto de partida que fornece elementos essenciais para essa planificação. No segundo, permite reconhecer pontos de um dado programa ou currículo que necessitam de reajustamentos, permitindo, por outro lado, avaliar os resultados de uma determinada medida educativa (Suarez, 1985).

No âmbito da formação, a noção de análise de necessidades surgiu ligada à educação de adultos, de onde passou para a formação contínua de professores. Segundo Barbier e Lesne (1977 *apud* Rodrigues, 1991), esta noção, quando surgiu, parecia uma preocupação dos formadores quanto à eficácia da prática pedagógica que levavam a cabo. Com a análise de necessidades procurava-se, essencialmente, a adesão dos formandos à formação, o que facilitava consideravelmente o trabalho dos formadores. A problemática da formação centrava-se sobretudo, nos problemas da relação pedagógica entre estes e os formandos. No entanto, nos anos sessenta, a autonomização dos problemas de formação começou a ser posta em causa, defendendo-se a sua articulação com a vida social, questionando-se a ambiguidade da noção de análise de necessidades em função das finalidades da formação.

Foi a partir daqui que a análise de necessidades começou a ter sucesso: analisar necessidades tornou-se um momento indispensável em qualquer acção de formação, como garantia de qualidade. Vocabulário específico como *"recolher"*, *"explorar"*, *"descobrir"*, *"fazer emergir"* necessidades, estas frequentemente designadas como *"implícitas"*, *"latentes"*, *"verdadeiras"*, *"autênticas"*, foi adquirindo forma. Por outro lado, esta noção começou a fazer confluír dois discursos opostos: um tipo humanista, defendendo a adaptação da formação às aspirações pessoais e às necessidades profundas dos formandos, outro, de tipo tecnocrático, defendendo a adaptação dos indivíduos às necessidades sociais. Esta confluência de discursos permitiu, no entanto, que fosse possível denunciar o carácter mistificador de um grande número de práticas que mostraram o hiato existente entre a análise de necessidades e os programas de formação realizados na sua sequência.

Para Barbier e Lesne (1977 *apud* Rodrigues, 1991), a evolução da noção de análise de necessidades está relacionada com a evolução mais geral das actividades de formação, no contexto dos sistemas económico e social contemporâneos. Segundo a opinião dos mesmos autores, essa evolução deve-

se, por um lado, à transformação das relações entre formadores e formandos durante as actividades de formação (o formando passou a ser concebido como alguém que tem uma participação activa na sua própria formação) e, por outro lado, ao facto de as actividades de formação terem começado a ser articuladas com outras actividades económicas e sociais. Como resposta a novas exigências surgem, então, dois tipos de práticas:

- Aquelas em que procura fazer-se coincidir as acções de formação com os desejos manifestados pelos formandos, sendo a análise de necessidades, o processo que tem significado relativamente ao trabalho pedagógico desenvolvido, realizada, quase sempre, com a intervenção dos interessados, num processo contínuo;
- Aquelas que têm como preocupação a racionalização das políticas de formação a partir dos objectivos mais gerais, sendo a análise de necessidades realizada previamente à formação e em função dos objectivos que pretendem implementar-se.

Ainda segundo os mesmos autores, a análise de necessidades não é mais do que uma prática de produção de objectivos e como tal deve ser analisada. Relativamente a estes, os autores distinguem:

- *Objectivos gerais*, fundamentais para o exercício da profissão, correspondem aos requisitos e às competências que os indivíduos devem ter para desempenhar essa profissão;
- *Objectivos institucionais*, incluídos nos seus programas de formação, correspondem às matérias ou disciplinas que os formandos têm que aprender;
- *Objectivos pedagógicos*, aqueles que os profissionais se deparam no exercício da sua profissão.

Pennington (1985) considera, na perspectiva de Kaufman (1973), que a expressão análise de necessidades sugere uma aproximação sistemática que permite medir a discrepância entre duas situações: a existente e a desejável. Na sua opinião, a análise de necessidades é de grande relevância para a planificação de acções de formação de adultos, embora haja ainda muitos problemas a resolver. Estes prendem-se essencialmente, com a indefinição e a ambiguidade, já referidas, da noção de necessidade, relativamente às quais a identificação de necessidades autênticas, a consciência de que são infinitas em número e a sua eventual conflitualidade, são alguns dos exemplos possíveis.

Pelo exposto anteriormente, a análise de necessidades desempenha uma função social que, em nome da eficácia e da racionalidade de processos, procura ajustar a formação às necessidades socialmente detectadas. Torna-se uma ferramenta que permite pensar a formação em relação com o seu interesse social, e está ao serviço de uma política de formação que se apetrecha dos meios para definir os seus objectivos.

Em suma, segundo Rodrigues e Esteves (1993), podemos dizer que a análise de necessidades, no âmbito das actividades de formação, poderá permitir conhecer as necessidades dos indivíduos a formar, visando:

“Ajustá-los à organização/sistema, dando-lhes a ilusão de participar responsabilmente nas decisões e diminuindo, por isso, a resistência à formação (e à mudança) e/ou satisfazer as suas lacunas, tornando o formato e os seus problemas e dificuldades no verdadeiro centro do processo formativo” (p.23).

A emergência de necessidades faz-se, assim, num quadro de limites e possibilidades, dependendo de condições sociais e individuais e mesmo de condições técnicas e metodológicas. Relativamente à implicação dos actores, tanto os que têm o estatuto de práticos, como os que assumem o papel de investigadores, a sua “(...) implicação não é somente desejada; ela é (...) necessária ao funcionamento do processo, (...) não podendo em nenhum caso, permanecer neutros,

situando-se obrigatoriamente seja por referência aos objectivos uns dos outros, seja por referência aos seus próprios objectivos" (Barbier, 1990a *apud* Rodrigues, 1999:168).

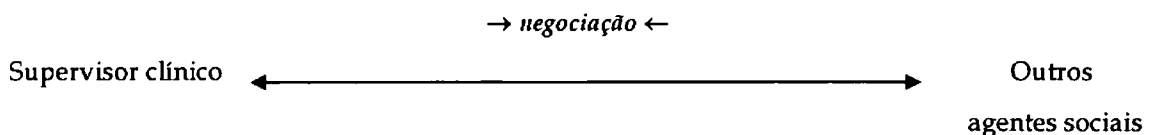
Neste sentido, adaptámos o plano proposto por Rodrigues (1999), que usando uma estratégia de oposição de pontos extremos, num *continuum*, apresenta-nos quatro ordens de factores que, conjugados, configuram perspectivas paradigmáticas diferentes, cuja reflexão, nos parece útil para o levantamento de necessidades de formação dos supervisores clínicos em enfermagem. A saber:

a) *A quem pertence a decisão de determinação das necessidades:*

Este factor, refere-se aos agentes que têm o poder para tomar a iniciativa de determinar necessidades, sendo um dos pólos ocupado pelo supervisor clínico, individual ou colectivamente, e o outro, pelos agentes sociais (formadores, gestores, políticos, etc...), como se pode observar na figura seguinte:

Figura 1

Continuum do poder para tomar a iniciativa de determinar as necessidades de formação e para definir o referencial

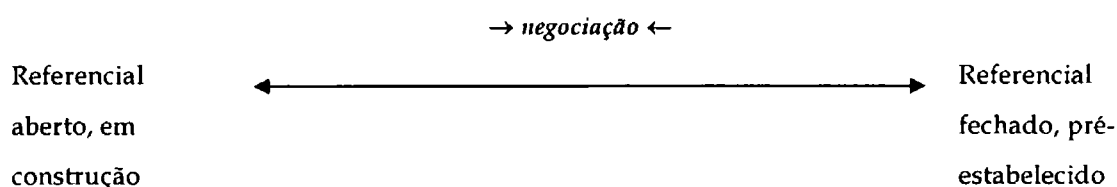


Interpretando a figura apresentada, estamos face a procedimentos que tomam o supervisor clínico por um *profissional autónomo e responsável*, capaz de gerir a sua formação e o seu próprio desenvolvimento, no pólo oposto, face a procedimentos que o tomam como um *mero executante*, daquilo que outras entidades ou agentes concebem e lhe impõem como formação profissional.

b) O referencial e o modo da sua elaboração

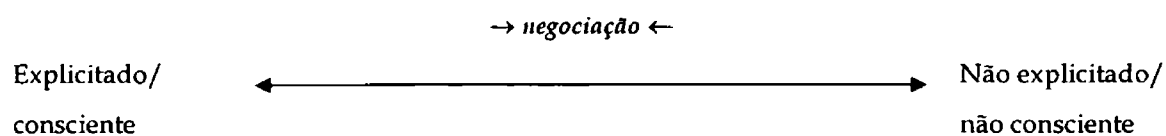
Segundo a demonstração do *continuum*, podemos determinar as possibilidades entre um referencial construído pelo sujeito, espacio-temporalmente contextualizado e subjectivo ou, em oposição, um referencial normativo, imposto e externamente elaborado.

Figura 2
Continuum do grau de definição do referencial de formação



Trata-se de um referencial aberto, em construção, dialecticamente aplicado às situações pedagógicas do trabalho supervivo clínico no seu contexto, materializado nas funções finalidades e papéis desejados ou antagonicamente, predomina um referencial fechado, estabelecido por entidades exteriores materializado em reportórios operacionais de capacidades e/ou competências usados de forma rígida.

Figura 3
Continuum da explicitação/negociação do referencial da formação



Trata-se de um referencial cujas componentes (*performance* desejada, critérios de observação do desempenho, objectivos visados, etc.) são enunciados explicitamente como resultado de operações, também elas explícitas, desencadeadas para a sua enunciação, permitindo, assim, a negociação entre os

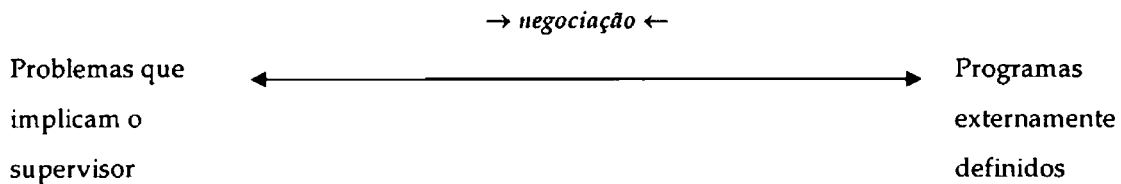
diferentes intervenientes ou, por outro lado, trata-se de um referencial cujas componentes não são explicitadas, embora sejam determinantes, orientando “(...) de forma implícita ou não consciente, a produção de juízos simultaneamente subjectivos e representativos de fins e finalidades diferentes ou contrárias aos fins e finalidades declarados explicitamente como sendo os prosseguidos pela acção de formação” (Lesne, 1984:139) e impedindo, por isso mesmo, a sua negociação.

c) O produto em que se traduz a análise

Na análise deste *continuum*, colocamos em evidência o *produto* em que se traduz o conhecimento da necessidade.

Figura 4

Continuum dos produtos em que se traduz a análise de necessidades de formação



Assim, de um lado, encontramos programas que apelam à participação dos interessados em todas as fases do processo de formação, nomeadamente na determinação de necessidades, a que deva dar resposta, assumindo a sua natureza subjectiva e dinâmica. Pretende-se a aquisição de conhecimentos, de comportamentos e de atitudes, mas esta aquisição não se opera por “sofrer passivamente” a acção de terceiros. Antes implica o sujeito num percurso de conscientização, de autonomia e responsabilidade. O que inclui a concepção, a execução regulada e a avaliação do impacto da formação. No outro extremo do *continuum*, encontramos os programas externamente definidos, baseados na crença de um saber objectivo, cumulativo e transmissivo, numa relação assimétrica entre formador e formando, próximos dos modelos escolarizados, sendo como refere a autora, triplamente externos: *Externos ao tempo da formação*,

uma vez que são prévios a esta; *externos aos sujeitos*, uma vez que, excluem a participação dos formando; *externos aos contextos*, dado que não os tomam em consideração.

Em resumo, a análise de necessidades varia consoante é colocada ao serviço de modelos mais tecnológicos, que tendem a reduzir o papel dos formandos a alvo da acção unidireccional do formador, isto é, a objecto da acção, ou de modelos mais construtivistas, que sublinham o papel determinante do formando, actor da sua formação (Ferry, 1987; Zeichner, 1983 *apud* Rodrigues, 1999). Deste modo, à primeira concepção andam ligadas práticas que concebem o formando, mas como um sujeito a transformar do que actor/autor a transformar-se, uma vez que, as necessidades são determinadas, fora do contexto do trabalho, em exterioridade relativamente ao formando, a partir da análise das suas funções, sendo estas expressas na maior parte dos casos em capacidades a adquirir, a partir da observação do seu desempenho, com o auxílio de “*check lists*” de comportamentos adequados ou mediante a recolha de incidentes críticos ou ainda recorrendo à recolha de opinião dos diversos intervenientes, considerados como mera fonte de informação. Assim, dão prioridade ao estabelecimento de objectivos orientados para um fim muito especificamente definido, utilizando conteúdos disciplinares e o conteúdo funcional do posto de trabalho como referência para traduzir os indicadores de necessidades em objectivos de formação. Contudo, concordamos que “(...) *as decisões de planeamento, acompanhamento, regulação e avaliação da formação podem e devem ser sustentadas na análise de necessidades, pré-existentes ou emergentes no curso dos processos formativos. (...) Neste sentido, pode dizer-se que a análise de necessidades não é um fim em si mesma, nem termina na identificação de necessidades, prolongando-se na tomada de decisão, de que é um suporte*” (Rodrigues, 1999:183).

Quanto às concepções mais humanistas que, (em nosso entender estão mais de acordo com o modelo holístico), privilegiam, diferentemente, as perspectivas dos actores, quer estas se dirijam a si próprios enquanto pessoas, quer estejam

orientadas para a mudança e crítica social. Com efeito a análise de necessidades nesta óptica, insere-se numa estratégia de formação cujo objectivo prioritário é a aquisição, não de um *"saber feito"*, já que a enfermagem é uma profissão da prática, mas da capacidade de saber analisar. Assim, relativamente ao campo das práticas (ensinos clínicos) que interessa à formação, ao invés de haver agentes externos a estabelecer os objectivos, á ao supervisor clínico que cabe defini-los, mediante procedimentos de análise das situações.

A análise de necessidades de formação, neste quadro, não pode deixar de ser perspectivada como uma estratégia investigativa, que acompanha a formação contínua do profissional, não se situando, num dado momento preciso da formação, nem se sujeitando a um quadro preestabelecido (Rodrigues, 1999). Assim, o enfermeiro supervisor clínico poderá construir as suas necessidades de formação, numa óptica de aprofundamento e negociação (pessoal↔institucional), de modo a que a formação seja vista como *"(...) uma forma de intervenção orientada mais para fins emancipadores do que domesticadores"* (Smyth, 1995 *apud* Rodrigues, 1999:187).

As necessidades estão vinculadas a interesses. Deste modo, o supervisor clínico, ao tomar consciência das suas preocupações, desejos, carências e problemas quotidianos, poderá tomar decisões e reduzir o hiato entre a situação actual e a desejada. Contudo, conforme ficou evidenciado, *"(...) as necessidades não são propriamente determinadas, mas negociadas e produzidas, num complexo processo em que as ofertas de formação, as exigências institucionais e as expectativas dos formandos, são dialecticamente equacionadas"* (Ferry, 1987; Lesne, 1984).

Em síntese, *"(...) as necessidades de formação são ponto de partida e de chegada de uma política de formação que então se poderá designar de contínua"* (Rodrigues, 1999:192)

**CAPÍTULO II – A PROBLEMÁTICA DA
SUPERVISÃO EM SITUAÇÕES
DE FORMAÇÃO INICIAL**

1. Introdução

A prestação de cuidados de saúde, por razões de natureza social, demográfica e política, constitui, nas sociedades modernas, um campo de práticas sociais, profissionais e formativas em plena expansão e diversificação. À semelhança do que acontece nos restantes domínios da actividade social e profissional, o campo da saúde vive mutações importantes, fazendo emergir a formação como um instrumento essencial, quer para fazer face às mutações que decorrem da própria letargia social, quer para produzir e gerir mudanças deliberadas (Canário, 1997).

Ainda segundo o mesmo autor, a importância atribuída à formação, na área da saúde, tem vindo a materializar-se em três grandes tendências:

- A primeira corresponde ao actual desenvolvimento e expansão quantitativa da oferta de formação quer inicial quer contínua, dirigida aos enfermeiros;
- A segunda tendência, corresponde a um processo de enriquecimento, diversificação e complexificação de uma *“paisagem profissional tradicionalmente polarizada na medicina”* que entra claramente em ruptura com o *modelo biomédico*, mantendo contudo, algumas reminiscências deste, que podem ser identificadas pela tecnicidade, pela cientificidade e pela, por vezes, nebulosa fronteira entre cuidar e tratar;
- Uma terceira tendência, tem a ver com a articulação entre formação (designadamente a formação inicial) e os processos em curso de construção, reconstrução ou afirmação identitária dos enfermeiros, que se consubstanciou com a entrada da enfermagem no formato de licenciatura, no ensino superior politécnico, com funções importantes

nos domínios da formação inicial e contínua, da investigação e da intervenção ao nível dos grupos e da comunidade em geral.

Existem várias profissões, entre as quais a enfermagem, que na sua formação inicial não dispensam uma componente prática. No currículo dos cursos superiores de enfermagem existem estágios - *ensinos clínicos* - que se realizam em instituições de saúde ou na comunidade, em diferentes contextos da actividade profissional do enfermeiro. Este ensino clínico, vulgarmente designado por estágio, é, na perspectiva de Martin (1991:162), *"(...) um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove o encontro entre professor-supervisor-aluno num contexto de trabalho"*. Para Vasconcelos (1992:28) *"(...) os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias"*.

Revestem-se de grande importância os ensinos clínicos de enfermagem, e as Escolas Superiores de Enfermagem, com as instituições prestadoras de cuidados de saúde, têm grande responsabilidade em facilitar aos estudantes o desenvolvimento de competências para a prática de enfermagem, pois o ensino clínico *"(...) permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho"* (Matos, 1997:9). É integrados no seio da equipa de enfermagem que os estudantes 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. Wong e Wong (1987:505) reconhecem o ensino clínico como uma componente essencial da educação profissional nas unidades de prestação de cuidados, chamando-lhe o "coração" da educação profissional, e cujos objectivos são *"(...) preparar os estudantes para a aplicação de conhecimentos adquiridos previamente, nos cuidados a prestar aos utentes; adquirir habilidades pessoais e profissionais, atitudes e valores, necessários à socialização profissional"*.

Com efeito, o ensino clínico ocupa um espaço importante na apropriação e significação de saberes e no desenvolvimento de competências, quer pelos contactos que proporciona com a realidade, (permitindo o desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo, essenciais para o desenvolvimento do futuro profissional de enfermagem), quer pela carga horária, que ocupa na generalidade dos planos de estudos cerca de 50% do total de horas do curso.

No curso de enfermagem é indispensável a existência de uma formação prática (ensino clínico) que deva alternar com a formação teórica, pois, a produção de competências não cabe só à escola mas também ao local de trabalho. É no agir em situação que se desenvolvem as competências ou dito de outra forma, a ciência e a arte dos cuidados de enfermagem formam um todo integrado. Já não será tão pacífica a forma como se organiza esse mesmo ensino clínico, as metodologias utilizadas e a sua articulação com a teoria, na medida em que a prática de cuidados é vista como algo natural, fazendo parte do exercício profissional, enquanto o ensino clínico é visto como intelectual (Martin, 1991).

Os modelos de formação em enfermagem (apesar de serem evidentes alguns sinais de mudança), são ainda pensados numa lógica de tipo transmissivo e imitativo, isto é, baseados numa autoridade que prescreve a enfermagem "*como deve ser*", esperando que o estudante a reproduza mais tarde nos contextos de trabalho. Esta postura deve ser questionada, pois formar para conceber, para executar e para avaliar cuidados de enfermagem, baseados no próprio saber de enfermagem, pressupõe pensar outros modelos de formação. (Bento, 2001).

A articulação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social e colectiva do exercício do trabalho, a relação complexa entre saberes teóricos e saberes construídos na acção constituem dimensões muitas vezes completamente ignoradas. Predomina uma concepção do exercício do trabalho em que este é susceptível de uma descrição prévia que permitiria a identificação dos pré-requisitos necessários, susceptíveis, por sua vez, de serem traduzidos e

operacionalizados em objectivos e técnicas de formação, como refere Canário (1997): *“(...) uma formação “eficaz” é, então, “transferida”, por um processo de “aplicação”, o que transforma a formação num processo de treino, de natureza instrumental e adaptativa, e o exercício do trabalho num processo de reprodução de normas e gestos, estabelecidos e aprendidos a priori”*(p.130).

Deste modo, os estudantes percebem *“pensar”* e *“fazer”* enfermagem de maneira diferente, os modelos de formação aproximam-se de modelos centrados nas aquisições. Por isso, no discurso teórico, o modelo holístico do cuidar da pessoa, na base da relação de ajuda, enche páginas; na prática o modelo biomédico ainda vigora, sendo os cuidados vistos como um conjunto de tarefas estandardizadas. Ainda segundo a opinião do autor anteriormente citado, *“(...) esta visão do mundo do trabalho e do saber profissional é claramente redutora e inadequada, nomeadamente no que respeita à “família de profissões” no campo da saúde”*(p.131), nomeadamente no campo da enfermagem. Por isso, é necessário pensar modelos de formação que formem enfermeiros para o nível prático e que impliquem a formação em enfermagem de forma a formar para a autonomia, para mudança, para a participação activa na produção e utilização dos saberes, para a qualidade e para o desenvolvimento pessoal, em que haja exercício e respeito por todos os valores (Bento, 2001).

Como última nota, não devemos esquecer, que as situações vividas pelos profissionais de saúde ocorrem no quadro de organizações sociais, pelo que a dimensão organizacional atravessa necessariamente as práticas profissionais, bem como o processo de produção em contexto, através da interacção entre os diversos actores presentes. É nesta perspectiva que uma organização de saúde, no caso um hospital, deverá ser, além do mais, um lugar de formação (recíproca) para todos os *“seus habitantes”*, incluindo, obviamente os utentes. Encarar o hospital como um lugar de formação não significa prever no seu interior um somatório de acções de formação pontuais, na ausência de uma

estratégia unificadora, mas sim otimizar as suas potencialidades, na criação de oportunidades educativas baseadas na interação entre actores.

Apesar dos constrangimentos enunciados, a formação em enfermagem, nomeadamente a inicial, no âmbito do ensino clínico e da supervisão do mesmo, tem vindo nas últimas duas décadas a ser problematizada e questionada, pensada e repensada por diversos autores, estando identificadas áreas potencialmente problemáticas, quer em vários estudos sobre o papel do orientador/supervisor clínico, seja ele o docente das Escolas Superiores de Enfermagem ou o enfermeiro orientador no local de trabalho (Rauen, 1974; Stuebbe, 1974; Antunes, 1998; Lafuente, 1991; Carvalhal, 1995; Pontes, 1995; Raposo, 1995; Santos 1995; Livramento, 1998), quer no âmbito da orientação em colaboração ou em parceria (Amador, 1991; Carvalhal 2003), através de diversos artigos de opinião, estudos e dissertações de mestrado na área supervisiva em ensino clínico (Pereira, 1996; D'Espiney, 1997; Espadinha e Reis, 1997; Longarito, 1999; Valsecchi, 1999; Fonseca, 2004; Belo 2003; Simões 2004; Gonçalves, 2004), ou ainda sobre o "*choque com a realidade*" ou a dicotomia/dialéctica teoria/prática nos períodos de prática supervisionada (Basto, 1991; Costa, 1994a; Pinto, 1995).

2. Concepções de Supervisão

A origem do conceito de Supervisão Pedagógica situa-se, segundo a generalidade dos autores, na Austrália e nos Estados Unidos, uma vez serem estes os países, nos quais o conceito foi fortemente implantado nos anos 40, com a designação de “*supported learning*” segundo Spence (2000, *apud* Abreu, 2003)

Em Portugal, o uso do conceito de “*Supervisão Pedagógica*” é muito recente. Inicia-se apenas nos anos 80, com a sua aplicação ao acompanhamento dos estágios de formação inicial de professores. Este desfasamento relativamente a outros países explica-se, segundo Isabel Alarcão (2003:3), devido às “(...) *reacções adversas originadas pela incursão do termo na esfera educativa, pelo anglicismo e sobretudo, pela falta de compreensão relativamente à conceptualização que o sustentava*”, associada às “(...) *conotações de poder e de relacionamento sócio-profissional*” que a expressão supervisão continha e que, na opinião da autora, ainda contém. Contudo Sá-Chaves (2000) na sua pesquisa, desmistifica a dispersão semântica do conceito, afirmando que as diferentes perspectivas de supervisão por si encontradas “(...) *vão desde as intenções mais rígidas de inspecção e direcção até às mais flexíveis e facilitadoras de orientação e aconselhamento. É portanto, natural que cada uma destas tendências possa ter conduzido a concepções de supervisão algo diferenciadas e que, por sua vez, se podiam configurar em práticas também elas marcadas, ora por objectivos e métodos vincadamente dirigistas e/ou inspectivos, ora por objectivos e métodos mais maleáveis, de orientação, com base mais no aconselhamento do que na verificação e na prescrição*” (p.125).

Com efeito, é apenas na década de 90 que o conceito se difunde e desenvolve, com a criação de cursos de mestrado e de áreas de doutoramento com a publicação de artigos científicos e livros. “*Não obstante a falta de legislação posterior, consequente com a qualificação para o exercício de funções supervisivas, Portugal assistiu (...) ao aparecimento de grande número de cursos de formação especializada, pós graduada, e a uma considerável afluência dos professores [das mais*

diversas áreas] a esses cursos. A conceptualização sobre a supervisão e a sua prática sustentada estenderam-se a outras áreas profissionais, com destaque para a formação em enfermagem. As preocupações pela qualidade das instituições desafiaram concepções de supervisão institucional”, Alarcão e Tavares (2003:4). Ainda segundo a mesma autora, embora o enfoque fosse “(...) colocado na formação de professores, por ser fundamentalmente este o campo em que temos praticado supervisão, reconhecemos a pertinência da sua transferência para outros campos profissionais,” nomeadamente “(...) da saúde com os quais mais directamente temos contactado” (p. 6).

Falar de práticas supervisivas, implica antes de mais, afirmar o que entendemos por supervisão. Em 1993, o Nurses Health Service citado por Sloan (1998:525), definia supervisão clínica em enfermagem, da seguinte forma: “(...) a term used to describe 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 expansion of the scope of practice and should be seen as a means of encouraging self assessment, analytical and reflexive skills”.

Parafraseando a definição proposta por Isabel Alarcão (2003) relativamente aos professores, entendemos por supervisão clínica em enfermagem, um processo de “orientação da prática clínica”, segundo o qual, um enfermeiro “mais experiente e mais informado” do Serviço/Instituição de Saúde onde se desenvolve o ensino clínico, orienta um aluno de enfermagem no seu desenvolvimento humano e profissional, segundo o seu horário de trabalho, durante determinado período de tempo. Na opinião de Sá-Chaves (1994:150), trata-se de uma prática de acompanhamento, “(...) interactiva, colaborativa e reflexiva que tem como objectivo contribuir para desenvolver no candidato a [enfermeiro], o quadro de valores, de atitudes, de conhecimento, bem como as capacidades e as competências que lhe permitam enfrentar com progressivo sucesso as condições únicas” que em enfermagem, constituem o acto de Cuidar.

✓ Como se pode verificar, existe um traço comum a qualquer das definições enunciadas: a supervisão clínica é centrada no processo reflexivo e também no produto. Segundo Alarcão e Tavares (2003:16), isto significa que, a “(...) supervisão tem lugar num tempo continuado, (...) tem um objectivo: o desenvolvimento profissional do indivíduo” e, situa-se “(...) no âmbito da orientação de uma acção profissional”; daí também ser designada por “Orientação da Prática Pedagógica”, no caso dos professores.

⇒ Tendo em conta a revisão bibliográfica efectuada, a prática da supervisão pode ser compreendida à luz de modelos e cenários de formação que procuram a descrição e explicação dessa mesma realidade e descrevem estratégias, meios e requisitos que visam responder por diferentes formas, aos interesses de cada um e de todos os intervenientes no processo. Sustentados nas teorias psicológicas, Garmston *et al* (2002), referem-se a três categorias de modelos de formação: Modelos técnico-didáticos, modelos artístico-humanistas e modelos desenvolvimentais-reflexivos. Os modelos são caracterizados normalmente a partir da observação atenta da interacção entre a teoria e a prática e devem ser vistos, antes de mais, como quadros de referência, ou seja, estruturas teóricas de configuração das práticas supervisivas.

Na tentativa de caracterização das práticas da supervisão, Alarcão e Tavares (2003) consideram existir nove cenários diferenciados de práticas de supervisão:

- a) *Cenário da imitação artesanal*. No qual o estudante desempenha o papel do aprendiz que deveria imitar o seu mestre (supervisor) possuidor do saber “(...) modelo, “bom professor”, experiente, prático, aquele que sabia como fazer e transmitia a sua arte ao neófito” (p.17);
- b) *Cenário da aprendizagem pela descoberta guiada*. Neste cenário, os investigadores reconhecem a incapacidade de definir o bom professor sem tomarem em linha de conta as variáveis que interactuam no

- ✓ processo ensino-aprendizagem. Num sentido heurístico, a imitação do professor modelo é agora substituída pelo conhecimento analítico dos modelos de ensino. É a substituição do "(...) *model the master teacher pelo master the teacher model*" segundo Stolorow (1965 *apud* Alarcão e Tavares, 2003:18-19);
- c) No *Cenário behaviorista* são apresentadas, analisadas e demonstradas aos futuros professores algumas tarefas que os professores desempenham, e que estes posteriormente teriam de executar. As realizações podem ser gravadas e posteriormente discutidas com os colegas e o supervisor, podendo deste modo ajustar da melhor forma os seus desempenhos. Houston e Howsam (1972 *apud* Alarcão e Tavares (2003) apresentam as três características fundamentais deste programa de formação: "*definição operacional dos objectivos; responsabilidade e individualização*";
- d) No *Cenário clínico*, em que a clínica é a sala de aula e existe uma colaboração muito próxima entre o estagiário e o supervisor. Neste cenário existem três fases, a pré-observação, a observação e a pós-observação. Na primeira fase é analisado o problema em estudo, sendo delineadas em conjunto (estagiário e supervisor) as estratégias de resolução. Na observação, o estagiário e supervisor analisam e sistematizam separadamente os dados recolhidos. No encontro pós-observação, estes registos são analisados em conjunto, tendo aqui o estagiário um papel activo, devendo o supervisor auxiliá-lo na interpretação dos dados e orientá-lo nas decisões a tomar em acções futuras;
- e) O *Cenário psicopedagógico*, tem por base a teoria de E. Stones (1984) que, sustentada num corpo de conhecimentos derivados da psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem (Piaget, Bruner, Vygotsky, Luria, Sternberg, entre outros), preconiza que o objectivo principal da

supervisão deve ser ensinar os professores a ensinar. Neste modelo, a supervisão compreende três fases: a preparação da aula, pelo supervisor e estagiário; a discussão da aula e a avaliação. As duas primeiras etapas subdividem-se ainda em duas: a planificação e a interacção. Segundo Stones (1984), os professores ensinam os estudantes a adquirir e desenvolver capacidades, habilidades ou técnicas, entusiasmando-os e encorajando-os, para que eles possam resolver problemas através da transferência de conhecimentos e processos anteriormente aprendidos e da sua aplicação a situações novas. Deste modo, o autor entende que o objectivo final do processo ensino-aprendizagem reside no desenvolvimento da capacidade de resolver problemas e tomar decisões conscientes que permitam uma adaptação e acomodação às exigências da vida e do meio ambiente, havendo um denominador comum a todos os professores de natureza psicopedagógica. No entender de Alarcão e Tavares (2003), este modelo peca por não contemplar o desenvolvimento do estagiário como pessoa;

- f) *O cenário personalista.* Neste cenário pretende-se dar atenção a programas de formação de professores que sofreram a influência da fenomenologia, da antropologia cultural, da psicanálise, da psicologia diferencial da psicologia cognitiva, da psicologia do desenvolvimento, etc. Efectivamente, investigações já realizadas confirmaram a relação entre o grau de desenvolvimento dos professores e a sua actuação pedagógica (Hunt e Joyce, 1967; Murphy e Brown, 1970; Parker, 1983; Thies-Sprinthall, 1980 *apud* Glickman, 1985) contrariamente, numa investigação realizada em Portugal, verificou-se, “(...) que o desenvolvimento pessoal não vai a par e passo com o desenvolvimento profissional e que é possível um indivíduo com um menor grau de desenvolvimento pessoal revelar um mais elevado nível de competência profissional” (Ralha-Simões, 1995 *apud* Alarcão e Tavares, 2003:34). Neste sentido, a investigadora nacional considera, que importa criar condições de desenvolvimento pessoal, mas também

profissional dado que estas podem determinar o que as pessoas poderão vir a ser como profissionais. Assim, a formação de professores deve ser encarada numa "(...) perspectiva cognitiva, construtivista em que o auto-conhecimento seria a pedra-angular para o desenvolvimento psicológico e profissional do professor"(idem, p.34);

- g) *Cenário reflexivo*. Inspirado em Dewey e na observação reflexiva sobre o modo como os profissionais agem, Schön (1983, 1987), defendeu uma abordagem reflexiva na formação profissional que teve especial impacto na formação de professores. Esta abordagem baseia-se no valor da reflexão *na e sobre* a acção com vista à construção situada do conhecimento profissional que assenta na consciência da imprevisibilidade dos contextos e na compreensão da actividade profissional como actuação inteligente e flexível, situada e reactiva. O processo formativo inerente a este cenário "(...) combina acção, experimentação e reflexão sobre a acção, ou seja, reflexão dialogante sobre o observado e o vivido segundo uma metodologia do aprender a fazer fazendo e pensando, que conduz à construção activa do conhecimento gerado na acção e sistematizado pela reflexão. A prática reflectida precisa de ser acompanhada por supervisores que experientes, detenham as competências para orientar, estimular, exigir, apoiar, avaliar, isto é, sejam simultaneamente treinadores, companheiros e conselheiros" (Alarcão e Tavares, 2003:35).



O contributo que a abordagem reflexiva pode trazer para o desenvolvimento da capacidade emancipatória do professor no exercício da auto-supervisão e na supervisão de colegas é posta em realce por Zeichner (1993), outro dos grandes expoentes da formação reflexiva, incidindo neste caso nos professores como profissionais e acentuando as dimensões ética e política específicas destes agentes sociais;

- h) *O cenário ecológico*. Na senda do aprofundamento da supervisão de cariz reflexivo e na linha de uma aprendizagem desenvolvimentista, humanista e socioconstrutivista, em ambiente interinstitucional interactivo, Alarcão e Sá-Chaves (1994) e, mais tarde, Oliveira-Formosinho (1997), conceberam uma abordagem ecológica do desenvolvimento profissional dos professores baseada no modelo de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979).

Neste cenário tomam-se em consideração as dinâmicas sociais e, sobretudo, a dinâmica do processo sinérgico que se estabelece na interacção que se cria entre a pessoa, em desenvolvimento, e o meio que a envolve, também ele em permanente transformação. Neste contexto, a supervisão como processo enquadrador da formação, *“(...) assume a função de proporcionar e gerir experiências diversificadas, em contextos variados, e facilitar a ocorrência de transições ecológicas que, possibilitando aos estagiários o desempenho de novas actividades, a assunção de novos papéis e a interacção com pessoas até aí desconhecidas, se constituem como etapas de desenvolvimento formativo e profissional. Estes três factores – actividades, papéis, relações interpessoais, são determinantes para o desenvolvimento humano e profissional, mas igualmente determinantes são as matrizes que moldam a natureza dos contextos e das suas relações”* (Alarcão e Tavares, 2003:37-38).

Ainda segundo os autores mencionados, o conjunto articulado dos *microssistemas* em que os profissionais se vão inserindo exercem sobre eles uma acção directa. Porém, estes microssistemas, para além de interagirem entre si, integram-se em redes estruturais mais complexas, ao nível do que Bronfenbrenner concebeu como *meso* e *macrossistemas*, que indirectamente exercem sobre a pessoa em formação um enorme influência. Neste enquadramento, o desenvolvimento pessoal e profissional do estagiário é visto como um processo ecológico, inacabado, dependente das capacidades das pessoas e das

potencialidades do meio, construtor do saber e do ser, mas também do saber-fazer profissional e de saber-estar, viver e conviver com os outros (Alarcão e Tavares, 2003);

- i) *O cenário dialógico*. Com nítida influência de correntes de pensamento que valorizam concepções antropológicas, sociológicas e linguísticas, esta abordagem assume aspectos postos em relevo nos cenários pessoalista e desenvolvimentista acentuando a dimensão política, emancipatória da formação (Waite, 1995 *apud* Alarcão e Tavares, 2003). Neste cenário, os actores são fundamentalmente os professores, considerados mais no colectivo do que na sua individualidade.

Esta abordagem dialogante e contextualizadora situa-se numa linha da consciencialização do colectivo identitário dos professores e não numa concepção hierarquizada do supervisor em busca do que está a necessitar de correcção na actuação do professor. A autoridade do supervisor advém da sua *expertise*, do seu conhecimento do mundo profissional e das suas competências interpessoais. *“Poder-se à dizer que este cenário contribui para a criação de contextos em que a supervisão, baseada em relações simétricas de colaboração e de base clínica (no sentido da supervisão clínica), funcione como instrumento de emancipação individual e colectiva dos professores como tem vindo a ser defendido por Smyth (1989, 1997)”* (Alarcão e Tavares, 2003:41).

Alarcão e Tavares (2003) advertem-nos, contudo, de que estes cenários, em situações reais, não se excluem mutuamente, pelo contrário, interpenetram-se. A estes cenários *“(...) mais virtuais do que reais subjazem concepções relativas a uma série de questões de formação, como: relação entre teoria e prática, formação e investigação, noção de conhecimento como saber constituído e transmissível ou construção pessoal de saberes, papéis do supervisor e do professor, noções de educação e*

de formação de professores, assunção da escola como centro de formação ou como mera estação telecomandada de serviço à formação” (p. 17).

O processo supervisivo das práticas clínicas em enfermagem tem lugar em determinados contextos e situações, em que continuamente os intervenientes estão a ser confrontados com a imprevisibilidade das situações, o que obriga supervisor e supervisado a incorporar na acção decisões enquanto agem, que podem levar a ajustar estratégias ou a proceder a verdadeiras inovações. *“Trata-se de um agir reflexivo e de saber sincrético, portanto não totalmente consciente e de difícil verbalização, holístico mas eficaz e diferente do saber universitário base da resolução de problemas na perspectiva aplicacionista da ciência”, (Rodrigues, 1999:135).* Assim, todos estes modelos e cenários mencionados anteriormente, são passíveis de serem colocados, uma vez que, todos eles contêm elementos válidos no sentido do desenvolvimento de *“(…) processos de ensino-aprendizagem que do ponto de vista cognitivo e metacognitivo sejam mais eficazes e consistentes” (Tavares, 1992:25).*

Perfil

Deste modo, o supervisor clínico deverá agir práxicamente, deverá ser um profissional reflexivo que, momento a momento, e em situação, invoque os seus saberes para deles seleccionar os que, do seu ponto de vista, melhor se ajustam à situação. Porém, para fazê-lo, deverá ser detentor dos conhecimentos necessários (pedagógicos e técnicos) e deverá conhecer não só as características da instituição (físicas e humanas) onde desenvolve a sua acção, mas também, do estudante e dos utentes a seu cargo, porque a sua função não é apenas ensinar, mas simultaneamente cuidar dos mesmos, contribuindo para a sua melhoria. Por este motivo, Abreu (2003:16), referindo-se à prática supervisiva como um processo simultâneo de acção reflectida e de construção pessoal, salienta que esta se constitui como instância de mediação de identidades individuais e colectivas onde se podem identificar três componentes:

- *Componente cognitiva, as práticas profissionais, como todo o construído social e simbólico que as caracterizam, permitem ao enfermeiro ter uma ideia mais objectiva de si próprio e do grupo de pertença;*
- *Componente avaliativa, no decurso do exercício do trabalho, os enfermeiros confrontam-se consigo próprios, com os elementos do seu grupo e fazem comparações entre o seu grupo de pertença e os grupos adjacentes;*
- *Componente emocional, os aspectos cognitivos e avaliativos são acompanhados de emoções que alimentam o processo de desenvolvimento pessoal através da configuração de uma inteligência emocional.*



Na opinião de Alarcão e Tavares (2003), no momento actual, existe em Portugal uma diversidade de modelos de supervisão. Ao nível do pensamento teórico e da prática de formação em supervisão “(...) poderá até falar-se de uma indefinição conceptual do que é a supervisão, bem evidente na confusão que reina nos desenhos curriculares dos actuais cursos pós-graduados de especialização e de mestrado. No que concerne à prática da supervisão e não obstante a diversidade, conhecem-se algumas práticas interessantes que perfilham uma filosofia sócioconstrutivista, de base experiencial-reflexiva, que alia experiência, reflexão, confronto de ideias, acção e formação pela investigação e que atribui ao saber profissional (...) um carácter mais prático do que prático e ao supervisor uma dimensão mais estratégica, mais formativa”(p. 44).

Pelo exposto, aos supervisores de ensino clínico cabe um papel em que a exploração da experiência é a trave mestra, porque não basta vivê-la ou mostrá-la. Aliás, na nossa opinião, urge enquadrar uma formação para os supervisores clínicos, que vá ao encontro das suas necessidades, de forma a ajudá-los a desempenhar melhor a sua função.

2.1. Supervisão e Parcerias

O acompanhamento clínico não é uma preocupação nova ou uma inovação na formação dos profissionais de saúde. Algumas teorias de enfermagem referenciadas por Abreu (2003), tais como, as de Hildegarde Peplau; Betty Neuman; Imogene King e Marta Rogers, evidenciam o acompanhamento das práticas clínicas como um processo de desenvolvimento atitudinal, de habilidades e de características pessoais; desenvolvimento da inteligência emocional, do pensamento crítico na tomada de decisão e no processo de enfermagem, do pensamento relacional e ético, ou seja, o acompanhamento para o “(...) *desenvolvimento profissional e a formação de uma inteligência emocional (...)*” (p. 16). O mesmo autor, refere ainda que “(...) *só há aprendizagem (intencional) em contexto clínico se a experiência for cuidadosa e deliberadamente acompanhada*” (Abreu, 2003:45).

Reconhecida a relevância da supervisão em ensinos clínicos de enfermagem, na conjuntura actual da formação inicial em Portugal, colocam-se algumas questões, relacionadas com a sua prática: Quem faz a supervisão? O docente? O enfermeiro da instituição de saúde? Ambos? Qual o papel do(s) supervisor (es)?

Há cerca de duas décadas, as relações existentes entre os profissionais de enfermagem das Instituições de Saúde e os da Escola caracterizavam-se sobretudo por alguma formalidade e distanciamento relativamente à realidade social que se vive nos serviços. A preparação dos ensinos clínicos era feita normalmente com base numa reunião entre professores e as enfermeiras-chefes dos respectivos serviços e supervisão dos alunos de enfermagem era, unicamente da responsabilidade dos docentes, ficando os enfermeiros das Instituições de Saúde, um pouco, à margem deste processo de formação, ou porque não lhes era solicitada colaboração, ou porque esta era indesejada, sendo atribuídas carências científicas à prática destes profissionais, (D’Espiney, 1997).

Com efeito, se inicialmente, a colaboração Escolas/Instituições de Saúde se concretizava através de acordos tácitos entre docentes e enfermeiros, com o aumento do número de alunos, com a integração das escolas de enfermagem no ensino superior e a diversidade curricular, com as mudanças ao nível da filosofia organizacional das instituições de saúde e, particularmente, com a aplicação de princípios legais relacionados com o tempo de contacto directo entre docentes e estudantes, criaram a necessidade de se estabelecerem protocolos de colaboração entre as respectivas instituições, Carvalho (2003).

Segundo a mesma autora, a prática de parcerias implica “(...) a fusão das diferentes partes”(p.61), no sentido da convergência de interesses na construção de um projecto conjunto, no qual sejam conhecidos os papéis de cada interveniente. Assim, embora se considere imprescindível esta colaboração entre as Escolas Superiores de Enfermagem e as Instituições, o facto é que, ainda hoje, ela é pouco consistente Abreu (2003), os protocolos foram surgindo, contemplando processos de colaboração que, embora visando “(...) mais valias para a qualidade do ensino, mudanças organizacionais e formação contínua de enfermeiros (...)”, reduzem-se ao apoio na formação clínica dos alunos, Abreu (2003:51).

A necessidade de uma participação mais activa e formativa da clínica na academia é uma condição aceite por todos (Pinto, 1995; Abreu, 2003; Gonçalves, 2004). Contudo, existem ainda aspectos menos claros a necessitar de redefinição pois, e como defendem variadíssimos estudos nesta área, subsistem dúvidas e dificuldades nestas parcerias em que as funções e papéis atribuídos aos intervenientes da componente de formação prática raramente são explícitos e, por todos os actores igualmente concebidos, acentuando a inconsistência da colaboração entre as Escolas e as Instituições de Saúde.

Apesar dos enfermeiros das instituições poderem tornar-se modelos para os estudantes, os docentes não devem abdicar do seu papel de supervisores, uma

vez que, além das mensagens explícitas que passam para o estudante, também devem saber que existem mensagens implícitas que marcam decisivamente a identidade do estudante. O entusiasmo com que exercem a sua função, a sua proximidade às ciências de enfermagem ou os momentos informais de trabalho que têm com os estudantes, têm de ser potenciados. Os enfermeiros e os estudantes necessitam do apoio dos docentes de forma a lerem a experiência com positivismo permitindo a construção gratificante das representações sobre si próprios e sobre a profissão (Abreu, 2003).

Concienzalizarem-se, Escolas e Instituições, de que a colaboração passa por objectivos comuns, complementaridade de papeis, partilha de saberes e recursos, relação interpessoal efectiva entre todos os intervenientes, co-responsabilização de cada um e de todos, ajuda e apoio aos parceiros no desenvolvimento das actividades, que o apoio à formação clínica dos alunos, por parte dos profissionais, se concretize “(...) num contexto de complementaridade (e co-responsabilização) e nunca de substituição”, Abreu (2003:52). Desta forma, entendemos, tal como o autor, que a supervisão dos ensinamentos clínicos deve envolver docentes e enfermeiros das Instituições de Saúde no sentido de desenvolverem papeis e responsabilidades complementares.

A este propósito Merini (1996) refere que numa situação de parceria entre escola e instituição de saúde é interessante “haver conflitos” pois a parceria é uma ocasião para os actores criarem novas forças de acção e novas zonas de poder e de saber constituindo-se um sistema de interacções. Hesbeen (2000:136) na mesma ordem de ideias, sugere também, que não se deve procurar a todo o custo a conformidade de pensamento entre o meio clínico e o docente: “(...) pensamentos diferentes ou discordantes participam na abertura de espírito do estudante e no alargamento dos seus pontos de vista”. Assim, a operacionalização dos processos de colaboração, faz-se pela opção entre os modelos de supervisão da prática clínica ou de tutoria, a que Abreu (2003) se refere como:

Mentorship - Este modelo caracteriza-se pelo estabelecimento de uma relação intensa de proximidade e envolvimento, durante um período de tempo longo; entre um profissional experiente, mais velho e que se responsabiliza pela aprendizagem do outro - *o formando*.

Neste modelo, reconhece-se uma “relação paternalista”, de protecção e acompanhamento no sentido de proporcionar bem-estar e desenvolvimento humano progressivo. Numa primeira fase, verifica-se uma relação de alguma dependência, do formando relativamente ao “mentor”, requerendo uma supervisão mais directa, evoluindo progressivamente para uma relação de igualdade, com uma supervisão cada vez menos directa e com cada vez maior autonomia do formando.

Perceptorship - associado ao acompanhamento das práticas clínicas por um perceptor, um “(...) *profissional que ensina, dá apoio emocional, inspira e se constitui como modelo para formando, durante um período limitado de tempo, com o objectivo de facilitar o processo de socialização e aproximação da pessoa ao seu novo papel (...)*”, Abreu (2003:56). Este modelo preconiza que o preceptor, para além da experiência profissional, seja formado para o desempenho e desenvolvimento das funções de prestador de cuidados e formador responsável pelo processo de ensino/aprendizagem e avaliação do desempenho clínico.

Modelo multitutor - sendo ao tutor atribuídas funções e actividades destinadas ao apoio no desenvolvimento das práticas, à selecção e utilização de estratégias de ensino-aprendizagem adequadas ao momento formativo e ao suporte emocional, verifica-se neste modelo a existência de múltiplos tutores, permitindo potenciar a formação recorrendo a diferentes capacidades dos tutores, minimizar as dificuldades que a relação estreita entre tutor e formando pode desplotar, favorecer o desenvolvimento do formando pelo confronto e análise de diferentes pontos de vista e informação que os tutores trocam entre si.

Modelo integrativo - Caracterizado por uma interactividade entre ensino teórico e ensino prático, em contexto de trabalho. Docentes e enfermeiros dimensionam questões - problema identificadas pelos alunos, resultante do ensino teórico e prático, numa dinâmica dialéctica entre teoria e prática.

De um modo geral, verificámos nas leituras efectuadas sobre supervisão, mentoria e perceptoria, um elemento comum, a referência aos objectivos principais que se pretendem atingir com esta modalidade formativa em contexto de trabalho em colaboração, encontrando também referências às considerações tecidas pelos investigadores que, por sua vez, reflectem as opiniões dos sujeitos dos diversos estudos (estudante/supervisor/docente):

- Desenvolvimento de competências clínicas e da auto-confiança;
- Transição para o papel de futuro profissional;
- Desenvolvimento realístico das expectativas de trabalho;
- Desenvolvimento de capacidades de gestão;
- Facilitação de orientação de cuidados de saúde;
- Iniciação ao mercado dos práticos.

(Spears, 1986 *apud* Pinto, 1995:23)

Na opção pela utilização de um modelo específico, ou pela utilização de um modelo que emerge da combinação de diferentes princípios e orientações dos referidos, parece-nos importante a ponderação das suas características benéficas e as menos favorecedoras para o processo de formação, tendo em conta o contexto, as condições de trabalho e os objectivos do mesmo.

Favorecer e mediar a relação inter e intrapessoal, pelo confronto entre o eu e o meio, através da aprendizagem experiencial e significativa, constitui a finalidade da supervisão em ensino clínico, entendida numa dimensão de desenvolvimento pessoal e profissional de cada um e de todos os intervenientes no processo. Assim, a supervisão do ensino clínico em enfermagem terá lugar

numa relação supervisiva em tríade (docente, enfermeiro e estudante), onde o docente se constituirá como um recurso na área do saber, essencialmente teórico, na área pedagógica, de supervisão e sendo o elemento que melhor conhece o aluno, quer no que diz respeito ao percurso formativo, quer ao seu percurso pessoal, colaborará com o enfermeiro na partilha de informações e na implementação das estratégias, tendo o aluno como centro do processo de formação. Por outro lado, o docente, neste período formativo, na partilha com o enfermeiro e o contexto, continua a sua formação como enfermeiro e como docente, uma vez que estes momentos de aprendizagem na prática desenvolvem-no como profissional de enfermagem e como docente, podendo eventualmente contribuir para a descoberta de necessidades de formação ou para a resolução de outras identificadas anteriormente.

O enfermeiro da instituição de saúde, torna-se um elemento essencial na partilha do conhecimento oriundo das práticas, que se revela importante para o aluno e para o docente. Por seu lado, obtém mais valias, na partilha com o docente e o aluno na reflexão sobre as práticas e na resolução de questões – problemas oriundos da prática. Desenvolve ainda, as suas competências pedagógicas e supervisivas.

Ambos, docente e enfermeiro, analisam o processo de supervisão, vendo a aprendizagem centrada no aluno, estabelecendo estratégias que o perspectivam como objecto, sujeito ou agente da formação.

O aluno, outro elemento da tríade supervisiva, cuja principal função ou papel é apropriar-se do conhecimento, isto é, aprender a aprender, beneficia da ajuda e orientação proporcionada pelos supervisores (docente e enfermeiro), desenvolve o seu espírito crítico, reflexivo, a sua autonomia, a sua integração profissional e constrói, ou vai construindo a sua identidade profissional, contribuindo num futuro, mais ou menos próximo, para a qualidade dos

cuidados de enfermagem, para a identidade profissional e para os ganhos em saúde da população e da comunidade.

Deste modo, a parceria supervisiva “(...) pressupõe um atento e abrangente olhar que contemple e atente ao perto e ao longe, ao dito e ao não dito, ao passado e às hipóteses de futuro, aos factos e às suas interpretações possíveis, aos sentidos sociais e culturais, à manifestação do desejo e à possibilidade/impossibilidade da sua concretização, ao ser e à circunstância, às pessoa a no seu próprio devir. (...). Uma concepção de supervisão que simultaneamente, abra a possibilidade do conhecimento mas sobretudo, instaure a possibilidade do afecto, redimensionando e requalificando o clima e, com ele, a qualidade da ambiência nos sistemas de formação (...), ou seja, os processos de supervisão na formação requerem uma formação em supervisão”, Sá-Chaves, 2000:126-127).

Esta perspectiva deixa clara a ideia de que o conhecimento pessoal se constrói continuamente em função da capacidade para processar e relacionar a informação que já se detém com a informação e novos sentidos que, as múltiplas relações de sociabilidade lhe aditam. Deste modo, numa perspectiva freiriana a supervisão, não se restringe à “*deposição bancária*” ou mesmo à transmissão passiva de informação entre elementos do sistema de formação, mas inscreve-se numa matriz de interculturalidade que potencia, reconhece e desenvolve o próprio conhecimento.

Assim, na busca de uma profissão autónoma, baseada numa prática cuidativa reflexiva, com saberes próprios que permitam tomar decisões inerentes à enfermagem e aos utentes, de modo a que a prestação de cuidados seja tão significativa e satisfatória para quem os recebe como para quem os presta, decerto a formação inicial tem um papel importantíssimo, como fonte básica de construção de conhecimentos e, quer as Escolas, quer as Instituições de Saúde, enquanto campos de ensino clínico, devem perceber que estão, acima de tudo, ao serviço dos estudantes, procurando ajudá-los a pensar, reflectir, agir com

espírito crítico e criativo perante a sua actuação e tudo o que os rodeia. Deste modo, todo o processo ensino-aprendizagem não mais se compadecerá com o modelo biomédico, com uma aprendizagem baseada em método de tarefa ou na dialética teoria-prática.

2.2. A Supervisão como Processo de Desenvolvimento do Ensino-Aprendizagem e do Cuidar

A supervisão em enfermagem centra-se na orientação das práticas clínicas, com incidência sobre o processo ensino-aprendizagem num sistema dialógico, isto é, facilita em simultâneo a aprendizagem e desenvolvimento do estudante mas também do supervisor. *“A ideia de supervisão que lhe está subjacente traduz-se, portanto, no alargamento da relação didáctica e dual supervisor-supervisando para uma concepção que admite, como princípio, a importância de outros contributos, de outras fontes de informação, de outras formas de conhecer que não se reduzem simplisticamente à ideia de alguém, que supostamente sabe, poder transmitir o seu saber a alguém que, também supostamente, não sabe”*, Sá-Chaves (2000:128).

Esta perspectiva deixa clara a ideia de que o conhecimento pessoal se (re)constrói e se renova continuamente em função da capacidade para processar e relacionar a informação que já se detém com a informação que no nosso quotidiano sistematicamente nos é disponibilizada. É sob a influência deste paradigma, que as noções de ensino e de aprendizagem, bem como o papel do supervisor e do estudante se vão alterar, propondo que todo o processo passe por uma prática reflectida e crítica, (o que implica observar e interpretar continuamente as necessidades do utente) que conduza à emancipação e ao profissionalismo, o que é particularmente importante para a enfermagem.

Este novo conceito, inserido na formação de adultos, corresponde a uma concepção inter e transdisciplinar, segundo o qual todo o conhecimento é auto-

conhecimento, na medida em que os indivíduos estão integralmente presentes e em interacção com o meio e com o objecto. Deste modo, "(...) a construção do conhecimento surge como um exercício de reflexão partilhada, (...) plurimetodológico e intercontextual", Sá-Chaves (2000:128-129) não existindo uma única explicação possível da realidade, pois o conhecimento é compreensivo, traduz um saber prático, e ensina a viver e a cuidar...

Reagindo contra o mecanicismo behaviorista, a aprendizagem passa, desta forma, pelo interior do sujeito e, para ser significativa, não deverá ser imposta. Como já foi referido, o indivíduo que aprende, possui conhecimentos e experiências anteriores, bem como objectivos que pretende atingir. O processo de desenvolvimento decorre, portanto, entre dois pólos: Os conhecimentos que possui e as metas a que se propõe. É uma actividade exploradora e criadora, um processo selectivo de percepção e de atribuição de significados ao contexto, tendo sempre em mira aquilo que o sujeito pretende alcançar. Desta forma, a aprendizagem é ainda, resultado de um processo de descoberta, a partir das experiências do indivíduo e da sua interacção com o meio e com o utente, Tavares e Alarcão (1992).

Na década de 90, Melander e Roberts (1994:422), nas suas investigações, concluíram que: "*Nursing students of the 1990s, are a group marked by diversity, busy lifestyles, heavy responsibilities, and the need to economize and maximize each learning experience*". Deste modo, "(...) *They require highly individualized learning approaches: prior knowledge and experience vary widely and expectations of the nursing program are high*", situação que, apesar da recém entrada da enfermagem no ensino superior, da massificação e da heterogeneidade da população estudantil, se mantém e perpetua neste início de século. Por isso, concordamos com Bernard e Dunn (1994) ao descreverem o estudante como um indivíduo auto-dirigido e auto-motivado capaz de construir uma nova aprendizagem sobre a experiência passada, sendo capaz de definir metas pessoais e alcançar o seu máximo potencial se lhe forem dadas oportunidades

adequadas. Neste sentido, é urgente afastar os estudantes de enfermagem do papel passivo que têm assumido na formação, (Costa, 1994b; D'Espiney, 1997; Caires, 2001; Carvalhal, 2003), o que passa por conhecer e proporcionar experiências que despertem e mantenham a sua motivação para o cuidar e para relação de ajuda numa perspectiva holística e humanista.

Nesta óptica, aprender é um processo envolvente que acontece aos estudantes, sendo estes os principais agentes da sua aprendizagem e qualquer que seja o valor dos conteúdos ensinados e os processos de ensino, o percurso da aprendizagem não pode ser feito senão pelos próprios. Vigotsky (2000), a este propósito refere que os indivíduos adquirem conhecimentos pela interacção do sujeito com o meio e que o papel da escola na transmissão de conhecimentos é diferente daqueles aprendidos na vida quotidiana. Os conceitos científicos adquiridos pelo ensino, fazendo parte de um sistema organizado de conhecimentos, diferenciando-se dos que são desenvolvidos no decorrer das interacções sociais do quotidiano.

Ainda segundo o mesmo autor, existem pelo menos dois níveis de desenvolvimento: um real, já adquirido ou formado, que determina o que já se é capaz de fazer por si próprio e um potencial, ou seja, a capacidade de, aprender e portanto fazer, desde que ajudado por outra pessoa. Deste modo, a aprendizagem interage com o desenvolvimento, e na capacidade para cuidar, produzindo aberturas nas zonas de desenvolvimento proximal (potencialidade para aprender, que não é a mesma para todas as pessoas, ou seja, a distância entre o nível de desenvolvimento real e desenvolvimento potencial), nas quais as interacções sociais são centrais, estando então os processos, aprendizagem e desenvolvimento e cuidar inter-relacionados. Assim, o sujeito não é apenas activo, mas interactivo, porque forma conhecimentos e constitui-se a partir de relações intra e interpessoais.

É nesta troca de ideias e de saberes com outros sujeitos (docentes, enfermeiros, supervisores, restantes elementos da equipa multidisciplinar e utentes) e consigo próprio que, no decorrer do ensino clínico, o estudante vai interiorizando conhecimentos, papéis e funções. Neste sentido, Tavares e Alarcão (1989), baseando-se no conceito de maturidade específica, afirmam que o estudante inicia uma nova aprendizagem quando tem conhecimentos que lhe permitam avançar.

Partindo do pressuposto que o conhecimento humano é essencialmente activo, a corrente psicopedagógica afirma que “(...) *aprender implica assimilar o objecto a esquemas mentais*”, Misukami (1986:119), o que tem a ver com o estado presente do estudante, o qual se liga ao seu passado e tem a ver com a sua perspectiva do futuro. Deste modo, as ideias de desenvolvimento, de aprendizagem e de cuidar, devem ser percebidas como actos de auto-implicação, ou seja, “(...) *ninguém poderá fazer na vez de ninguém*”, (Alarcão, 1991), “(...) *mas também dificilmente alguém poderá fazer sozinho*” (Sá-Chaves, 1997). Assim, sustentados em Alarcão e Tavares (2003) preconizamos três ideias que devem presidir à supervisão clínica em enfermagem:

- O estudante é uma pessoa, um adulto, um ser em desenvolvimento, com um futuro de possibilidades e um passado de experiências;
- O supervisor, ao aprender a ensinar, encontra-se ele próprio numa situação de aprendizagem;
- O supervisor é também um adulto em desenvolvimento, com mais experiência, cuja missão consiste em ajudar o estudante a aprender e a desenvolver-se para, através dele, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar.

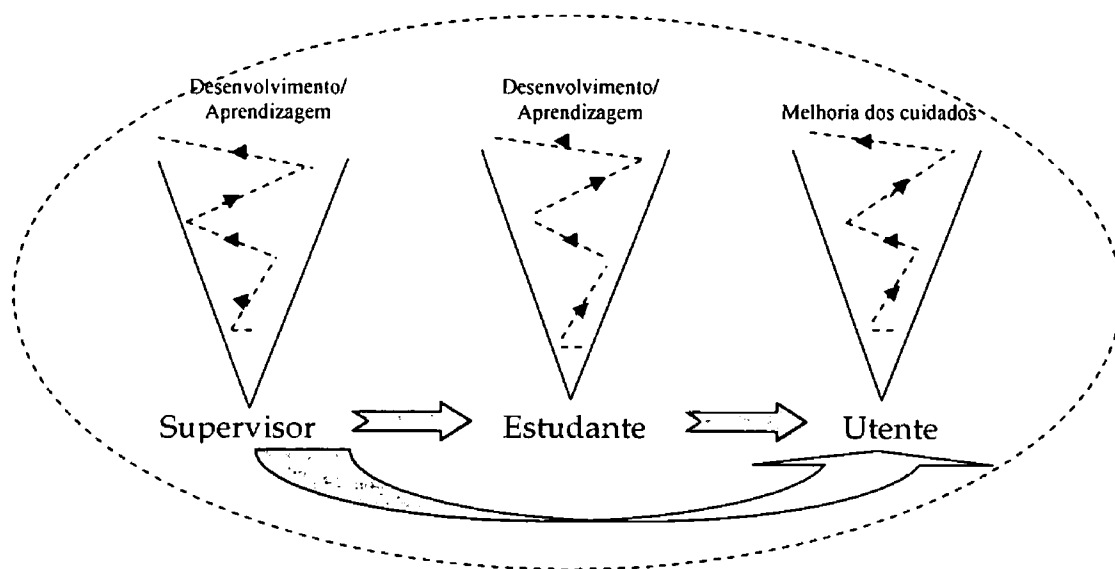
Tal exige a mudança no que se convencionou ser o papel do supervisor clínico: “*transmissor das práticas*”. Espera-se agora que crie condições e situações psicopedagógicas e técnicodidáticas de reciprocidade intelectual bem como de

cooperação moral e racional, num contexto afectivo-relacional, sendo capaz de evitar a rotina e a fixação de hábitos; que oriente o estudante mas que lhe conceda capacidade de desenvolver auto-controlo e autonomia. Deste modo, o supervisor promove o seu auto-desenvolvimento, sendo por isso, considerado um investigador que capacita o estudante a trabalhar de forma tão independente quanto possível, sem lhe fornecer a solução pronta. “(...) É a nova racionalidade que a noção de complexidade (Morin, 1973) e uma nova visão da consciência e do sentimento de si (Damásio, 1999), veio possibilitar e que é acompanhada pela dimensão ecológica e interactiva da aprendizagem que o paradigma socioconstrutivista tem vindo a acentuar em renovados olhares sobre o pensamento de Vigotsky (1978)”, Alarcão e Tavares (2003:48).

Adaptando os autores citados e ainda Vieira (2001) na sua “visão de helicóptero”, apresentamos na figura 5, uma perspectiva dinâmica recíproca, assimétrica, helicoidal e espiralada, através da qual, também nós compreendemos e articulamos a relação entre *supervisão, desenvolvimento, aprendizagem e cuidar* numa organização também ela envolvida e em desenvolvimento, por isso, aprendente.

Figura 5

Supervisão, desenvolvimento, aprendizagem e Cuidar



ORGANIZAÇÃO APRENDENTE

Adaptado, Alarcão e Tavares (2003)

3. Papel e Funções do Supervisor

O supervisor das práticas clínicas surge, como mais um "actor" no "elenco" do curso da formação em enfermagem. Trata-se de um enfermeiro que não detendo qualquer relação de dependência funcional e/ou hierárquica em relação à Escola Superior de Enfermagem, desenvolve a sua actividade em determinada instituição de saúde, a qual acolhe estudantes em ensino clínico. Este enfermeiro tem como função orientar, supervisionar e avaliar, usando estratégias no sentido de desenvolver nos futuros enfermeiros competências humanas, técnico-profissionais e pedagógicas no sentido de potenciar o desejo de *Cuidar* a reflexão *na* e *pela acção*.

Assim, o supervisor deverá ser alguém com experiência, com conhecimentos claros e reflectidos sobre situações, dificuldades e problemas semelhantes, assumindo-se mais como um colega, criando uma relação empática. Deste modo, à chegada à instituição o estudante espera encontrar no supervisor alguém que se encarregue da sua integração e lhe "*ensine as artes e as manhas do ofício*", (MacNally *et al*, 1994; Serpa, 1997 *apud* Caires, 2001:70) e que seja, simultaneamente, conselheiro e facilitador, o que o coloca na posição de principal figura de apoio em termos emocionais, (Oliveira, 1992; Alarcão, 1996, 2003; Caires 2001), "*(...) os próprios alunos o referem como tendo um papel determinante em termos do desenvolvimento das suas competências, conhecimentos e atitudes*", (Rodriguez 1993 , Galvão, 1996 *apud* Caires 2001:70). Assim, espera-se que o supervisor crie situações de reciprocidade intelectual bem como de cooperação moral e racional, sendo capaz de evitar a rotina e a fixação de hábitos; que oriente o estudante mas lhe conceda capacidade de desenvolver auto-controlo e autonomia. O supervisor, nesta óptica, é também considerado um investigador e um orientador que capacita o estudante a trabalhar de forma tão independente quanto possível, sem lhe fornecer a solução pronta.

Apesar de existirem opiniões e definições contraditórias quanto ao papel desempenhado pelo supervisor e ao lugar que este ocupa no ensino clínico, em termos do seu contributo para o crescimento do estudante, vários autores (Alarcão, 1996, 2003; Franco, 2000; Caires, 2001; Abreu, 2003; Carvalhal, 2003), referem-se positivamente a esta “figura”, indicando-a como “peça chave” no processo de desenvolvimento, formação e psico-social do estudante e não apenas, de uma forma redutora ao seu desenvolvimento formativo/cognitivo. Alarcão (1996:19) ao definir o papel do supervisor atribui-lhe (...) *fundamentalmente três funções: abordar os problemas que a tarefa coloca, escolher na sua actuação as estratégias formativas que melhor correspondem à personalidade e aos conhecimentos dos formando com quem trabalha e tentar estabelecer com eles uma relação propícia à aprendizagem*”. Para Reid (1994) o orientador do local de estágio é um “profissional da prática” que irá trabalhar com o estudante na “base de uma relação dual” e que, segundo Abreu (2003:53), detém as seguintes responsabilidades:

- Aceitar constituir-se como “modelo” para o aluno, colaborando com este e com o docente em todo o processo de aprendizagem;
- Facultar uma integração humana e cientificamente consistente dos alunos no local de trabalho;
- Mediar a relação entre os alunos e os profissionais, bem como entre os alunos e os doentes;
- Informar-se sobre o estágio de formação dos alunos e os estádios adquiridos anteriormente;
- Mobilizar os recursos locais no sentido da aprendizagem dos alunos;
- Respeitar as normas e regras em vigor no serviço;
- Concretizar o plano de colaboração contribuindo para a prossecução dos objectivos operacionais;
- Assegurar-se da pertinência e adequação das experiências facultadas aos alunos;

- Proporcionar aos alunos experiências de aprendizagem e momentos consistentes de formação;
- Estar disponível para ouvir, apoiar ou ajudar os alunos;
- Facultar informação objectiva sobre o progresso dos alunos, tendo em vista a sua avaliação e aprendizagens futuras;
- Utilizar o docente como recurso para o seu desempenho enquanto formador.

Para sustentar a aprendizagem de modo a desenvolver e conduzir à reflexão, o orientador deve ter, não só a capacidade de “pegar” na prática clínica, mas também na reflexão, uma vez que, “(...) para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do exercício de trabalho objecto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão directamente implicados” Canário (1994:27). Ao usar a reflexão pode-se aceder às “nossas teorias em uso” nas instituições e, deste modo, capacitar outros para aprender. Desta forma, os riscos de tomar a prática como algo de garantido ficam reduzidos. Por exemplo, examinando o abandono de uma rotina inconsciente em resposta a problemas individuais, muitas vezes, pode ocorrer um “*insihgt*” sobre o que influencia a acção. A reflexão é entendida, assim, como processo de revisão da experiência prática em ordem a descrever, analisar e avaliar de modo a promover a aprendizagem sobre essa mesma prática.

Contudo, a reflexão não deverá ser vista como um fim em si mesma mas antes, como meio que permite aos sujeitos, através de um processo de descontextualização da acção e de recontextualização, uma (re)construção interna da situação, que adquire outros significados, permitindo visualizar novas formas de operar e “ (...) desenvolver o reflexo de aprendizagem permanente nas, e através das situações profissionais, no quadro de uma organização autoformativa” (Canário, 1994 *apud* D’Espiney 1997:184). Deste modo, o que fazemos, a nossa “arte” pode ser explorada e partilhada. No reconhecimento do papel da reflexão

neste processo, estas competências são relevantes para ambos: estudante e supervisor.

Segundo Daloz (1986 *apud* Reid, 1994:52), o trabalho do supervisor clínico, dirige-se a três grandes áreas de acção:

- Dar suporte
- Desafiar
- Ajudar a perspectivar (dar visão)

➤ *Dar suporte*

As duas primeiras áreas estão dependentes uma da outra e só o estabelecimento de uma relação dual, de confiança, compromisso e responsabilidade, permite ao supervisor perceber, em cada momento, quando “*dar suporte*” e quando “*desafiar*” e que estratégias utilizar em cada um desses momentos. As competências inerentes ao dar suporte (Daloz, 1986 *apud* Reid, 1994) são:

- ✓ Ouvir;
- ✓ Fornecer estruturas;
- ✓ Expressar expectativas positivas;
- ✓ Servir de “*advogado*”
- ✓ Partilhar-(se)
- ✓ Valorizar cada acontecimento, como especial

Estas competências aplicam-se, não só ao desenvolvimento da reflexão, mas também na sua gestão. Como os estudantes usam a reflexão para evidenciar a sua aprendizagem, a forma como a utilizam é importante. Muitas vezes têm eles próprios dificuldades situando-se em dois pólos extremos:

Torrentes de exemplos ←————→ Não conseguir encontrar Nenhum exemplo

Nestas condições o supervisor precisa tomar consciência do risco não só de se “sobre identificar” com o estudante, como ser levado na “excitação da descoberta”.

➤ *Desafiar*

Examinando vários exemplos da sua experiência, Reid (1994) identificou uma série de aspectos que têm a ver com esta dimensão e que correspondem à definição de “desafiar” segundo Brookfield, numa obra de 1987, sobre a promoção do pensamento crítico:

- Identificar e provocar propósitos/intensões/pressupostos;
- Imaginar e explorar alternativas

Acerca das formas de capacitar os estudantes a desenvolverem-se trabalhando no sentido do desenvolvimento do pensamento crítico e criativo Daloz (1986 *apud* Reid, 1994) afirma ser importante que o supervisor consiga:

- ✓ Estabelecer tarefas;
- ✓ Fomentar dicotomias;
- ✓ Estabelecer padrões elevados;
- ✓ Construir hipóteses;
- ✓ Envolver-se em discussões

Estas duas áreas de actuação, visam o desenvolvimento do estudante para que este consiga atingir objectivos de elevada exigência e complexidade, (ao nível da análise, síntese e avaliação). Embora estas competências tenham estado presentes no trabalho de Reid (1994), a mesma considera estarem envolvidos outros factores como sejam:

- *O timing do desafio* - merecer o direito de desafiar, o que envolve a construção de confiança;

- *Um sentido de congruência* – o que é pedido, não é nada que o orientador (supervisor) não peça a si próprio;
 - *A capacidade para correr riscos* – abrange a consistência da relação e a forma como foi desenvolvida; o reconhecimento de oportunidades; conhecer os objectivos do estudante e confiança no seu próprio julgamento;
 - *A forma como se faz* – leva a voltar à questão do suporte. Um dos conceitos que a autora considerou mais desafiadores (para si própria) foi o de desafiar os estudantes! O que está intimamente ligado à questão de dar feedback positivo. Os dois aspectos estão relacionados porque ambos envolvem especificidade, tanto sobre o que é eficaz, como sobre o desafio que está a ser estabelecido. Ambos progridem se os dois elementos chave: *suporte* e *desafio*, estiverem presentes.
-
- **Ajudar a perspectivar**

Reid (1994:36) recorre de novo a Daloz (1986), que descreve a perspectiva (visão) como “(...) o contexto que admite tanto o suporte como o desafio no serviço da transformação”. Isto envolve questões relativas a atitudes de reflexão, Godman (1984) e a crença na justaposição dos dois elementos chave do papel do supervisor: *O desafio e o suporte*. Muito importante é o facto de que *ajudar a perspectivar (ajudar a ganhar visão)* é a metáfora da compreensão, embora isto possa envolver o papel de modelo no sentido de se tornar um profissional competente, autónomo e responsável (Rauen, 1970; Antunes 1988; Lafuente, 1991).

Na opinião de autores como Vieira (1993) e Alarcão e Tavares, (2003), embora não seja fácil enunciar de um modo rígido as funções do supervisor, a todas elas está subjacente um verbo fulcral: *Ajudar*. Com efeito, segundo Alarcão e Tavares (2003:56-57), partindo do princípio que supervisor e formando são adultos normalmente desenvolvidos física, biológica, psíquica e socialmente e com

capacidades e conhecimentos suficientes na respectiva área e nos domínios psicopedagógico e técnico-didático, o supervisor é então, aquele que *ajuda a:*

- *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;*
- *Analisar criticamente os programas, os textos de apoio, os contextos educativos, etc;*
- *Planificar o processo de ensino-aprendizagem dos alunos e do próprio professor;*
- *Identificar os problemas e dificuldades que vão surgindo;*
- *Determinar os aspectos a observar e sobre os quais reflectir e estabelecer as estratégias adequadas;*
- *Observar;*
- *Analisar e interpretar os dados observados;*
- *Avaliar os processos de ensino-aprendizagem;*
- *Definir os planos de acção a seguir;*
- *Criar espírito profissional, baseado nas dimensões do conhecimento profissional;*
- *Outras.*

Persistindo numa óptica do supervisor como facilitador da aprendizagem, Vieira (1993:33) dimensiona as funções do supervisor em três áreas de *reflexão/experimentação* (área da supervisão; área da observação e área da didáctica), identificando as seguintes:

➤ “Informar”

O supervisor fornece informações, diferentes perspectivas de análise da situação relevantes e actualizadas, de acordo com os objectivos e as necessidades de formação do estudante de modo a que este tenha oportunidade de escolher dentro do mais amplo campo de opções, ou seja, que o princípio do efeito multiplicador da diversidade seja factor de aprendizagem e desenvolvimento;

➤ “Questionar”

Questionar-se e colocar em questão o que observa na realidade, problematizar o saber e a prática, confrontar e confrontar-se com opções alternativas, promove a aprendizagem pela reflexão e torna o supervisor um “*exemplo de prático reflexivo*” que leva o estudante a assumir, também, uma atitude reflexiva;

➤ “Sugerir”

Sugerir não é impor, é fornecer opções (ideias, soluções, práticas) para que o estudante tome decisões na realização de projectos e actividades, assumindo com ele a responsabilidade dos mesmos;

➤ “Encorajar”

Segundo a autora, encorajar assume um papel inestimável na relação supervisiva. Estimular, animar, dar confiança ao estudante incute uma carga afectiva que influencia o seu estado emocional, permitindo o interesse e motivação para todo o processo de formação;

➤ “Avaliar”

A avaliação como processo de formulação de juízos de valor sobre algo, é imprescindível nos processos de formação, nomeadamente da formação profissional e subjacente ao processo de supervisão, encarada no sentido formativo. O conhecimento e explicação dos procedimentos de avaliação entre supervisor e supervisionado, é factor de abertura e de clarificação desta função.

Face ao exposto, e no que à enfermagem diz respeito, podemos concluir que os supervisores clínicos devem “(...) *ser peritos na prática de enfermagem (...) capazes de analisar e avaliar as actividades em contextos de trabalho, experientes em orientação clínica e capazes de dar aos estudantes a ajuda necessária para adquirirem a competência profissional*” Henderson (1994:64).

4. A Relação Supervisiva

A relação supervisiva em enfermagem, como noutros domínios, é na essência, uma relação pedagógica, pelo menos no seu sentido estrito, uma vez que pressupõe "*contacto interpessoal*" que se estabelece em contexto clínico, numa instituição de saúde (define-se um espaço), no decurso do "*acto pedagógico*" (portanto num processo de ensino-aprendizagem), entre os seguintes intervenientes: Supervisor ↔ estudante; eventualmente supervisor ↔ grupo de estudantes/turma; estudante ↔ estudante (processo realizado por agentes bem definidos). Já Postic (1984:9) a definira como "*(...) as influências interpessoais que se exercem na situação pedagógica e que têm como suporte a matéria a aprender e como resultante a aprendizagem*".

A relação interpessoal, no âmbito da formação, caracteriza-se pela acção pessoal com um determinado objectivo, que se realiza nos dois sentidos (supervisor ↔ estudante), onde nenhum dos sujeitos se sobrepõe ao outro, não se anulando nenhum dos pólos da relação (Tavares, 1993:16). Ao formar o estudante, o supervisor desenvolve-se e aprende para poder ensinar a aprender e a ajudar os outros. É aceitar libertar-se de si, para ver-se partir no outro, que agora faz sozinho o percurso da vida (Postic, 1984). Nesta perspectiva, a relação supervisiva adquire contornos de natureza cognitiva e afectiva, onde o indivíduo é o principal agente de mudança. Supervisor e estudante percebem-se e aceitam-se como seres independentes, com diferentes pontos de vista que se tentam compreender, com as suas histórias de vida, com sentimentos e emoções, numa interacção recíproca e dinâmica intersubjectiva, numa relação aberta, verdadeira, autentica, empática, que se desenrola numa atmosfera de disponibilidade (Postic, 1984; Alarcão e Tavares, 2003).

Redmond e Sorrel (1996) baseadas num estudo de Bergmann (1990), observaram que os estudantes valorizavam os comportamentos dos docentes e dos supervisores que demonstravam respeito, confiança e interesse pelos

estudantes, identificando paralelamente comportamentos facilitadores das aprendizagens, tais como, competência profissional, verdadeira preocupação com o estudante, personalidade positiva, compromisso profissional. Os comportamentos não facilitadores, incluíam a falta de competência profissional, desinteresse pelo estudante, ambição de poder e controle, comportamento destrutivo e indigno de confiança e desprendimento ou distanciamento emocional do estudante.

Segundo as mesmas autoras, o desenvolvimento de uma relação baseada na confiança mútua, fundamentada numa compreensão partilhada do papel do outro na relação supervisiva, é importante para que o estudante ganhe um raciocínio reflexivo-construtivista de modo a sentir-se habilitado para exercer os cuidados de enfermagem. Quando esta relação é estabelecida, “(...) os estudantes sentem uma maior auto-valorização, auto-estima e auto-confiança” (Miller et al, 1990 *apud* Redmond e Sorrel, 1996:164) raciocinando de modo crítico e analítico, organizando e criando dessa forma condições e apetência para o Cuidar.

A este propósito, Dussault (1970), baseando-se na análise do Modelo da Relação Terapêutica de Carl Rogers, refere que o estabelecimento de uma atmosfera favorável à aprendizagem favorece no estudante “(...) um maior realismo, objectividade, compreensão, congruência, redução de ansiedade, aumento de auto-confiança em si mesmo e da capacidade de decisão própria” (Dussault, 1970 *apud* Alarcão e Tavares, 2003:64). Torna-se claro que a atmosfera afectivo-relacional entre orientador e estudante é de tal modo importante, que por si só, pode facilitar, dificultar ou neutralizar o processo de desenvolvimento e de ensino-aprendizagem efectuado durante o ensino clínico. Contudo Alarcão e Tavares (2003), advertem-nos que o sucesso do processo de ensino-aprendizagem em ensino clínico não fica apenas confinado ao clima favorável entre supervisor e estudante. Factores como as características e motivações dos sujeitos envolvidos; objectivos e competências a serem desenvolvidas pelo estudante; planeamento e execução dos procedimentos e tarefas a realizar e a respectiva

análise; processos e estratégias a utilizar durante o ensino clínico, são também de igual importância e, só assim, supervisor e estudante continuarão a desenvolver-se e a aprender como adultos e conseqüentemente a melhorar a sua forma de cuidar, que, no limite, é o objectivo principal de toda a formação no âmbito da enfermagem.

Salientamos que grande parte do que até aqui foi afirmado em termos de relação supervisiva, tal como já foi referido na introdução corresponde a situações muitas vezes por nós vividas ou mais regularmente observadas. Com isto queremos afirmar que, nem sempre os modelos de formação ou cenários supervisivos obedecem a padrões. Casos existem, em que a supervisão funciona excepcionalmente bem, com ganhos imensos para ambas as partes. Noutros, felizmente menos, o panorama é algo desanimador.

Poderão ser vários os factores associados a alguma da disfuncionalidade verificada durante o processo supervisivo clínico. Por este motivo, tanto supervisores como estudantes devem ser vistos como agentes activos cujos *"(...) pensamentos, planos e percepções influenciam e determinam a sua conduta"* (Garcia, 1987 *apud* Amado, 2001). Em termos gerais, baseados na revisão bibliográfica efectuada, podemos afirmar que estes poderão prender-se com variáveis mais ligadas à figura do supervisor, outras às características do estudante e/ou, à relação estabelecida entre ambos ou ainda ao contexto e a uma *"certa incongruência"* entre os *"ensinamentos"* ministrados pelos supervisores das Instituições de Saúde e aquilo que é preconizado pelas Escolas Superiores de Enfermagem. Como diz Postic (1984:13) *"(...) querer explicar a relação educativa em abstracto, sem a ligar aos outros componentes da situação, nomeadamente aos objectivos e às tarefas, sem a colocar no seu contexto sociológico, sem considerar as características da personalidade dos parceiros em presença, levaria a propor uma descrição formal, sem chegar a uma explicação real dos factos vividos"*.

Em termos muito gerais, poderíamos considerar relativamente ao supervisor um amplo leque de variáveis pessoais (personalidade, idade, sexo, anos de carreira, tipo de formação, valores e crenças); todas essas dimensões possuem uma forte e imediata incidência na qualidade da relação supervisiva, constituindo, como diz Pacheco (1995) relativamente aos professores, a “*tela de fundo*” do contexto em que os mesmos decidem perante situações específicas, definindo tanto o seu pensamento como a sua acção.

Vários autores (Ryan, 1996; Pires, 1998; Caires, 2001) colocam a tónica na figura do supervisor, salientando o não cumprimento, por parte deste, de alguns dos parâmetros estipulados em termos do seu papel, o que parece repercutir-se no tipo de aprendizagens efectuadas. Na sua origem parecem estar variáveis como “*a pouca disponibilidade*”: (...) *O acompanhamento nem sempre é aquele que gostaríamos que existisse, porque muitas vezes não há disponibilidade. Os estagiários acabam por ter que fazer o trabalho sozinhos, ou ficar a ver-nos fazer*” (Booth et al, 1995; Caires & Almeida, 1997a; Pires, 1998; Caires 1996, 1998 *apud* Caires 2001); “*um excessivo número de estudantes sob a sua supervisão*” (Pires, 1998; Caires, 1996; 1998; 2001); “*o factor “obrigatoriedade” em relação à supervisão de estudantes*” (Duquette, 1994; Booth et al, 1995; Martin, 1997; Caires 2001), sobretudo se são nomeados para este papel sem consulta prévia. “*O desconhecimento do seu papel*” (Duquette, 1994; Silva 1997), ou a “*falta de formação e treino específico em supervisão*” (Theis-Sprinthal, 1986; Ryan et al 1996; Alarcão; 2003), são outros tantos factores ligados à figura do supervisor, que parecem contribuir para explicar algumas das dificuldades observadas.

Outros autores centram as suas explicações nas dificuldades relacionais existentes entre supervisor-estudante em termos de personalidade e orientação filosófica pessoal e profissional (Cole & Knowles, 1993; Galvão, 1996 *apud* Caires 2001). Uma comunicação ineficaz, por vezes desencadeada por sentimentos de desconfiança relativamente ao supervisor (ou vice-versa) é

também referida por alguns autores como potencial causa (Alarcão, 1996; D'Espiney, 1997; Caires 2001).

O trabalho em ambiente hospitalar assume, um carácter extremamente pesado, porque lida com a vida e a morte, gerando grandes tensões, quer nos estudantes, quer nos supervisores. *"Uma falha pode constituir um erro grave e um engano numa medicação pode ser fatal"* (D'Espiney, 1997:178). Por este motivo, alguns autores falam-nos de uma atitude excessivamente directiva ou *"controladora"* por parte do supervisor relativamente à actuação do estudante, podendo constituir um obstáculo à edificação de uma boa relação entre ambos, dada a ênfase colocado no seu papel de avaliador e à falta de confiança revelada relativamente à pessoa ou às capacidades do estudante (McNally *et al*, 1997; D'Espiney, 1997; Caires 2001). Em resultado desta postura, surge um clima de desconfiança e apreensão relativamente à figura do supervisor: *"(...) estou sempre de pé atrás quando o [supervisor] está ao pé de mim. (...) Não podemos dizer o que pensamos, é preciso ter cuidado. (...) o [supervisor] deveria estar lá para ajudar e não para vigiar..."* D'Espiney (1997:178) alguns factores mais ligados à avaliação são também apontados, contudo, esta temática irá ser tratada em sede própria, dada o seu pragmatismo e envolvimento.

Uma atitude excessivamente controladora por parte do supervisor ou o tipo de feedback fornecido ao estudante poderão, também, reforçar a dependência deste relativamente às suas directrizes, despoletar sentimentos de insegurança e elevados níveis de ansiedade, em última análise poderá constituir-se como inibidor da aprendizagem e do não desenvolvimento da autonomia tão almejado (Oliveira, 1992; Galvão, 1996; D'Espiney, 1997; Caires, 2001).

A falta de competência do supervisor, enquanto modelo ou facilitador da aprendizagem, consta também entre o rol de variáveis apontadas como estando associadas a uma experiência de supervisão pouco satisfatória (Cole & Knowles, 1993; Duquette, 1994; Ryan *et al*, 1996; *apud* Caires, 2001). Duquette

(1994) refere que uma das razões que poderá explicar uma evolução pouco satisfatória por parte do estudante, prende-se com a ausência ou inadequabilidade das explicações do supervisor relativamente ao que está a fazer e ao porquê do mesmo. Outras vezes, o problema parece residir em termos da competência do supervisor enquanto profissional ou na forma como esta competência é percebida pelo estudante ou o seu modo de actuação fica muito aquém daquilo que o estudante esperava para modelo, constituindo-se a experiência clínica para este com o uma experiência "*deseducativa e frustrante*", (Cole & Knowles, 1993 *apud* Caires, 2001).

Apesar do inquestionável papel do supervisor clínico no desenvolvimento da aprendizagem do estudante, no estabelecimento de uma boa relação entre ambos e ainda na socialização organizacional deste, não olvidemos que esta se trata, como já referimos, de uma relação dual, portanto cabe também cota de responsabilidade ao estudante. Nem todos os estudantes, devido às suas características pessoais e de personalidade, estão abertos a "*receber ajuda ou a ser orientados no sentido de melhorarem as suas práticas*" (Duquette, 1994; McNally *et al*, 1994; Caires, 2001) e nós supervisores "*(...) tendemos a esquecer que, se os fenómenos pedagógicos dependem de características biopsicossociais dos sujeitos que os originam, estas dependem, por sua vez, de fenómenos educacionais, pois não conhecemos homens, nem sociedades, dissociados das formas e instituições educativas que estão na base da sua formação e do seu desenvolvimento*" (Estrela, 2000:79). Ter em conta o estudante como indivíduo com as suas idiossincrasias é ver nele, em primeiro lugar, uma história de vida e, por detrás dela, muitos condicionalismos (heterogeneidade social, estilos de vida, valores culturais, história clínica e história escolar, etc.) que explicam a qualidade do envolvimento e empenhamento nas exigências actuais de um ensino clínico.

Habitualmente os estudantes em ensino clínico falam pouco e as tentativas iniciais por parte do supervisor no sentido de estabelecer um clima relacional positivo (Alarcão & Tavares, 2003; 1992; Caires, 2001) acabam por sair

frustradas. Com o evoluir do estágio, com os crescentes níveis de exigência e dificuldade inerentes às tarefas que lhe vão sendo atribuídas, a tendência é para a defensividade e/ou as “reservas” do estudante aumentarem. Com estas, o “fosso relacional” existente entre ambos aumenta também, tornando cada vez mais difícil a comunicação entre ambos (Alarcão, 1996; Caires 2001).

Por outro lado, o advertir o estudante atempadamente para a necessidade de reformular a sua postura e *performance* durante o ensino clínico, pode ter um efeito “rotulante” sobre o mesmo, o qual poderá agravar ainda mais a situação. Para além de se comparar com os colegas que estão a ser melhor sucedidos, o estudante tem que lidar com uma chamada de atenção, ou seja, com uma avaliação negativa do seu desempenho por parte do seu supervisor. Para alguns estudantes, a ameaça que uma situação como esta representa em termos de auto-estima e auto-eficácia, poderá fazer aumentar ainda mais os seus níveis de defensividade, inércia ou um quase total desinvestimento no ensino clínico (Oliveira, 1992; Capel *et al*, 1997 *apud* Caires 2001).

Também as relações entre os supervisores/Instituições de Saúde e docentes/Escolas Superiores de Enfermagem, parecem influenciar o processo supervisão. A este propósito D’Espiney (1997) escreveu: “*As relações existentes entre os profissionais de enfermagem dos locais de estágio e os da escola caracterizam-se sobretudo por alguma formalidade e distanciamento relativamente à realidade social que se vive nos serviços. A preparação das práticas clínicas é feita normalmente com base numa reunião entre professores e as enfermeiras-chefes dos serviços, onde é fornecido o conjunto das informações consideradas necessárias, nomeadamente os objectivos, a fase do curso, o tempo de duração e a forma organizativa prevista (...). Os enfermeiros dos serviços mantêm-se geralmente à margem de todo o processo de formação dos alunos, desconhecendo na globalidade as orientações do estágio*” (p.177). Apesar de existirem sinais de mudança, quase uma década depois, nós continuamos a reiterar a afirmação da autora. Este facto parece-nos relevante, uma vez que parecem residir no mesmo, algumas das dificuldades do supervisor e também do aluno

em fazer a “*ponte*” entre a teoria e a prática (Caires, 2001). É que, para além de se tratarem de culturas diferentes, em que por um lado, a Instituição de Saúde valoriza a cultura do “*fazer*” e, por outro, a Escola de Enfermagem a do “*saber*”, sendo conhecido o conflito latente e até expresso entre o que se ensina e o que se pratica, são pouco evidentes e raros os esforços de aproximação no sentido de esbater esta dialéctica. Apesar das múltiplas críticas avançadas em resultado da constatação de um significativo “*corte*” entre estas duas entidades (Pinto, 1995; Alarcão, 1996; Amiguiño *et al*, 1997; D’Espiney, 1997 e Caires 2001), a verdade é que, ainda hoje, a responsabilidade de fazer esta articulação parece continuar a ser tarefa quase exclusiva do estudante.

A avaliar pelos relatos de alguns supervisores, na origem do referido desconforto, parece estar uma certa falta de articulação entre estas duas entidades que pode traduzir-se, na não preparação conjunta dos ensinamentos clínicos, nas escassas reuniões realizadas entre ambos no decorrer dos mesmos, num desconhecimento quase total do supervisor da instituição relativamente ao plano de estudos do curso e ao tipo de preparação que foi dada aos alunos durante os “*timings*” lectivos, o desconhecimento ou dificuldade em termos de critérios na avaliação dos estudantes e ainda o desconhecimento do próprio estudante como pessoa (Caires, 2001).

Apesar do que foi dito anteriormente, relativamente às questões da articulação Escola Superior de Enfermagem - Instituição de Saúde, a verdade é que muito embora existam algumas dificuldades, estas são, entre a grande maioria dos supervisores, superadas. De referir, no entanto, que tal como acontece entre os estudantes, os níveis de dificuldade podem variar, podendo diferentes supervisores necessitar de diferentes níveis e tipos de apoio. Pese embora a importância da articulação entre as Escolas e as Instituições de Saúde, e de algumas evidências recolhidas junto dos próprios estudantes validarem tal facto (Caires, 1996 e 2001; D’Espiney, 1997), a verdade é que variáveis como as visitas à Instituição pelo docente, não parecem estar relacionadas com o

desenvolvimento profissional do estudante. De acordo com (Galvão, 1996 *apud* Caires, 2001), as expectativas dos estudantes relativamente aos docentes, aquando em ensino clínico, prendem-se mais com a disponibilidade para esclarecer algumas dúvidas, apoio na preparação de determinadas temáticas ou a cedência/sugestão de alguns materiais e/ou bibliografias relevantes para a sua actividade no ensino clínico. Por vezes, uma maior assiduidade nas visitas à Instituição por parte do docente, surge quando o estudante revela alguma insatisfação ou alguns conflitos com o supervisor, aí, a sua presença surge como uma tentativa de moderar ou atenuar o conflito. Outras vezes, é a emergência de determinados problemas ou dificuldades no estudante, (ou porque não se está a conseguir adaptar, ou porque não está a corresponder critérios considerados mínimos do ensino clínico) que justificam uma assistência com maior acuidade (Caires, 2001).

Felizmente na maioria dos casos, a supervisão assume contornos positivos e a relação supervisor-estudante funciona razoavelmente bem, sendo a supervisão vivenciada com elevados níveis de satisfação, (Galvão, 1996; Ludke, 1966; Caires, 1998; Caires 2001; Belo, 2003; Fonseca, 2004).

Na perspectiva do supervisor, uma das principais vantagens da supervisão tem a ver com questões relacionadas com o desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes (Duquette, 1994; Capel *et al.*, 1997 *apud* Caires, 2001; Alarcão, 2003). O facto de ter que explicar os *comos* e os *porquês* da sua prática obriga-os a ter que reflectir sobre a mesma e eventualmente, a reformulá-la, em resultado dessa reflexão. Ainda segundo os mesmos autores, supervisionar estágios, implica troca de experiências, bem como a actualização e confronto, relativamente àquilo que é feito e o que é preconizado nas escolas de enfermagem, constituindo ainda, uma oportunidade para desenvolver competências profissionais e interpessoais, para reflectir sobre as estratégias mais adequadas e, para aprender com os próprios estudantes.

Na perspectiva do estudante, o facto de ter a oportunidade de partilhar com o supervisor as suas experiências e os seus medos, debater as suas teorias e representações acerca da profissão, constitui uma fonte de apoio para o mesmo. A par desta componente mais emocional, o reflectir e ensaiar em conjunto com o supervisor as diferentes alternativas de actuação perante um dado problema são motivo de elevados níveis de satisfação, para além de fortes potenciadores da aprendizagem e maturação do estudante. Em resultado desta partilha e de alguma cumplicidade surgida entre ambos, surge igualmente uma crescente capacidade de auto-reflexão e resolução de problemas, (Amaral *et al*, 1996; Alarcão, 1996; Caires 2001; Alarcão e Tavares, 2003).

5. As Competências Supervisivas na Construção do Saber

A construção de saberes em enfermagem é uma necessidade, tal como afirmam Pearson e Vaughan (1992 *apud* Carvalho, 2003), “(...) *as acções de enfermagem devem ser explicáveis, defensáveis e assentes em conhecimentos e não em tradições e mitos*”, pois tem que se identificar o que é a enfermagem, a sua finalidade, os seus objectivos, assim como, os saberes e competências para os atingir. Martin (1991:35), define saber em enfermagem, como “(...) *a capacidade de decidir, para além do explícito (sintoma clínico) o implícito no pedido da pessoa cuidada e a isso responder de modo adaptado*”. Para a autora, o saber reside na elaboração de um diagnóstico de enfermagem e na acção que daí deriva. É um saber holístico, apoiando-se sobre um raciocínio mental sistémico e cibernético que permite cuidar da pessoa na sua globalidade, prestando cuidados personalizados, correctos, coerentes, eficazes e evolutivos (Carvalho, 2003).

No sentido de promover a apropriação destes saberes pelo estudante, Martin (1991), considera indispensável que o supervisor de ensino clínico detenha competências que facilitem a exploração de situações de cuidados, de trabalho e pedagógicas, de modo a permitir ao estudante o desenvolvimento e o exercício das suas faculdades mentais perante casos reais, levando a que se passe da apreensão concreta de uma situação para a representação abstracta e conceptual. A valorização da(s) experiência(s) no contexto da formação e da aprendizagem apela a uma interacção entre os saberes teóricos, saberes processuais e saberes práticos, estruturados por um ciclo recursivo entre uma via simbólica e uma via material de aprendizagem (Malglaive, 1995); a experiência de quem aprende constitui-se num ponto de partida e de chegada dos processos de aprendizagem.

Nesta perspectiva, o ensino clínico já não é considerado como um espaço de aplicação de conhecimentos teóricos na prática. Ele é muito mais abrangente e globalizador do que isso, é um modo de aprender a partir da sua própria

experiência, desenvolvendo as dimensões técnica, cognitiva e relacional, que genericamente são denominadas de saber, saber-fazer e saber-ser ou estar.

Boterf (1995), considerando que a competência consiste em mobilizar saberes seleccionando-os, integrando-os e combinando-os, distingue os seguintes tipos de saberes para a sua aquisição: Saber teórico, saber processual, saber-fazer-processual e saber-fazer experiencial. Ainda segundo o mesmo autor, a competência será então, a capacidade de integrar saberes diversos e heterogêneos para resolver problemas e realizar as diferentes actividades.

É na medida em que as competências são da ordem do saber mobilizar (pode-se armazenar informação, mas não competência) que elas não podem ser dotadas de universalidade e existir independentemente dos sujeitos e dos contextos (Canário, 1997). A competência, afirma Boterf (1995), não é um estado, nem um saber que se possui, nem um adquirido da formação. Só é compreensível em acto, daí o seu carácter finalizado, contextual e contingente. É neste sentido que as competências são emergentes dos contextos de acção profissional (e não prévias), o que significa que a produção de competências supõe uma situação comunicacional. Não é possível haver competência na ausência de transacção (Carvalho, 2003).

O supervisor intervém num contexto de mudança, ajudando os estudantes a descrever as suas dificuldades e as necessidades de formação, a analisá-las, para em seguida as problematizar e, em conjunto, organizarem actividades formativas por forma a dar resposta a essas dificuldades e necessidades identificadas. Como tal, o supervisor deverá possuir um conjunto de competências técnico-científicas, relacionais, estratégicas, avaliativas e, como refere Dias (2004:38), "*(...) experiência na unidade onde se desenvolve a formação*".

Nas competências técnico-científicas falamos do saber e do saber fazer específico da profissão das qualificações tecnológicas, que no campo da saúde

são diversas; nas competências estratégicas os cenários, as estratégias, técnicas e métodos de formação usados na transmissão do conhecimento; nas relacionais, a capacidade de estabelecer uma relação de ajuda quer com o estudante, quer com os utentes, pois como refere Costa (1998:20) “(...) *há uma parte fundamental no exercício da enfermagem, que não há máquina que a substitua, é a face relacional*”.

Parte-se assim, do pressuposto que estas competências se desenvolvem a partir de experiências chave do itinerário pessoal e profissional do indivíduo, podendo ser desenvolvidas por actividades de trabalho, formação, sociais, reconhecendo-lhes transferibilidade, podendo ser utilizadas em diversas funções, no caso, a função supervisiva, de forma a que o supervisor consiga dar suporte, desafiar e ajudar o estudante a perspectivar-se profissionalmente (Reid, 1994), agindo empática e assertivamente, como verdadeiro facilitador do processo de ensino-aprendizagem, de modo a que seja “(...) *uma actividade dinâmica, na qual o indivíduo mobiliza todo um conjunto de recursos, tendo em vista tornar-se um factor de produção de saberes e não um simples receptor apático dos mesmos*” (Galhanas, 1997:6).

5.1. Competências técnico-científicas

As competências que caracterizam uma profissão decorrem de um conjunto de conhecimentos organizados. A aquisição de competência profissional requer, pois, o domínio prévio ou paralelo dos fundamentos teóricos dessa competência (Collière, 1999).

Ter competência técnico-científica, como nos refere Schön, citado por Alarcão (1991:10), “(...) *implica um conhecimento situado na acção, holístico, criativo, pessoal, construído, um conhecimento que depende, entre outras coisas, da capacidade do profissional para apreciar o valor das suas decisões e as consequências que delas decorrem*”. Com efeito, a enfermagem tem vindo a afirmar-se como disciplina do

conhecimento autónoma, com um campo de intervenção próprio; esta toma por objecto de estudo, não a doença em si, mas a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida; ou seja, espera-se dos enfermeiros um contributo no sentido do aumento do repertório de recursos internos das pessoas para lidarem com os desafios que requerem adaptação e auto controlo. Entendemos assim, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003) que *"(...) os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores - frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente"* (p.5).

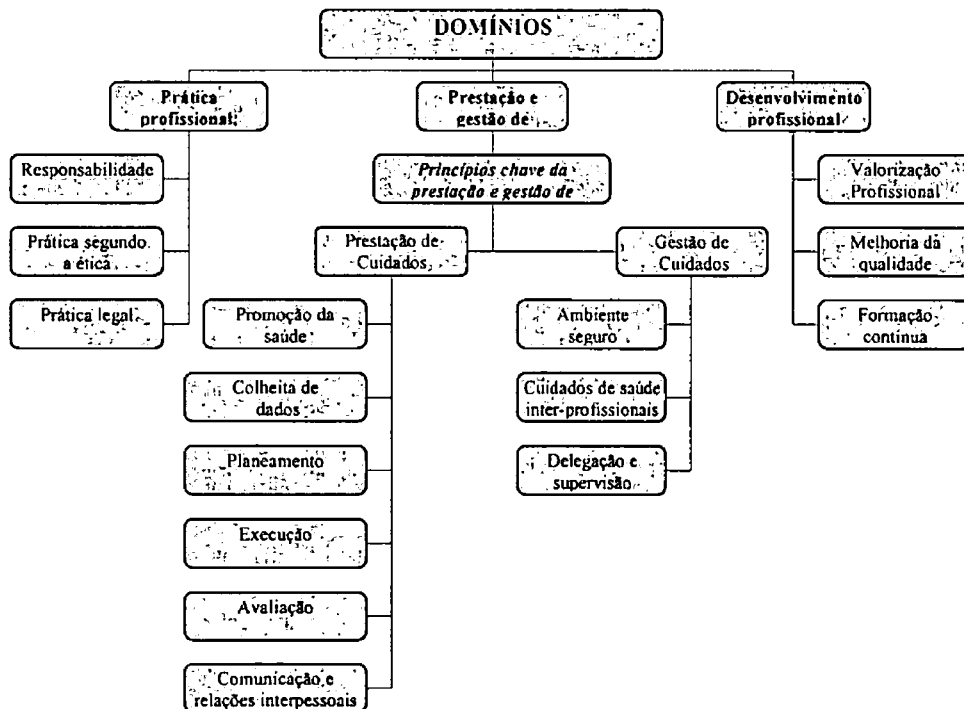
Em Portugal, o exercício da enfermagem está regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros e por um conjunto de normativos legais que têm por base directivas europeias que estruturam o seu sistema de formação. Existe um único nível de formação em enfermagem a que corresponde o grau de licenciado e o título profissional de Enfermeiro de Cuidados Gerais, para o qual a Ordem dos Enfermeiros, após um amplo debate entre os profissionais de enfermagem e de um estudo de âmbito nacional, com recurso à técnica de Delphi, definiu em 2003 o perfil profissional em conformidade com o Framework of Competencies For The Generalists Nurses, do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN).

Face à missão que a enfermagem cumpre na sociedade actual, emergem quatro domínios de intervenção dos enfermeiros, a saber: a prática dos cuidados, a gestão, a formação e a investigação (figura 6). Assim, o enfermeiro deve ser capaz de em situação mobilizar um conjunto de competências específicas próprias do exercício da profissão que *"(...) tem como objectivo fundamental a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção*

social” (Ordem dos Enfermeiros, 2003:5), para além de um conjunto de competências transversais que incluem a flexibilidade, a criatividade, a autonomia, o sentido de responsabilidade, o trabalho em equipa, a adaptação à mudança, a capacidade de reflectir criticamente, de tomar decisões e a capacidade de agir de forma competente e autónoma no seio de uma equipa multidisciplinar.

Aprender a aprender surge como um eixo estruturante de todo o processo de aprendizagem, uma vez que é este que permite que o profissional mantenha ao longo da sua vida uma atitude de aprendizagem permanente face aos desafios constantes que os desenvolvimentos na saúde impõem.

Figura 6
Domínios das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais



5.2. Competências Relacionais

Conforme podemos verificar no capítulo relativo à relação supervisiva, o contexto ou a atmosfera afectivo-relacional pode condicionar negativa ou

positivamente o processo superviso. Efectivamente, para que o processo de supervisão se desenrole nas melhores condições é necessário, segundo Alarcão e Tavares (2003), “(...) criar um clima favorável, uma atmosfera afectivo-relacional e cultural positiva, de entre-ajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária” (p.61) entre o supervisor e o estudante, de modo a que estes coloquem à “(...) disposição um do outro o máximo de recursos e potencialidades, de imaginação, de conhecimentos, de afectividade, de técnicas, de estratégias de que cada um é capaz a fim de que os problemas que surjam no processo de ensino-aprendizagem dos alunos e nas próprias actividades de supervisão sejam devidamente identificados, analisados e resolvidos” (Idem).

Numa tentativa de definir as competências do supervisor, Mosher e Purpel (1972 *apud* Alarcão e Tavares, 2003:73) identificam seis áreas de características que este deve manifestar, que vão desde a sensibilidade para detectar problemas/causas, capacidade de análise dos mesmos, passando pela capacidade de estabelecimento de uma comunicação eficaz com o estudante, assim como ter competências enquanto profissional da prática, ser detentor de saberes teóricos, responsabilidade social enquanto formador e prestador de cuidados mas, sobretudo, “skills” de relacionamento interpessoal.

Também para Glickman (1985), são os “skills” interpessoais que emergem como fundamentais no desempenho do papel superviso, identificando as dez categorias seguintes:

- Prestar atenção
- Clarificar
- Encorajar
- Servir de espelho
- Dar opinião
- Ajudar a encontrar soluções para os problemas
- Negociar

- Orientar
- Estabelecer critérios
- Condicionar

Com efeito, o mesmo autor afirma que a ênfase colocada nalgumas destas atitudes, determina o estilo superviso que poderá recair num dos três tipos seguintes: *Não directivo, de colaboração e directivo* (Figura 7). Contudo, à semelhança do que afirmámos nos cenários superviso, Glickman (1985) refere que também estas atitudes e comportamentos não são exclusivos de um ou de outro estilo superviso.

Figura 7
Estilos de superviso, segundo Glickman (1985)

Comportamentos	Não - Directivo	De Colaboração	Directivo
Estilos de superviso			
Prestar atenção			
Certificar			
Encorajar			
Servir de espelho			
Dar opinião			
Ajudar a encontrar soluções			
Negociar			
Orientar			
Estabelecer Critérios			
Condicionar			

Através da pesquisa bibliográfica efectuada, acerca de “*novos skills*”, Pires (1994) verificou que embora denominados e caracterizados sob formas ligeiramente diferentes, consoante o tipo de abordagem e os contextos onde se desenvolveram, obedecem ao mesmo denominador comum. Trata-se de um

conjunto de competências não especificamente técnicas, mas do foro pessoal e relacional dos indivíduos, e que podem assumir designações tais como, competências genéricas, “*Soft skills*” ou competências de terceira dimensão (Carvalho, 2003).

As *competências genéricas*, segundo Pires (1994:10) “*são definidas como sendo as características do indivíduo que acentuam o seu funcionamento eficaz durante a vida e determinam um comportamento, não sendo no entanto seu sinónimo*”. Nestas, o autor identificou onze competências principais:

- Espírito de iniciativa;
- Perseverança;
- Criatividade
- Sentido de organização
- Auto-controle;
- Liderança;
- Auto-confiança;
- Percepção e interpercepção nas relações pessoais;
- Percepção e solicitude em relação aos outros.

As “*soft skills*”, assim denominadas nos trabalhos da Euronet, ou competências transversais segundo a Ordem dos Enfermeiros, foram consideradas um conjunto de competências fundamentais, das quais são exemplo: flexibilidade, autonomia, responsabilidade, criatividade, iniciativa, abertura a novas ideias, motivação, liderança e as capacidades de trabalho em grupo, de comunicação, de análise e de aprendizagem (Pires, 1994).

As *competências de terceira dimensão*, são aquelas que não fazem estritamente apelo nem às capacidades intelectuais nem às capacidades psicomotoras, mas à terceira dimensão do comportamento dos indivíduos, muitas vezes denominada de saber-ser/estar, atitudes sócio-afectivas ou ainda características

personais. Estas segundo Carvalho (2003), agrupam-se segundo quatro características distintas:

- Os comportamentos profissionais e sociais
- As atitudes relacionais e de comunicação
- As capacidades criativas
- As atitudes existenciais ou éticas

Face ao exposto, ao conseguir mobilizar todas estas competências, tendo como tela de fundo um bom ambiente afectivo-relacional, o supervisor de ensino clínico irá, com certeza, dar suporte ao estudante, dando-lhe *feedback* positivo, desafiando-o, orientando-o (Reid, 1994), estabelecendo critérios de actuação e também condicionando o seu desempenho (Postic, 1984), de forma a que este aprenda a “*enfermagem prática*” e a facilitar a sua inserção futura no mundo do trabalho através das regras de funcionamento da organização.

5.3. Competências Estratégicas

Num passado não muito remoto, o ensino clínico tinha como objectivo aplicar a teoria à prática. Actualmente, além do desenvolvimento de competências técnico-científicas, pretende-se que o estudante, partindo da situação real e única que se lhe apresenta, e dos conhecimentos prévios que possui, consiga desenvolver novos conhecimentos, capacidades, atitudes e competências. Contudo, para que este processo se desenvolva é necessário que o supervisor detenha competências estratégicas, isto é, para além de estimular um bom clima afectivo-relacional e deter domínio técnico-científico, possua conhecimentos que facilitem o processo de ensino-aprendizagem, numa perspectiva reflexivo-construtivista. Assim, esta será uma aprendizagem experiencial, que segundo Schön (1987 *apud* Alarcão, 1996) se desenvolve através do *conhecimento na acção*, *reflexão na acção*, *reflexão sobre a acção* e *reflexão sobre a reflexão na acção*. Deste

modo, através da reflexão sobre a prática, antes durante e após esta ocorrer, são gerados novos saberes, que permitem ao estudante adaptar-se a novas situações, semelhantes ou não, habilitando-o em cada situação, a problematizar a acção, isto é, avaliar a situação, programar a actuação, desenvolver a acção, avaliar os resultados e tirar conclusões, pois como refere Sá-Chaves (2000) citando Zeichner (1993) : “*Não é a prática que ensina: é a reflexão sobre a prática*” .

A análise da actividade 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 caracterizam um determinado problema.

A reflexão é de primordial importância, pois o estudante necessita de compreender o significado da enorme quantidade de dados e de informação que a prática lhe oferece para, deste modo, poder interiorizar e aprender. Dewey (1993 *apud* Costa, 1998:24) identifica a reflexão “*(...) como uma maneira de encarar e responder a problemas*”. Também Martin (1991) a propósito da reflexão sobre a prática profissional considera que, para promover a apropriação de saberes no estudante, é indispensável explorar situações de cuidados, de trabalho e pedagógicas, de modo a permitir ao estudante o desenvolvimento e o exercício das suas faculdades mentais perante casos reais, levando a que passe da apreensão concreta de uma situação para a representação abstracta e conceptual.

Com efeito, a reflexão sendo um processo de revisão da experiência efectuada, através da descrição, análise e avaliação de situações, promove a aprendizagem sobre determinada prática. Deste modo, o papel do supervisor de ensino clínico consiste em ajudar o estudante na análise dos dados, na atribuição de

significados e na tomada de decisão relativamente à acção a seguir (Alarcão e Tavares, 2003). Para isso, poderá basear-se, por exemplo, no *Ciclo de Gibbs* (Reid, 1994) que seguidamente apresentamos:

Figura 8
Ciclo Reflexivo de Gibbs



É o conhecimento contextualizado, a alinhar-se ao lado dos conhecimentos declarativo e processual, desenvolvidos por uma epistemologia científica e técnica. Por detrás da epistemologia da prática que Schön defende, está uma perspectiva do conhecimento, construtivista e situada, e não uma visão objectiva e objectivante como a que subjaz ao racionalismo técnico.

Em supervisão, a estratégia constitui uma componente estruturante do processo que, através do planeamento de acções escolhe, organiza e gere as actividades supervisivas, potenciadoras do desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes no processo. Contudo, tal como quando nos referimos aos modelos de formação e aos cenários supervisivos, consideramos que não se pode falar de uma estratégia supervisiva única, válida para todos os casos e situações. Assim, as estratégias supervisivas são uma combinação de elementos

que formam um todo coerente e definem uma abordagem pedagógica específica, sem que as suas modalidades de aplicação sejam especificadas, poderão ser utilizadas em diferentes combinações, já que não são mutuamente exclusivas, tendo em consideração as características dos actores, os objectivos pretendidos, os conteúdos, os recursos existentes e os condicionalismos inerentes à situação.

Com efeito, mantendo a coerência estratégica assente na reflexão, podemos recorrer a diversos métodos e técnicas, tais como, *perguntas pedagógicas, narrativas, análise de casos, portfólios reflexivos, observação, trabalho de projecto e a investigação-acção*, que irão servir de veículos usados pelo supervisor de ensino clínico de modo a propiciar situações, que de acordo com o *Curriculum* da Licenciatura em Enfermagem, permitam ao estudante vivenciar as experiências necessárias à apropriação dos conhecimentos dependendo do nível de desenvolvimento deste e, deste modo, atingir os objectivos propostos (Amaral, 1996; Alarcão e Tavares, 2003).

5.3. Competências Avaliativas

A avaliação ocupa, sem dúvida, um espaço relevante no conjunto das competências pedagógicas aplicadas aos processos de ensino e aprendizagem. No ensino superior (não constituindo a enfermagem excepção), tal relevância assume proporções ainda mais críticas, uma vez que as expectativas em torno do estudante – dele próprio e da sociedade – são elevadas e múltiplas: espera-se formar um homem culto, um enfermeiro competente, enfim, um indivíduo capacitado para resolver problemas pertinentes na respectiva área do conhecimento. Deste modo, avaliar não pode resumir-se a classificar; não é simplesmente atribuir notas, obrigatórias à decisão de avanço ou retenção em determinada disciplina ou, no caso, em determinado ensino clínico. Por este motivo, a avaliação continua ainda hoje, no cerne do questionamento do

processo educativo, constituindo uma das suas dimensões fundamentais, actuando como reguladora do trabalho dos estudantes, dos docentes e também dos supervisores clínicos, é a bússola e o sextante do processo: fornece a informação necessária à busca dos caminhos e ao marcar dos rumos (Lemos, 1993).

Sendo a avaliação uma “*peça-chave*” no processo de ensino-aprendizagem, antes de mais, será necessário perceber o que se entende por avaliar. Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa On-Line¹ *avaliar* significa “*determinar a valia ou o valor de; apreciar o merecimento de; aquilatar, reconhecer a força de, a grandeza de; estimar; prezar; orçar; computar; reputar-se; ter-se em conta; julgar-se como, ajuizar*”. Hadji (1994), na tentativa da clarificação do conceito remete-nos para termos como: verificar, julgar, estimar, situar, representar, determinar, aconselhar...

Face ao citado anteriormente, o conceito de avaliação implica uma apreciação, um julgamento, uma valoração e, qualquer acto que implique julgar, valorar, implica que quem o pratica tenha uma norma ou padrão que lhe permita atribuir um dos valores possíveis a essa realidade. Ainda que avaliar implique alguma espécie de medição, a avaliação é muito mais ampla que a medição e/ou a classificação, logo não é um processo linear, ainda que se trate de um processo, está inserido noutra muito mais abrangente que é o processo de ensino-aprendizagem; que também não é linear, porque no seu decurso, vai sofrendo ajustes permanentes.

Assim, segundo Hadji (1994:31) avaliar é “*(...) o acto pelo qual se formula um juízo de valor, incidindo num objecto determinado (indivíduo, situação, acção, projecto, etc.), por meio de um confronto entre duas séries de dados que são postos em relação:*

- *Dados que são da ordem do facto em si e que dizem respeito ao objecto real a avaliar, [referido];*

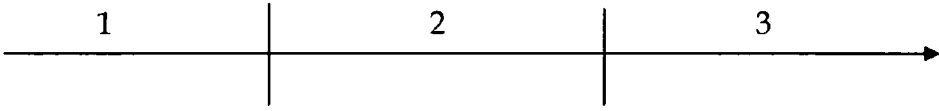
¹ http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx

- *Dados que são da ordem do ideal e que dizem respeito a expectativas, intenções ou projectos que se aplicam ao mesmo objecto, [referente]”.*

A avaliação realizada durante o processo de ensino-aprendizagem pode ser incluída em três modalidades diferentes (diagnostica, formativa e sumativa) e pode ser caracterizada de acordo com três funções principais (orientação, regulação e certificação), dependendo da fase do processo em que é realizada e dos objectivos que lhe estão subjacentes. Como se pode observar na figura seguinte, Hadji (1994) sintetiza as três modalidades e funções da avaliação da seguinte forma:

Figura 9

Sequência do Processo de Ensino-Aprendizagem ou Acção de Formação



1	2	3
<p>Antes da Acção de Formação (1)</p> <p>↳ Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica • Prognóstica • Preditiva <p>↳ Função</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar • Adaptar <p>↳ Centrada</p> <ul style="list-style-type: none"> • No produtor e nas suas características (identificação) 	<p>Durante a Acção de Formação (2)</p> <p>↳ Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formativa • “Progressiva” <p>↳ Função</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regular • Facilitar (a aprendizagem) <p>↳ Centrada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos processos de produção • Nas actividades de produção 	<p>Após a Acção de Formação (3)</p> <p>↳ Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sumativa • Terminal <p>↳ Função</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar • Certificar <p>↳ Centrada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos produtos

A avaliação diagnostica ou prognóstica realiza-se no início de uma sequência de aprendizagem e visa “(...) proporcionar informações acerca das capacidades do

estudante/formando antes de iniciar um processo de ensino aprendizagem” Miras e Solé (1996:381), ou ainda, busca a determinação da presença ou ausência de habilidades e pré-requisitos, bem como a identificação das causas de repetidas dificuldades na aprendizagem (Bloom, Hastings e Madaus, 1975).

Haydt (1995), refere-se à avaliação formativa como uma forma de constatar se os estudantes estão, de facto, a atingir os objectivos pretendidos, verificando a compatibilidade entre tais objectivos e os resultados efectivamente alcançados durante o desenvolvimento das actividades propostas. Ainda segundo a mesma autora, esta forma de avaliação representa o principal meio, através do qual o estudante passa a conhecer os seus “erros” e “certezas” encontrando assim, maior estímulo para um estudo sistemático dos conteúdos.

Outro aspecto importante destacado por Haydt (1995), é o da orientação fornecida por este tipo de avaliação, tanto ao estudo do estudante como ao trabalho desenvolvido pelo professor, destacando e identificando “(...) *deficiências na forma de ensinar, possibilitando reformulações no seu trabalho didáctico, visando aperfeiçoá-lo*”(p.17) – (avaliação dos *res*: regular, reajustar, reformular, remediar... é a avaliação de “*rede fina*”). Na definição de Bloom, Hastings e Madaus (1975), a avaliação formativa visa informar o professor e o estudante sobre o rendimento da aprendizagem no decorrer das actividades escolares e a localização das deficiências na organização do ensino para possibilitar a correcção e recuperação das mesmas.

A avaliação sumativa visa “(...) *determinar o grau de domínio do estudante numa determinada área de aprendizagem*” o que “*permite outorgar uma qualificação que, por sua vez, pode ser utilizada como um sinal de credibilidade da aprendizagem realizada; por isso, (...) é denominada também de avaliação creditativa*” Miras e Sole (1996:378). A avaliação sumativa assume também, muitas vezes, uma vertente formativa, na medida em que os seus resultados servem de ponto de partida para a planificação de nova sequência didáctica.

Cardinet (1977 *apud* Hadji, 1994) propõe também um quadro de análise das funções de orientação, regulação e certificação da avaliação:

Quadro 1
Funções da avaliação

Funções Estratégias	Orientação (condições de aprendizagem)	Regulação (processos de aprendizagem)	Certificação (resultados da aprendizagem)
Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> ↳ <i>Prever</i> as dificuldades prováveis da aprendizagem com vista a ↳ <i>Escolher</i> entre diversas vias de formação ou de aprendizagem 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ <i>Compreender</i> o percurso do estudante ↳ <i>Descobrir</i> a origem das dificuldades ↳ <i>Apreciar</i> o grau de obtenção dos objectivos pedagógicos ↳ <i>Pilotar</i> e optimizar o processo de aquisição 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ <i>Verificar</i> que os objectivos estão atingidos ↳ <i>Atestar</i> esse resultado socialmente
Objecto (traços visados)	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Características estáveis do estudante: - Motivações - Capacidades e competências já dominadas 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Estratégias e dificuldades de aprendizagem ↳ Modos de funcionamento do estudante 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Competência global e terminal ↳ Saber-fazer significativo

A função de orientação da avaliação, marca o início de uma sequência de ensino, em que o professor planifica de acordo com as dificuldades detectadas nos alunos durante a fase do diagnóstico, e selecciona métodos mais adequados com vista à superação. O trabalho pedagógico inicia-se a partir do estado em que se encontram as aprendizagens dos estudantes e visa contribuir para o sucesso de novas aprendizagens.

No âmbito da função reguladora da avaliação, o supervisor afere da pertinência e adequação das opções tomadas e procede aos reajustamentos necessários. Nesta fase, o supervisor compreende efectivamente o percurso do estudante,

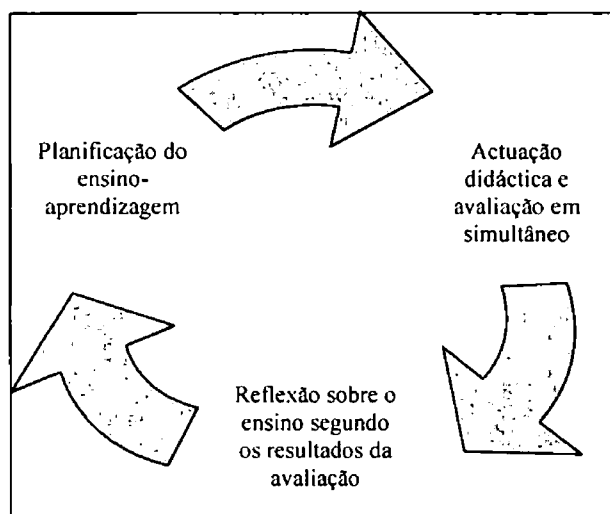
detecta a origem das dificuldades e otimiza o processo de aquisição e construção de saberes.

As aquisições dos alunos devem posteriormente ser sujeitas a procedimentos de avaliação que permitam aferir do seu grau de consecução, em consonância com os objectivos inicialmente definidos. Esta fase de avaliação (sumativa) pode servir unicamente para atestar os resultados e atribuir uma classificação que situa os alunos em relação aos outros e em relação aos objectivos gerais propostos, ou pode (e deve) também servir como ponto de referência para iniciar outra sequência da aprendizagem, assumindo novamente a função de diagnóstico.

Rosales (1992) caracteriza este processo referindo que “(...) encontramos-nos, pois, praticamente, com um processo de investigação-acção incluído dentro de outro processo de investigação activa” (p.87), em que as fases de avaliação repetem as fases do ensino, implicando-se totalmente nelas. O autor sugere um processo circular da investigação activa, que inclui fases de planificação, de actuação didáctica, de reflexão sobre o ensino e de intervenção (nova planificação), como se pode verificar na figura seguinte:

Figura 10

Processo de planificação do ensino-aprendizagem (Rosales, 1992)



O mesmo autor refere ainda, que o desenvolvimento do processo de avaliação interessa ao supervisor, porque “(...) necessita conhecer qual é o nível de aprendizagem com que os alunos começam, assim como a sua evolução através do processo didáctico, quais são as suas principais dificuldades e as causas prováveis das mesmas. Só desta maneira poderá adaptar convenientemente a sua acção sobre eles. O [supervisor] necessita conhecer, também, qual é a eficiência da sua própria actuação, assim como o papel dos recursos e da metodologia que utiliza e da própria programação” (p.91). Por seu lado, o estudante “(...) necessita conhecer qual é o resultado da sua actividade. Esse conhecimento permite-lhe situar-se em relação às exigências que lhe são colocadas, relativamente às actividades e objectivos a realizar” (idem).

No ensino clínico em enfermagem os modelos ou práticas de avaliação, variam segundo a Escola Superior de Enfermagem e ainda segundo o ano em que o mesmo decorre. Contudo, pela nossa experiência, podemos afirmar que, na generalidade dos cursos e das escolas, a avaliação em contexto clínico assenta genericamente na apreciação de instrumentos como, o *relatório de actividades*, o *dossier pedagógico* e mais recentemente, em algumas escolas, os *portfólios reflexivos*, nos quais o estudante vai construindo ao longo do ensino clínico uma mostra das actividades desenvolvidas, das aprendizagens efectuadas, das dificuldades vividas e reflexões realizadas durante o percurso. É contudo, sabido que a generalidade dos supervisores refere dificuldades em avaliar. Por isso, na generalidade das situações a avaliação dos trabalhos teóricos em ensino clínico está atribuída ao docente, enquanto que a “*avaliação das práticas*”, é uma das competências do supervisor, concorrendo o seu parecer, na generalidade das situações, em 50% da nota sumativa a atribuir ao estudante.

Face ao exposto, pensamos ser útil para os supervisores de ensino clínico, referir que apesar de existirem uma multiplicidade de modelos de registos para a avaliação, nomeadamente modelos em forma de grelha, o supervisor deve, preferencialmente, construí-los por medida (Hadji, 1994), adequando-os à sua forma de ensinar, à forma de os estudantes aprenderem, às competências que se

pretende que sejam mobilizadas e aos objectivos que se pretende atingir e avaliar. Deste modo, a construção e utilização de dispositivos de avaliação deverá ter em conta o seguinte conjunto de princípios (Morgado, 2001:65):

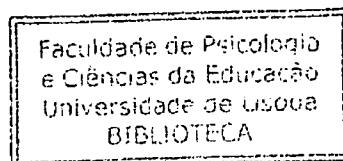
- *Os dispositivos de avaliação devem ser ajustados aos conteúdos ou dimensões a avaliar;*
- *Os dispositivos de avaliação devem decorrer dos objectivos estabelecidos para a avaliação;*
- *Os dispositivos de avaliação devem ser diversificados na sua forma e natureza;*
- *Deve ser partilhada com os estudantes informação sobre a natureza e finalidade dos diferentes dispositivos de avaliação;*
- *Deve ser assegurada a elucidação dos alunos sobre o tipo, natureza e critérios de avaliação do desempenho esperado;*
- *Os dispositivos de avaliação devem decorrer das práticas (...), isto é, devem incidir sobre os processos, competências e aquisições regularmente trabalhados;*
- *Os dispositivos de avaliação devem ser estruturados no sentido de clarificar e facilitar a tomada de decisão sobre situações problemáticas.*

Além dos princípios enunciados, o autor refere ainda, alguns aspectos a evitar na construção e utilização dos dispositivos de avaliação. São eles:

- *A excessiva centralização em referências normativas;*
- *A sobrevalorização de actividades de natureza sumativa;*
- *O papel passivo de quem é avaliado;*
- *O considerar quase exclusivamente aquisições de natureza cognitiva/académica;*
- *O acentuar de aspectos negativos, ou seja, referir preferencialmente “é competente a...” em vez de “não aquisição de...” (idem)*

Em última análise, para que a supervisão de ensino clínico chegue a “bom porto” é necessário reforçar o papel formativo de ajuste do ensino, e o papel formador de ajuste da aprendizagem à avaliação, “(...) *por um lado, como instrumento para adaptação constante das formas de ensino às características e às necessidades dos alunos; por outro, como instrumento para facilitar a assunção cada vez maior do controle e responsabilidade por parte do aluno sobre o seu próprio processo de aprendizagem*” (Idem:151).

Concluimos reiterando que sendo a avaliação uma das competências do supervisor de ensino clínico, esta deve ser “(...) *formativa, contínua, individual, processual, partilhada*” (Méndez, 2002:96), porque só assim poderá servir para conhecer e aprender, e não apenas para corrigir, examinar, seleccionar e excluir.



6. A Formação dos Supervisores

A noção de participação dos enfermeiros das Instituições de Saúde na formação inicial de estudantes está claramente explicitada na legislação, sendo que, a estes profissionais compete colaborar na formação realizada na unidade de cuidados.

Com efeito, a publicação do Decreto-Lei 480/88 de 23 de Dezembro, que integrou o Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, no Ensino Superior Politécnico, trouxe novas exigências curriculares. Com efeito, o Ensino Politécnico, pelo Decreto-Lei 185/81, de 1 de Julho, visa “(...) proporcionar uma sólida formação cultural e técnica de nível superior (...) e desenvolver as capacidades de inovação e de análise crítica”.

O Ministério da Saúde, através do Despacho 8/90 de 17 de Março, numa tentativa de “(...) resolver a curto prazo a notória carência de enfermeiros” (que perdura até ao momento actual), determinou que os Serviços de Saúde deveriam colaborar com as Escolas Superiores de Enfermagem, nomeadamente, “(...) facilitando campos de estágio de natureza e qualidade adequadas à formação dos novos enfermeiros, permitindo a colaboração do seu pessoal de enfermagem na aprendizagem prática dos seus estudantes, de acordo com as orientações ajustadas entre as escolas e os serviços”, posição esta que veio a ser reforçada, com a saída do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro no qual foi criado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, segundo o qual, os enfermeiros devem contribuir para a área da formação organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos futuros enfermeiros mas também, colaborando na elaboração de protocolos entre Instituições de Saúde e Escolas, facilitando e dinamizando a aprendizagem dos estudantes.

Recentemente, a Resolução do Conselho de Ministros nº 116/2002, de 2 de Outubro cria um grupo de missão para acompanhamento da formação na área

da saúde e quanto à enfermagem prevê, entre outras medidas, aperfeiçoar formas de articulação entre as unidades prestadoras de cuidados de saúde e os estabelecimentos de ensino. Como consequência desta resolução foi criada uma comissão técnica para o ensino de enfermagem (Despacho Conjunto nº 291/2003, de 27 de Março, DR nº 73, II Série) tendo na sua missão incluída a análise de formas de articulação para o ensino prático e elaboração de propostas de regulamentação nesse domínio.

Em 2003, a Ordem dos Enfermeiros, publicou as *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, segundo as quais, no âmbito do desenvolvimento profissional, é da competência do enfermeiro de cuidados gerais: “(...) assumir a responsabilidade pela sua aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências; actuar no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua; contribuir para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas; actuar como mentor/tutor eficaz e ainda aproveitar as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde” (p. 23-24). Estas medidas legislativas, só por si, não vieram resolver muitos problemas já conhecidos. Com efeito, as Escolas Superiores de Enfermagem, ou pelo menos a grande maioria, continuam a relacionar-se com as Instituições de Saúde através de acordos tácitos, conforme já foi mencionado anteriormente.

No seu estudo sobre supervisão clínica de estudantes de enfermagem, Franco (2000) define supervisão como o processo em que a pessoa experiente e informada orienta o estudante no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação. Porém, podemos questionar que experiência e que saber é exigido aos supervisores de ensino clínico para exercer a sua função.

Com efeito, uma área que tem vindo a ser discutida com maior incidência desde finais da década de 90 é a questão da formação pedagógica dos enfermeiros supervisores que estão envolvidos no ensino clínico em enfermagem (Abreu, 2003), uma vez que, segundo o mesmo autor (p.58), os supervisores são confrontados com quatro responsabilidades centrais, a saber:

- *A necessidade de estabelecer uma ponte entre o ensino teórico e o contexto clínico;*
- *O suporte que é necessário disponibilizar ao estudante, para que este possa construir os saberes processuais;*
- *Cabe ao docente e/ou supervisor mediar a definição de “profissionalidade” do estudante, que envolve as dimensões personalidade, auto-estima, fenómenos de identificação, segurança ou mesmo estabilidade emocional;*
- *Ambos (docente e supervisor), devem assumir as responsabilidades na avaliação (rigorosa) dos estudantes em contexto clínico, conciliando uma postura humanista com a necessidade imperiosa de promover práticas de saúde seguras e de qualidade.*

Para uma supervisão clínica efectiva, é necessário que os supervisores compreendam os mecanismos envolvidos na prática clínica, reconheçam os problemas da aprendizagem e dominem estratégias, métodos e técnicas, para promover uma boa aprendizagem em contexto clínico. Contudo, como referimos na introdução, o facto é que existe um número expressivo de supervisores, sem formação pedagógica e a grande maioria dos profissionais nas respectivas áreas de intervenção, exerce a supervisão, mantendo como referencial o modelo dos professores que tiveram como enfermeiros/supervisores e/ou docentes de enfermagem; os seus saberes específicos resumem-se basicamente às referências que ao longo do seu percurso como alunos e posteriormente como profissionais, construíram sobre o que é ser supervisor/orientador em contexto clínico. Face ao exposto, anuímos com Gonçalves (2004), ao questionar: *“Perante as várias mudanças de carreira e de*

paradigma de enfermagem, não será questionável a emergência de um “novo paradigma de supervisor” com modalidades de formação ligadas à produção de saberes e a prática pedagógicas inovadoras?”(p.60).

Segundo Abreu, (2003) a realidade nem sempre foi esta, a enfermagem em Portugal já teve os seus próprios instrumentos formativos, dos quais são exemplo, o *Curso Complementar de Ensino* e o *Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem*.

Pela nossa experiência, pela pesquisa bibliográfica efectuada e pela consulta de algumas bases de dados, apurámos que o panorama apresenta, contudo, alguns sinais de mudança, em termos de formação dos supervisores. Por exemplo, em Lisboa, algumas Escolas Superiores de Enfermagem, (como são os casos da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende e da Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo), promovem desde 2000, “*cursos*” e *Workshops*, acerca de temáticas que envolvem aspectos da orientação/supervisão dos estudantes em ensino clínico para os supervisores das Instituições de Saúde com as quais colaboram no âmbito de “*parcerias*” e da formação (contínua) em serviço. Tivemos também notícia de que, em alguns Departamentos de Formação Permanente de Unidades Hospitalares de Lisboa, no contexto da formação em serviço/formação contínua, têm realizado acções de formação no âmbito da supervisão de ensinamentos clínicos em enfermagem, sendo a instituição de pertença dos sujeitos que serviram de amostra a este estudo um exemplo de tal prática.

Em termos de formação académica pós-graduada, na Universidade de Aveiro, têm sido desenvolvidos por Isabel Alarcão, (percursora da investigação em supervisão em Portugal), e também por Idália Sá-Chaves, pesquisas, seminários e *workshops* nos quais relatam algumas das dificuldades que ao longo da sua experiência enquanto orientadoras e como responsáveis de um Mestrado em Ciências da Educação (Especialidade de Supervisão), foram observando entre

aqueles que exerciam supervisão ou procuravam formação nesta área. Tais dificuldades registavam-se não apenas em termos de estratégias formativas utilizadas mas, também, a nível da componente interpessoal, do tipo de conteúdos veiculados pelas Escolas, em termos de metodologias de ensino e, ainda, alguma incerteza relativamente ao seu papel como supervisor, nomeadamente em termos dos critérios a utilizar na avaliação dos estudantes (Caires 2001).

Também na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa, pioneira na promoção de mestrados especificamente orientados para a qualificação de grupos multiprofissionais da saúde (Canário, 1987), foram criados desde o início dos anos 90, estudos pós-graduados em supervisão pedagógica, (caso do Diploma Universitário de Especialização em Ciências da Educação - DUECE, e de uma área de especialização de Mestrado em Pedagogia da Saúde). No momento actual, decorre o primeiro Mestrado em Pedagogia do Ensino Superior (que é frequentado por vários enfermeiros ligados à supervisão clínica e à formação em serviço), do qual segundo sabemos, provavelmente resultarão várias investigações na área da supervisão clínica em enfermagem.

As necessidades de formação dos supervisores são prementes, como ficou evidenciado ao longo do enquadramento teórico, porque a competência dos supervisores de ensino clínico sugere grande exigência, implicando 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, as consequências que delas decorrem e, a capacidade de ajudar o estudante a desenvolver “(...) o espírito de reflexão, auto-conhecimento, inovação e colaboração. O supervisor é um adulto normalmente desenvolvido física, biológica, psíquica e socialmente e com as capacidades e os conhecimentos suficientes nos domínios psicopedagógicos e técnico-didáticos” (Alarcão e Tavares, 2003:56).

Com efeito, é importante que sejam proporcionados aos supervisores programas específicos de formação com o objectivo de desenvolver as suas competências pedagógicas para que possam colaborar eficazmente na formação dos futuros enfermeiros. O supervisor deve entender os mecanismos através dos quais se desenvolve a aprendizagem e ter conhecimento de um conjunto de dimensões que enquadram a formação em contexto clínico: a filosofia da escola, o currículo, as experiências clínicas anteriores e a metodologia de avaliação.

O desenvolvimento de áreas científicas e o aconselhamento, a consciencialização do modo como os adultos aprendem e se desenvolvem, o refinamento de técnicas de observação, de avaliação e de dinâmica de grupos, os novos saberes em termos de gestão de recursos e estratégias de desenvolvimento profissional e curricular são, entre outros, contributos fundamentais que um supervisor de ensino clínico deve desenvolver para ser um intelectual, investigador, construtor do currículo e prático reflexivo (Rodrigues, 2001). No mesmo sentido, Alarcão e Tavares (2003), indicam um conjunto de novas funções supervisivas à luz de uma escola reflexiva.

Deste modo, este tipo de formação de nível pós-graduado permitirá “(...) *capitalizar um património de experiências, no campo da acção formativa, que tornam possíveis e pertinentes as tentativas para produzir formas de reflexão mais elaboradas e sistematizadas. Esta capacidade de conceptualizar, e reinvestir na acção, a experiência acumulada é fortemente reforçada pela já importante produção investigativa sobre as práticas profissionais e formativas no campo da saúde, que tem vindo a ser desenvolvida, nos últimos anos, no quadro de algumas universidades*” (Canário, 1987).

PARTE II

TRABALHO EMPÍRICO

**CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO
METODOLÓGICO**

1. Da Problemática aos Objectivos do Estudo

Os grandes fins da actividade científica são compreender, explicar e prever os fenómenos, arquitectando teorias e operacionalizando modelos. A verdadeira essência do trabalho de investigação concentra-se no desejo de conhecer e, se possível, intervir para melhorar (Alarcão, 2001a).

Em nosso entender, a prática clínica é de importância vital na formação inicial em enfermagem. A formação experiencial é muito mais que o resultado de uma repetição, imitação ou um simples acumular de experiências, é a construção de conhecimento pela interacção de uma pessoa ou colectivo com a situação de trabalho. Por inerência, o papel do supervisor é, também ele, de fundamental importância, dado que a sua acção se reflecte na promoção de contextos de desenvolvimento dos processos inerentes ao conhecimento construído pelo estudante e, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados prestados por este aos utentes.

Deste modo, a problemática em estudo teve a sua génese nas dificuldades percebidas (em algumas situações, vividas ou testemunhadas...), ao longo da nossa trajectória profissional, relativamente ao modo como os supervisores exercem a função supervisiva, uma vez que estes foram formados para ser enfermeiros e não para serem supervisores. Com efeito, existe um número expressivo de enfermeiros, sem formação pedagógica e a grande maioria dos profissionais, nas respectivas áreas de intervenção, exerce a supervisão, mantendo como referencial as representações acerca dos diversos actores (docentes, supervisores e/ou outros indivíduos), que de alguma forma colaboraram e/ou interagiram com ele no seu processo formativo, funcionando como modelos profissionais. Portanto, os seus saberes específicos resumem-se basicamente às referências que ao longo da sua trajectória como alunos e posteriormente como profissionais, construíram sobre o que é ser supervisor em ensino clínico.

De uma forma genérica, para além da questão central do estudo que foram as necessidades de formação dos supervisores, ficou evidenciado com a revisão da literatura, que existem ainda outros factores associados a certas “*disfuncionalidades*” verificada na supervisão, que poderão prender-se com variáveis mais ligadas à figura do supervisor, outras às características do aluno, à relação interpessoal e ainda à relação interinstitucional.

Esta investigação surge, num âmbito académico de elaboração de uma dissertação de mestrado, pretendendo-se simultaneamente que tenha interesse para os profissionais e para as instituições que, de algum modo, estão envolvidas na formação inicial de enfermeiros, almejando por dar resposta aos seguintes objectivos:

- Obter elementos que caracterizem as representações dos supervisores face à sua actividade supervisiva;
- Recolher informação sobre as práticas que proporcionam satisfação/insatisfação no âmbito supervisivo;
- Recolher informação sobre as práticas geradoras de dificuldades e problemas no quotidiano supervisivo;
- Conhecer as necessidades de formação percebidas pelos supervisores no campo da supervisão em contexto clínico;
- Conhecer as expectativas dos supervisores quanto à formação desejada;
- Averiguar em que medida o currículo do estágio pode influenciar as necessidades de formação;
- Identificar em que medida as características das instituições (onde decorre o ensino clínico e/ou escola/instituto), podem influenciar as necessidades de formação;

Sendo nosso objectivo descrever e analisar as necessidades de formação dos supervisores de ensino clínico delineámos as seguintes questões de partida definidoras do percurso da investigação:

- Que funções são exercidas pelo enfermeiro enquanto supervisor das práticas clínicas?
- Que problemas e/ou dificuldades são mais frequentemente sentidos pelos supervisores durante a supervisão clínica?
- Que necessidades de formação sentem os supervisores/orientadores, no âmbito da supervisão clínica?
- Em que medida as representações que os supervisores têm do processo supervisivo relativamente aos alunos, à escola, enquanto organização, às instituições onde decorre o ensino clínico, sugerem a existência de necessidades de formação?
- Em que medida as características pessoais do próprio supervisor sugerem a existência de necessidades de formação?

A investigação que nos propusemos efectuar revestiu a forma de um *Estudo de Caso*, uma vez que as necessidades sociais em geral, e em particular as de formação não são realidades objectivas, cuja existência possa ser apreendida independentemente dos sujeitos que as percebem, para si ou para outrem, e dos contextos que as geram ou viabilizam a sua consciencialização. Neste âmbito, de forma a determinarmos o sentido da pesquisa, parecem-nos pertinente operacionalizar os conceitos. Assim, segundo Teresa Leite (1997 *apud* Gonçalves, 2004:80), qualquer processo de análise de necessidades implica a definição de:

- *Fontes de informação em que se fundamenta a tomada de decisão sobre que necessidades;*
- *Conceito de necessidades de formação utilizado;*
- *Estratégia metodológica escolhida.*

No que se refere às fontes de informação a partir das quais foi definido o tipo de necessidades a recolher, uma vez que, pretendemos lançar um olhar crítico sobre a supervisão em contexto clínico (já que se nos afigura como área problemática e pouco explorada) escolhemos, entre outras possibilidades, partir das representações dos supervisores, acerca das suas necessidades de formação, como actores directamente envolvidos no processo formativo e que, por essa razão, foram por nós considerados como “*informantes privilegiados*” ou “*informantes-chave*” (Anderson, 1998).

O conceito de “*necessidades de formação*” por nós adoptado, poderá ser definido como o conjunto de preocupações, desejos, expectativas, carências e problemas sentidos ou percebidos, neste caso pelos supervisores de ensino clínico, no desenvolvimento do processo pedagógico, (Mesa *et al*, 1990; Rodrigues 1991, 1999).

Ainda no sentido de facilitar a condução da investigação, tomámos como referência Rodrigues (1999) no estabelecimento dos indicadores de necessidades de formação dos supervisores de ensino clínico, isto é:

- As preocupações sentidas no quotidiano supervisão;
- As dificuldades/lacunas percebidas pelos supervisores na prática supervisão;
- As carências de formação percebidas para o exercício da função;
- As expectativas e os desejos expressos de mudança;

Dada a natureza da investigação, o facto de se tratar de uma primeira abordagem às necessidades de formação dos supervisores clínicos em enfermagem e a nossa inexperience investigativa, compreende-se que a nossa pretensão tenha sido apenas a de produzir um *estudo exploratório, descritivo e interpretativo* sustentado por uma metodologia apropriada a um estudo inserido no *paradigma interpretativo-fenomenológico* de investigação. Assim, este estudo

tem justificada a pertinência social e científica, na medida em que, para além de poder permitir melhorar a qualidade do processo superviso, poderá também contribuir para aumentar os conhecimentos que nesta área são escassos.

2. Fundamentação das Opções Metodológicas

2.1. Natureza Geral do Estudo

O estudo foi realizado com recurso a metodologias qualitativas de investigação, uma vez que, de acordo com Bogdan e Biklen (1994), estas enfatizam “(...) a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais” (p.11). Também Lincoln (1992) refere que a investigação em saúde está aberta à pesquisa e o modelo qualitativo é uma escolha superior relativamente aos métodos convencionais (quantitativos), se a intenção dominante for a da compreensão dos fenómenos. Neste sentido, optámos por uma metodologia coerente com os objectivos do estudo que remete para o conhecimento de uma dada realidade social (as necessidades de formação dos supervisores clínicos) num dado contexto (uma mesma instituição de saúde). Assim, Privilegiámos “(...) a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação (...)”, visando “(...) compreender com bastante detalhe, o que é que os [supervisores] pensam e como é que desenvolveram os seus quadros de referência” (Bogdan e Biklen, 1994:11).

Erickson (1986) identifica dois tipos de abordagens de investigação em educação: a abordagem positivista/comportamentalista e a abordagem interpretativa. O autor considera os dois tipos de abordagens como paradigmas porque correspondem a processos de investigação distintos. No paradigma positivista, o objectivo geral da investigação é concebido em termos de comportamento e a investigação visa a descoberta e a verificação de leis gerais onde se estabelecem relações de causa-efeito. Cada indivíduo não é significativo em si mesmo. No paradigma interpretativo, o objecto de análise é explicitado em termos dos significados que os sujeitos e aqueles que com eles interagem atribuem à acção (Erickson, 1986). Para este autor, o segundo paradigma o trabalho do investigador centra-se na variabilidade das relações

comportamento/significado e visa a descoberta de esquemas específicos da identidade social de um determinado grupo.

A pesquisa qualitativa tem características muito próprias que se opõem aquelas que estão subjacentes à pesquisa quantitativa. Opondo-se na sua essência, estas duas perspectivas de investigação vieram a ser encaradas ao longo do tempo como válidas para a construção do conhecimento, dependendo da natureza da investigação e da intenção do estudo. A este propósito, diz-nos Cavaco (1991) que o mito da exclusividade dos métodos se veio a tornar menos marcado, admitindo-se mesmo, análises diversificadas que podem ser complementares ou alternativas para o estudo de uma mesma realidade. Fica assim visível uma maior abertura relativamente às perspectivas qualitativas admitindo-se a sua importância em estudos de âmbitos específicos, nomeadamente em contextos sociais (entre os quais o da saúde), em relação aos quais o paradigma positivista se apresentou com algumas limitações. Como refere Anderson (1998:119), “(...) *While the positivists, (...) seeks to prove or disprove hypotheses in search for the “truth”, the qualitative research community seeks an understanding of phenomena from multiple perspectives, within a real world context*”.

Passou a existir portanto, o reconhecimento da importância quer dos estudos quantitativos, quer dos estudos qualitativos na construção do conhecimento, passando mesmo a ser perspectivada a possibilidade de se conciliarem as duas perspectivas, deixando de lado uma postura dogmática e exclusivista em relação a um ou outro, sendo a opção metodológica dependente da natureza do estudo. “*É em função de uma certa construção de objecto que tal método de amostragem, tal técnica de recolha ou análise dos dados, etc., se impõem*” (Bourdieu, 1989:24).

Vários acontecimentos sociais vieram facilitar o reconhecimento da investigação qualitativa. Segundo Bogdan e Biklen (1994) destacam-se o campo educacional, no qual foram notórias as limitações da investigação quantitativa; os

movimentos feministas da década de 80; o pós modernismo que influenciou o entendimento da natureza da interpretação. Nesta tipologia investigativa, a ênfase é colocada nas realidades dos sujeitos em interacção com os contextos sociais. Assim, a complexidade desta interacção, exige uma abordagem compreensiva com recurso a uma atitude interpretativa por parte do investigador, que vê o sujeito como parte integrante do fenómeno. Destacam-se portanto, a compreensão e interpretação como formas de conhecimento. A este propósito, Zabalza (1994:18), ao justificar a sua análise qualitativa dos Diários de Professores, oferece, também, um exemplo a ter em conta; diz que não o faz por uma questão de *“guerrilha metodológica”*, mas porque a sua concepção de ensino é a de que se trata de uma *“acção dinâmica, na qual se integra a dupla componente da conduta e da mente, o acto e o significado”*; ora, realidades desta natureza, só podem ser abordadas pela investigação qualitativa. Note-se que a ideia-chave que nos levou a recorrer a metodologias de índole qualitativa, é que os pressupostos teóricos não são verdades absolutas, mas constituem instrumentos de leitura, questionáveis em muitas situações pela própria realidade e pelos outros. Com efeito, independentemente de ser adoptada uma postura de natureza fenomenológica mais ou menos acentuada, a ideia de que a teoria inspira a forma como o problema é formulado e constitui um referencial de leitura do fenómeno, é um dos princípios que caracterizam e fundamentam a investigação qualitativa em educação (Bogdan e Biklen, 1994; Tuckman, 2002).

Também para Shulman (1986), a forma como os sujeitos percebem a realidade é a questão mais relevante para os investigadores interpretativos e, o comportamento individual e as interpretações individuais só podem ser entendidos no contexto mais amplo das relações sociais organizadas.

Polit e Hungler (1997:204) afirmam que a investigação qualitativa ou *“(…) fenomenológica, (...) centra-se nas experiências dos indivíduos, com respeito a certos fenómenos e à maneira como interpretam as ditas experiências”*, o que nos conduz ao campo das significações. Entendemos assim, o nosso objecto de estudo como

algo profundo e complexo cujo conhecimento não é possível por procedimentos quantitativos. Trata-se, com recurso a metodologias qualitativas, de um tipo de investigação que nos permite, usando várias técnicas de investigação e a um raciocínio indutivo, chegar à compreensão de uma dada realidade. Lincoln e Denzin (1994 *apud* Anderson, 1998:119-120), definem genericamente a investigação qualitativa como:

"(...) a multi-method in focus, involving and interpretative, naturalistic approach to its subject matter. This means that qualitative researchers study things in their natural settings, attempting to make sense of, or interpret, phenomena in terms of meaning people bring to them. Qualitative research involves the studied use and collection of a variety of empirical materials - case study, personal experience, introspective, life story, interview, observational, historical, interaccional, and visual texts - that describe routine and problematic moments and meanings in individual's lives".

A abordagem qualitativa é, assim, marcada pela intersubjectividade na relação sujeito-objecto, privilegiando o sujeito dotado de um saber e uma experiência que lhe é reconhecida relativamente a um dado fenómeno. Desta forma, nos estudos de natureza qualitativa, os sujeitos são considerados as principais fontes de informação. Segundo Fortin (1999), a propósito dos estudos fenomenológicos e do papel do investigador, através de métodos qualitativos, o investigador procura descobrir não só a essência dos fenómenos e a sua natureza, mas também o sentido que é atribuído pelos sujeitos a uma dada realidade.

Neste cenário, o investigador faz um percurso diferente do que é desenvolvido em estudos de natureza quantitativa, nos quais há a preocupação de chegar a explicações traduzidas em leis gerais. No caso dos estudos fenomenológicos ou interpretativos, as investigações direccionam-se no sentido da descoberta de como o mundo é efectivamente e como o ser humano o vivência, através de

actos conscientes, debruçando-se principalmente sobre a essência dos fenómenos.

Dada a natureza do objecto "*necessidades de formação*", podemos interrogar-nos sobre as possibilidades do seu conhecimento por via da investigação, perguntando como podemos conhecer esse objecto e com que metodologias. Nesta investigação, o trabalho do investigador exigiu um contacto profundo com os indivíduos no seu contexto natural e uma aproximação à realidade em estudo, já que a sua preocupação foi descrevê-la e explicitá-la da forma mais fiel possível. Ou seja, a descrição feita pelo investigador deve obedecer a um grande rigor no que diz respeito à apresentação dos factos que vão sendo observados ou referenciados pelos sujeitos. É neste sentido que Bogdan e Biklen (1994:16), referem que a abordagem qualitativa privilegia "*(...) a compreensão dos comportamentos a partir das perspectivas dos sujeitos da investigação*", possuindo cinco características que a definem:

- O ambiente natural como fonte de dados, sendo o investigador o principal instrumento, preocupado com o contexto. O investigador entende que "*(...) as acções podem ser melhor compreendidas quando são observadas no seu ambiente natural*" (p.48);
- O carácter descritivo da investigação qualitativa, sendo feita a recolha de dados sob a forma de palavras ou imagens, os dados não são transformados em números e mantêm a fidelidade, tanto quanto possível, à forma como foram registados ou transcritos. "*A abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objecto de estudo*" (p.49);
- O interesse por parte dos investigadores pelo processo e não simplesmente pelos resultados ou produtos. "*As estratégias qualitativas*

patentaram o modo como as expectativas se traduzem nas actividades, procedimentos e interacções diárias” (p.49);

- A importância do significado. Para o investigador qualitativo é de grande importância perceber como diferentes pessoas dão sentido à sua vida, pretende saber opiniões, conhecer as perspectivas dos actores. “(...) *os investigadores qualitativos estabelecem estratégias e procedimentos que lhes permitam tomar em consideração as experiências do ponto de vista do informador” (p. 51)*

De tudo isto decorre que os estudos qualitativos não se desenvolvem tendo em vista uma análise probabilística, mas sim através de uma amostra que seja adequada ao tipo de estudo, por ser constituída por “(...) *key informants who are part of the case and have inside knowledge of what is goin on” (Anderson, 1998:155-156)*, transmitindo dados válidos e completos, reúnem condições para ser fonte de informação importante, atendendo ao estudo em causa, ficando assim representada a realidade.

Preocupados com a validade dos estudos, os investigadores qualitativos mostram-se rigorosos quando seleccionam as fontes de informação, quando apresentam os dados recolhidos, mantendo-se fiéis aos discursos dos sujeitos ou às observações que fazem das realidades. Para além disto, é possível nos estudos qualitativos, a triangulação metodológica com vista à confirmação de resultados minimizando assim os enviesamentos possíveis.

Assumindo uma postura flexível, mas também rigorosa, quanto à importância da investigação qualitativa, Bourdieu (1989:26) diz-nos: “(...) *a liberdade extrema que eu prego, e que me parece ser de bom senso, tem como contrapartida uma extrema vigilância das condições de utilização das técnicas, da adequação ao problema posto e às condições do seu emprego”*.

2.2. Opção pelo Estudo de Caso

Sendo nosso objectivo conhecer as representações dos supervisores acerca da actividade supervisiva e das necessidades de formação dos mesmos, optámos pelo desenvolvimento de um estudo de natureza interpretativa, revestindo a forma de um estudo de caso, que nos permitiu analisar as representações dos supervisores clínicos acerca da supervisão em ensino clínico e inferir em que medida estas evidenciavam necessidades de formação.

Como já foi referido, este estudo é de natureza interpretativa e tem como objectivo conhecer e compreender os pontos de vista dos sujeitos, para posteriormente proceder à interpretação do que dizem, com base no quadro conceptual elaborado a partir da revisão da literatura sobre a problemática em estudo. A opção por uma metodologia de estudo de caso assentou na natureza da temática em estudo, uma vez que esta permite investigar *“(...) um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos”* e baseia-se numa *“(...) ampla variedade de evidências – documentais, artefactos, entrevistas e observações”* (Anderson, 1998; Yin, 2001:32).

Na definição de Bogdan e Biklen (1994:89), o estudo de caso *“(...) consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico”*. Stake (1998:11), na mesma ordem de ideias, afirma que *“(...) de um estudo de caso se espera que abarque a complexidade de um caso particular”*. Yin (1994 apud Anderson, 1998:153) define, por sua vez, o estudo de caso como:

“(...) an empirical inquiry that:

- *Investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident*

The case study inquiry:

- *Copes with the technically distinctive situation in which there will be many more variables of interest than data points, and as one result*
- *Relies on multiple sources of evidence, with data needing to converge in a triangulating fashion, and as another result*
- *Benefits from the prior development of theoretical propositions to guide data collection"*

Face ao mencionado anteriormente, o estudo de caso foi a estratégia de investigação que nos permitiu aceder às representações dos enfermeiros que colaboram na supervisão dos alunos durante a sua formação inicial no contexto de uma mesma instituição saúde (hospital), acerca das suas necessidades de formação, sendo abordadas as várias vertentes do problema em estudo. Este é um aspecto que nos permite enquadrar o estudo de caso no âmbito da investigação qualitativa, uma vez que assume um papel importante para o conhecimento de realidades complexas, tornando-se necessário contemplar os vários factores que nela estão implicados. Segundo Merriam (1998), o estudo de caso procura uma descrição analítica, intensiva, holística e globalizante de uma entidade bem definida, um fenómeno único ou uma entidade social única. Baseados na autora, procuramos que este estudo de caso tivesse características tais como *o particular, o descritivo, o heurístico* e *o indutivo*, definindo-as como:

- *Particulares* - dado que se focam numa situação particular (o caso); o caso é importante pelo que revela acerca do fenómeno e daquilo que ele representa;
- *Descritivas* - dado que o produto final de um estudo de caso é uma descrição (analítica) rica e completa com que se pretende interpretar os significados do fenómeno em estudo;
- *Heurísticas* - na medida em que "(...) iluminam a compreensão do leitor acerca do fenómeno em estudo" (p.13)

- *Indutivas* - dado que têm como suporte o “*pensamento indutivo*” (p.13), isto é, os conceitos e as relações entre esses conceitos emergem da análise dos dados e esses dados estão enraizados no contexto.

A finalidade deste tipo de estudos é muito variável, sendo a sua grande orientação, segundo Anderson (1998) e Merriam (1998), não o saber, *o quê e o quanto*, mas *o como e o porquê*; note-se pois, que o tipo de questões que se colocam é determinante do objecto e da estratégia de estudo que se deve seleccionar. Por este motivo, ao utilizarmos o estudo de caso, conduzimos o percurso da investigação, para os planos mais específicos de um dado contexto de supervisão clínica. Sendo o nosso estudo de caso de natureza exploratória, procurámos que fosse sistemático, detalhado, intensivo, interactivo e em profundidade (Merriam, 1998)

Ainda, baseados em Ludke e André (1986:18), procuramos que o nosso estudo de caso tivesse as seguintes características:

- *Visasse a descoberta*; o que fundamenta o carácter aberto e reversível do conhecimento;
- *Enfatizasse a interpretação em contexto*; há que levar sempre em consideração o contexto em que cada caso se situa. Se o caso se centra numa determinada instituição, há que ter em conta a história dessa instituição, a situação geral no momento da pesquisa, etc.;
- *Visasse retratar a realidade de forma completa e profunda*; tendo em conta a complexidade natural das situações e as relações entre as suas partes;
- *Usasse uma variedade de fontes de informação*;
- *Permitisse generalizações naturalísticas*, isto é, um leitor do relatório final fica apto a estabelecer relações entre as conclusões da análise e a sua própria experiência em situações semelhantes;

Como qualquer metodologia de investigação, o estudo de caso apresenta vantagens e limitações que é preciso também considerar. Segundo Yin (2001), os estudos de caso apresentam as seguintes vantagens:

- O material descritivo (o produto) é extremamente rico e permite reinterpretações;
- Dada a sua natureza são estudos mais acessíveis ao leitor em geral;
- O conhecimento profundo de determinada realidade permite delinear planos de acção e de intervenção promovendo a colaboração entre os professores e os investigadores

Em relação às limitações, o mesmo autor refere as seguintes:

- São estudos muito morosos, complexos e difíceis de concretizar;
- O acesso à informação e à recolha de dados pode constituir um problema; será necessário garantir o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas;
- São estudos em relação aos quais se levanta o problema da generalização, já que o estudo pode incidir num único caso, pondo-se o problema da representatividade.

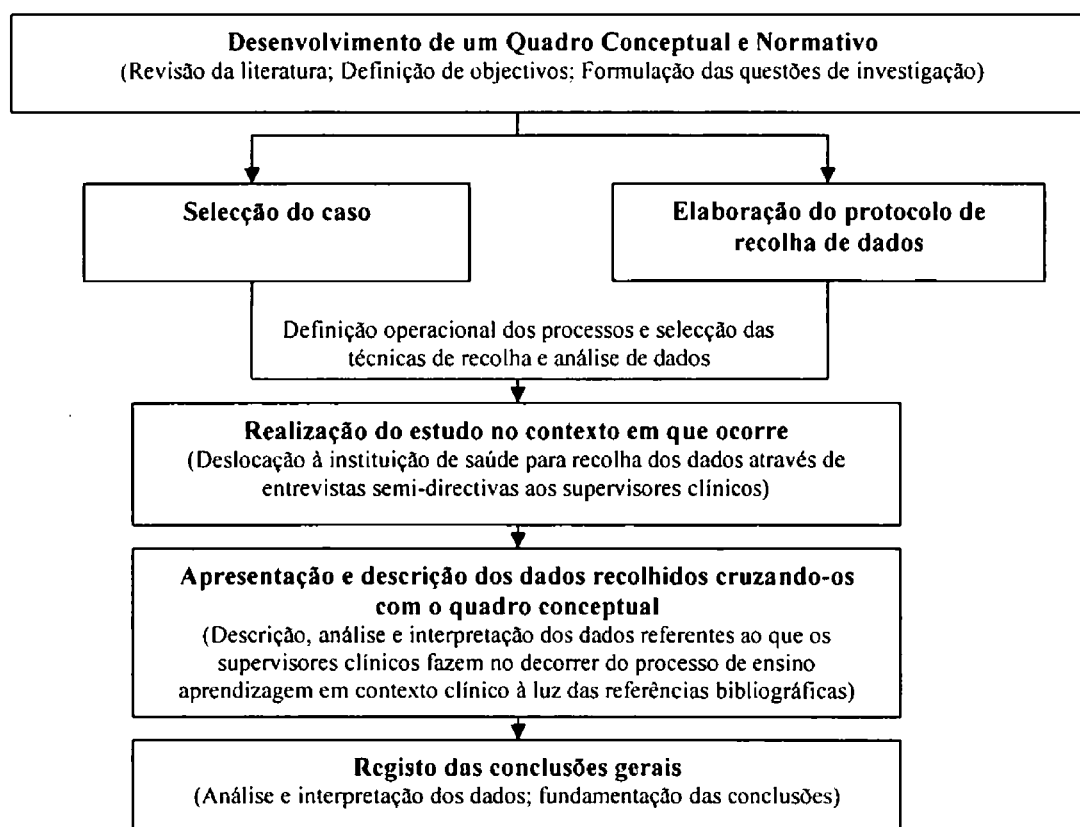
Outros aspectos caracterizam o estudo de caso como estratégia de investigação. Como foi dito anteriormente, os contextos sociais são complexos e o seu conhecimento, segundo os princípios que estão subjacentes à investigação qualitativa, não dispensa os sujeitos como fonte de informação. Isto remete-nos para pontos de vista diversos e para as representações que os sujeitos detêm da realidade onde se movem, o que seria particularmente difícil detectar, contemplar e compreender através de outros métodos de investigação.

Neste tipo de pesquisa, o investigador está directamente implicado, uma vez que todo o processo se desenvolve no interior do campo de investigação, o que

implica um contacto directo com as pessoas e situações e uma análise em profundidade dos dados que vão sendo recolhidos, é "(...) *um modo de investigação particularmente útil para a abordagem de contextos restritos, mas com maior profundidade*", (Abreu, 1997:166).

Nos estudos de caso, não é pertinente falar-se em generalizações de resultados a outros contextos similares, o que de resto é próprio da investigação qualitativa. Tendo em conta o preconizado anteriormente e baseando-nos no esquema para a realização de estudos de caso sugerido por Yin (2001), procedemos à explicitação das várias fases do nosso estudo (Figura 11), desde a revisão da literatura, definição de objectivos e formulação das questões de pesquisa, até à apresentação das questões gerais:

Figura 11
Conceptualização do estudo de caso segundo Yin (2001)



3. Processo e Instrumento de Recolha de Dados: a entrevista

A selecção dos dados que usámos na investigação e a recolha dos mesmos, são processos indissociáveis e interdependentes. Se a natureza dos dados que pretendemos obter determina o tipo de instrumento a utilizar, a escolha dos instrumentos de recolha de informação condiciona o tipo de informação recolhida (Tuckman, 2002; Ghiglione e Matalon, 1992; Miles e Huberman, 1991).

Sendo nosso objectivo obter elementos acerca das representações que os supervisores clínicos têm acerca da sua actividade supervisiva e diagnosticar as suas necessidades de formação, privilegiámos neste estudo, como técnica de recolha de dados, a entrevista semi-directiva, como forma de dar resposta aos eixos de análise inicialmente formulados, pelo que, se torna pertinente fazer uma abordagem da mesma do ponto de vista teórico.

Neste estudo utilizámos a técnica da entrevista, uma vez que " (...) *é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas*" Fortin (1999:245). Foi o instrumento seleccionado, na medida em que é uma "*forma especializada de comunicação entre pessoas*" que numa perspectiva de pesquisa qualitativa, permite ter uma abordagem aos dados, na linguagem própria dos que participam uma dada situação e assim, colocam o investigador próximo dessa vivência. A entrevista permite ao investigador colher informações junto dos participantes no que concerne aos factos, às ideias, aos comportamentos e aos sentimentos (Ghiglione e Matalon, 1992; Anderson, 1998, Tuckman, 2002).

Existem diferentes tipos de entrevistas consoante os graus de estruturação; as entrevistas não directivas (ou livres), as semi-directivas e as directivas ou estandardizadas (Tuckman, 2002; Anderson, 1998; Ghiglione e Matalon, 1992; Patton, 1990). Cada um destes tipos de entrevista apresenta características

próprias, as quais se localizam menos ao nível das técnicas (pelo menos no que diz respeito às entrevistas não directivas e semi-directivas), que ao nível dos temas e do seu agrupamento. No plano da concretização, estes três tipos de entrevista remetem para a questão da ambiguidade, definida como a ausência de um quadro de referência imposto. (Ghiglione e Matalon, 1992:83)

Ainda segundo os autores anteriormente citados, as entrevistas semi-directivas são mais frequentemente utilizadas nos estudos exploratórios, atendendo ao objectivo de compreender as significações atribuídas pelos sujeitos a um acontecimento ou fenómeno. Aqui, existe a preocupação de elaborar um esquema prévio (guião da entrevista), no entanto, a sua condução não é rígida, isto é, a ordem pela qual os temas podem ser abordados é livre. No caso do entrevistado não abordar espontaneamente um ou vários dos temas, o entrevistador deve propor-lhe o tema. No âmbito de cada tema, os métodos aproximam-se dos da entrevista livre.

Nos estudos qualitativos, as entrevistas podem constituir a estratégia dominante ou então, podem aparecer associadas a outras técnicas de recolha de dados (Tuckman, 2002), em qualquer das situações, *"(...) a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo"* Bogan e Biklen (1994:134).

Sendo nossa intenção captar factos, representações, opiniões, valores e significados e tratando-se de um estudo exploratório, a entrevista *semi-directiva*, pareceu-nos a técnica adequada para fazer a recolha dos dados, pois permite uma *"(...) verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, ao passo que, através das suas perguntas abertas e das suas reacções, o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos objectivos da investigação e permite que o seu interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade"*

e de profundidade” (Quivy, 2003:192), pois neste tipo de entrevista o investigador é livre de aprofundar, elucidar e clarificar determinado tópico no decurso da mesma. A condução deste tipo de entrevista implica a atenção a um número variado de aspectos, imprescindível, não só para se obter a informação requerida mas para se ter, também, a garantia de alguma validade.

Na preparação e realização das entrevistas procurámos, como foi referido anteriormente, ter em conta os requisitos metodológicos definidos pelos diferentes autores (A. Estrela, 1994; Bogdan e Biklen, 1994; Anderson, 1998; Quivy, 1992; Ghiglione e Matalon, 1992; Tuckman, 2002). A primeira etapa consistiu na concepção do guião para a entrevista (*Anexo I*). Definido o tema e identificados os supervisores clínicos a entrevistar. Definiram-se os objectivos em função do objecto e dos objectivos de estudo gizados, contemplando um conjunto de tópicos que operacionalizavam as diversas dimensões consideradas pertinentes em relação à temática a abordar, tendo funcionado também, como recurso para a condução das entrevistas, com vista à obtenção de uma informação o mais aprofundada possível.

As perguntas foram elaboradas de forma aberta, singular, clara e neutral, de modo a permitir aos entrevistados a utilização dos seus quadros de referência, sem restrições ou imposições no intuito de estes se expressarem de forma livre, uma vez que a resposta depende das condições da interrogação (Ghiglione e Matalon, 1992; Bogdan e Biklen 1994; Anderson, 1998) e, de acordo com os objectivos do estudo, enquadradas em sete blocos temáticos que apresentamos no quadro seguinte:

Quadro nº 2

Blocos temáticos da entrevista - Descritores

BLOCO TEMÁTICO	DESCRITOR
A - Legitimação e motivação para a entrevista	Neste bloco procurámos legitimar a entrevista, dando relevo à importância da informação para a condução do nosso trabalho, assegurando o carácter anónimo das informações prestadas, pedindo autorização para gravar, motivando o entrevistado para colaborar na realização do estudo através do seu depoimento e, desde logo, disponibilizando os resultados da investigação, uma vez concluída.
B - Posicionamento face à profissão	Com este bloco pretendemos tomar contacto com o percurso profissional dos supervisores no intuito de obter as suas representações face à profissão.
C - Trabalho do supervisor	O objectivo deste bloco foi identificar funções, actividades e tarefas espontaneamente expressas de modo a percebermos e/ou identificarmos discrepâncias entre a percepção que o supervisor tem do seu trabalho, tal como é, e como deveria de ser.
D - Práticas satisfatórias/insatisfatórias	Com este bloco queríamos obter elementos para definir áreas problemáticas, mediante o contraste entre o que constitui fonte de satisfação e o que provoca menos agrado de forma a conhecermos as representações que os supervisores têm acerca das práticas que desenvolvem enquanto supervisores clínicos.
E - Dificuldades percebidas pelos supervisores	Prendemos com este bloco, obter elementos para a caracterização das dificuldades sentidas pelos supervisores nos ensinos clínicos, sob o ponto de vista do processo ensino-aprendizagem e perceber quais as necessidades de formação que poderiam ser supridas de forma a alcançar os objectivos dos ensinos clínicos.
F - Expectativas quanto à Formação desejada	O nosso objectivo neste bloco foi conhecer as expectativas, desejos dos orientadores/supervisores, quanto à formação desejada, no sentido de serem colmatadas eventuais necessidades de formação identificadas.
G - Informações complementares	Ao incluirmos este bloco no final da entrevista o nosso objectivo, como a própria designação deixa antever, foi obter elementos de carácter complementar, contudo que possam constituir informação relevante para a problemática em estudo.

Antes da realização das entrevistas testámos o guião concebido para podermos aferir as reacções ao mesmo e efectuar eventuais modificações, pois "(...) o

sucesso de uma entrevista depende da composição das perguntas, mas também, e sobretudo, da habilidade de quem conduz a entrevista" (Quivy, 1998:183). Para tal, contactámos três supervisores que não iriam figurar entre os entrevistados participantes no estudo, que se disponibilizaram para este estudo preliminar. Feitos os respectivos ajustes e bem conscientes da complexidade da técnica de entrevista, demos então início às entrevistas, fonte de obtenção dos dados para esta investigação.

As entrevistas foram marcadas segundo as disponibilidades dos entrevistados tendo decorrido durante os meses de Dezembro de 2004 e Janeiro de 2005. Todas elas, foram realizadas em condições idênticas, na Instituição de Saúde onde trabalham os supervisores entrevistados. Procurou-se ainda, que fossem efectuadas em sala disponível e isenta de interferências.

Explicitados os objectivos da entrevista, de forma a "*(...) vencer a resistência natural ou a inércia dos indivíduos*" (Quivy, 1998), solicitámos aos entrevistados autorização para gravar as entrevistas, o que foi aceite por todos. O desenvolvimento das entrevistas foi um processo gradual uma vez que, apesar de ser garantida a confidencialidade da informação (Estrela, 1994), os supervisores mostravam-se inicialmente retraídos na manifestação das suas opiniões, uma vez que esta situação implicava, por um lado, manifestarem-se e "*exporem-se*" acerca do tipo de relações que mantêm com a Instituição, com os utentes, com a equipa multidisciplinar e também na relação de ajuda e no cuidar; por outro, sobre as dificuldades sentidas no âmbito da supervisão do ensino clínico aos níveis pedagógico, de conhecimentos e também relacional, quer com os estudantes quer com os docentes das Escolas Superiores de Enfermagem. Por isso, evitámos na medida do possível dirigir as entrevistas, (evitando interrogatórios) e influenciar os entrevistados. Fomos, sempre que possível, concedendo a palavra aos sujeitos, utilizando frequentes sinais verbais e não verbais de reforço, estímulo, empatia e compreensão, evitando restringir a temática abordada, possibilitando o alargamento dos temas propostos e a

informação espontânea sobre temas previstos no guião, mas ainda não abordados (Bogdan e Biklen, 1994; Anderson, 1998). Posto isto, foi notória uma maior abertura por parte dos supervisores à medida que as conversas decorriam.

As entrevistas decorreram num clima agradável, sendo de registar que a generalidade dos entrevistados encadearam de tal forma o seu discurso e as suas reflexões que, por vezes, foi difícil gerir o fio condutor dos seus discursos e colocar as questões que tínhamos delineado no guião. No entanto, ao apercebermo-nos de que as respostas às questões constantes do mesmo iam surgindo, embora sem ser na sequência prevista no mesmo, optámos por deixar fluir o discurso, reintroduzindo pontualmente alguns tópicos, conscientes de que, embora correndo alguns riscos, o material que estávamos a recolher poderia ser assim mais rico e corresponder até melhor aos objectivos do trabalho.

Curiosamente, no final da entrevista, quando era dada a possibilidade aos entrevistados de acrescentar algo a generalidade referia que *“achava o estudo muito pertinente”* e que *“gostaria de ter mais oportunidades para debater algumas das questões abordadas durante a entrevista”*, o que nos pareceu indiciar algum contentamento em relação à participação na entrevista e também justificar, de algum modo, a pertinência do estudo. Para todo este processo, parece ter contribuído o facto de as entrevistas terem tido lugar num ambiente que procurámos que fosse informal.

4. Processo de Tratamento de Dados: a análise de conteúdo

No âmbito de uma investigação empírica, na qual os sujeitos sejam considerados fontes de informação privilegiada, a análise de conteúdo, surge como uma técnica não obstrutiva já que permite trabalhar material não estruturado, resultante das interações entre o investigador e os sujeitos em estudo, fazendo face a algumas limitações inerentes a técnicas muito estruturadas e que se prendem com a consciência dos sujeitos de estarem a ser observados, com os potenciais constrangimentos associados à interação entre entrevistados e entrevistador (Vala, 1986). Portanto, as técnicas de análise de conteúdo têm a vantagem de permitir ao investigador aceder a um conhecimento que de outro modo não teria acesso.

Considerando este trabalho de natureza qualitativa, e conscientes de que o processo de análise de dados, entendido como processo de extração de sentido, não se apresenta como uma tarefa de fácil execução, considerámos pertinente fazer referência à análise de conteúdo como técnica que, aplicada a conteúdos diversos permite, por dedução, tecer interpretações acerca dos discursos dos sujeitos ou fontes de informação.

Berelson (1956 *apud* Estrela, 1994:455), refere-se à análise de conteúdo como uma “(...) técnica de investigação que visa a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”, que deve respeitar as seguintes etapas/regras:

- *Leitura inicial dos documentos para uma apreensão sincrética das suas características e avaliação das possibilidades de análise;*
- *Determinação dos objectivos da análise de acordo com as hipóteses emitidas;*
- *A determinação das regras de codificação*

Para Vala (1986) a análise de conteúdo tem como finalidade efectuar inferências sobre a fonte o que, segundo Bardin (1977), permite a passagem da descrição à interpretação. Para esta autora, a análise de conteúdo “(...) é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” que permitem a “ (...) desmontagem do discurso e (...) produção de um novo discurso através de um processo de localização - atribuição de traços e significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso e as condições de produção da análise” (p. 31), que pode ser utilizada em qualquer procedimento de investigação, em estudos extensivos ou intensivos, dependendo dos objectivos da investigação quer seja de carácter descritivo ou se trate de estudos cujos objectivos se prendam com a descoberta de covariações ou associações entre fenómenos (nível correlacional) ou ainda, em estudos de natureza causal (procura de relação causa efeito).

Ainda segundo Bardin (1977), este processo envolve um esforço por parte do investigador no sentido de “olhar” os discursos para além do que está explícito. É com base no que é considerado o “não dito” ou seja, o que fica retido em qualquer mensagem, que o investigador organiza toda a informação categorizando-a, realçando os significados, as representações os sentires dos sujeitos investigados acerca de uma dada realidade. Diz-nos a autora que, “(...) a leitura efectuada pelo analista do conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma leitura “à letra”, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano” Bardin (1977:41). Amado (2000:54), a este propósito, refere que, em essência, a análise de conteúdo é “(...) uma técnica que procura “arrumar” num conjunto de categorias de significação o “conteúdo manifesto” dos mais diversos tipos de comunicações; cujo primeiro objectivo é, pois, proceder à sua descrição objectiva, sistemática e, até, quantitativa”.

A análise de conteúdo é, portanto, um conjunto de formas de abordar os textos muito vocacionado para facilitar a interpretação, em que o investigador adopta uma atitude de descoberta de um sentido que só é desvendado olhando “*para dentro*”, considerando fundamental não o que a mensagem diz em primeiro plano, ou seja, uma leitura simples do texto, mas sim o que ela veicula, aquilo que é possível que o sujeito revele através do seu discurso. Situa-se entre dois pólos, por um lado o rigor da objectividade da análise, por outro lado, a subjectividade da interpretação. A subjectividade resultante da carga das significações atribuídas pelos sujeitos às realidades que os rodeiam, para evidenciar com objectividade a realidade em estudo (Bardin, 1977).

Tal como nos diz Vala (1986), a análise de conteúdo enquanto técnica de pesquisa, exige a explicitação de todos os procedimentos utilizados o que permite ao investigador atender às condições de fiabilidade e validade. Assim, tendo em conta que o tipo de material obtido, a técnica de análise a que recorreremos foi, predominantemente, *a análise de conteúdo temática*, (Bardin, 1979; Ghiglione *et al*, 1985; Tesch, 1990; Huberman e Miles, 1991; Van der Maren, 1995 e Rodrigues, 1999).

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição das mesmas. Este procedimento, totalmente executado por nós, possibilitou-nos, desde logo, um contacto pormenorizado com os discursos produzidos (o que em nossa opinião facilitou a análise e interpretação dos dados), tendo sido efectuado de forma a manter a máxima fidelidade em relação ao discurso dos entrevistados. Os onze protocolos de entrevista constituíram o *corpus* de análise, ou seja, “(...) o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”, (Bardin, 1977:96). De forma a facilitar o tratamento dos dados, foi atribuído um código a cada protocolo de entrevista, E1 - E11 que foi mantido ao longo de toda a investigação.

Constituído o *corpus de análise*, foi efectuada uma leitura sincrética e prolongada de todas as entrevistas, procurando que os “(...) *materiais falassem por si*”, deixando-nos “(...) *impregnar pelos múltiplos sentidos das palavras e pelas múltiplas emergências de significado*”, (Rodrigues, 1999:385), avaliando as possibilidades de análise face aos objectivos da pesquisa.

Foi definida uma primeira matriz temática, ainda que de forma geral e pouco precisa (a partir dos objectivos da pesquisa), que nos guiou, no processo de recolha, estruturando o guião das entrevistas. Como fonte dos temas, dispúnhamos da revisão bibliográfica efectuada, do instrumento de recolha de dados e dos próprios dados. Procurou-se que os temas fossem:

- Mutuamente exclusivos (critério da exclusividade);
- Pertinentes para o objectivo da pesquisa (critério da pertinência);
- Abrangentes da totalidade da informação recolhida (critério da exaustividade)

Perante a extensão dos dados recolhidos, tornou-se necessário proceder ao recorte das unidades de registo temáticas de modo a poderem ser mais facilmente apreendidos e simultaneamente não perderem nem significado nem relevância. Deste modo, os dados obtidos no processo de recolha foram divididos em unidades relevantes e significativas para o objectivo da pesquisa. O critério de divisão teve em conta que os dados foram obtidos através de uma entrevista semi-directiva, privilegiando os pensamentos, pressupostos, representações e crenças dos sujeitos, tomando-se por unidade de análise o *mais pequeno fragmento de texto com sentido autónomo para o objectivo da pesquisa* (Rodrigues, 1999).

Seguidamente, foi efectuada a operação de descontextualização das unidades de análise, de acordo com as regras estabelecidas, relativamente ao discurso

inicial, seguida de uma operação de contextualização das mesmas unidades no interior dos temas que constavam na primeira matriz temática. Tanto a matriz de temas como a contextualização mudaram no decurso do processo, interpelando-se mutuamente e sendo interpelados à luz dos objectivos da investigação. Houve todavia, um momento a partir do qual este vai-vem produtivo cessou, dando lugar a uma *matriz definitiva*.

Foi efectuada uma leitura exhaustiva das unidades de registo inventariadas e subsumidas as com sentido sinónimo (cotando eventualmente a respectiva frequência), sendo simultaneamente simplificadas semanticamente, mantendo-as o mais próximo possível "*do que foi dito*". À medida que o processo de análise avançou no tempo, um maior equilíbrio entre uma simplificação redutora e mesmo deturpada e uma simplificação "*fiel*" ao sentido, ou mais rigorosamente ao sentido procurado, foi sendo conseguido.

No interior de cada tema foi efectuada a comparação das unidades de registo. Por semelhança ou diferença, procedemos a novos agrupamentos das mesmas, criando categorias e subcategorias dentro dos temas. Para controlo do processo, verificámos se as categorias e subcategorias criadas, eram mutuamente exclusivas, pertinentes e cobriam a totalidade da informação recolhida. Quando estes critérios não se verificavam, procedemos a ajustamentos até considerarmos que o sistema criado "*falava por si*", era coerente e relevante, sem necessidade de recorrer às unidades de registo para descodificar o sentido dos pensamentos dos sujeitos em estudo.

A tarefa seguinte foi transformar as unidades de registo em indicadores, isto é, passámos dos constructos dos sujeitos, geralmente em linguagem comum, aos constructos teoricamente informados do analista/investigador. Nesta fase tivemos, para lá da nossa intuição e do quadro teórico que nos regia, um "*texto/discurso*" composto pelo conjunto das unidades de registo classificadas tematicamente, que nos permitiram fazer aquela tradução de forma mais

objectivada. Passámos das categorias descritivas, “*próximas do dito*”, indicadoras do seu conteúdo, para categorias interpretativas, indicadoras da ou das qualidades desse conteúdo no contexto dos objectivos prosseguidos.

Ao categorizar procedemos já a uma primeira operação de síntese, reduzindo as unidades de registo a um conceito ou tópico, indicador de uma dada categoria. A inferência presente neste processo é *relativamente controlada* pelo facto de se fazer no interior do sistema de categorias criado. Produzimos um todo, resultante da divisão anteriormente efectuada, orientado para a emergência de novos sentidos, os procurados com os nossos objectivos.

A análise de conteúdo temática permite, assim, “(...) a *objectivação possível do processo de construção do sentido pesquisado pelo analista – sentido que nem o seu “produtor primeiro”, aquele de quem se pretende conhecer as necessidades, é verdadeiramente proprietário - , ou seja, permite obter a descrição dos procedimentos usados (descrição de que poderá resultar a reprodutibilidade dos processos e a repetibilidade dos seus resultados), num linguagem teórica e metodologicamente sustentada*” (Rodrigues, 1999:387).

Após termos terminado o processo anteriormente narrado, houve necessidade de verificar se as categorias encontradas traduziam o verdadeiro sentido dos dados; se elas foram correctamente definidas e de um modo tão operacional que, outro analista, utilizando essas mesmas definições, faria uma análise semelhante. Com este objectivo, ao longo do processo de análise de conteúdo, todas as etapas foram analisadas ao longo dos seminários do 2º ano do Mestrado (ano lectivo 2004-2005) e também nos encontros de trabalho com a orientadora. Tratou-se de um tempo extremamente enriquecedor pela partilha de opiniões, pela reflexão que exigiu e pela possibilidade de validação do trabalho desenvolvido.

A apresentação das categorias referentes às áreas temáticas analisadas, encontra-se organizada em diversos quadros, donde constam também as subcategorias, os indicadores e a frequência absoluta das unidades de registo e das unidades de enumeração dos indicadores, categoria e área temática como mostra o Quadro 3 (Mendes, 2002) adaptado.

Quadro 3 - Grelha de registo das Categorias, Sub-categorias e Indicadores emergentes das entrevistas aos supervisores

CATEGORIA:					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E.	
		N	%	N	%
TOTAL DA CATEGORIA					

Legenda:

- U.R. - Corresponde a uma ou a mais palavras às quais se atribui um determinado significado;
- U.E. - Está associada ao número de sujeitos responsáveis pelas U.R. correspondentes e pode ser traduzida do seguinte modo: 1 U.E. = 1 sujeito; 2 U.E. = 2 sujeitos...
- Freq. Abs. U.R. - Frequência absoluta das unidades de registo;
- Freq. Abs. U.E. - Frequência absoluta das unidades de enumeração

Explicitados os procedimentos metodológicos que estiveram subjacentes ao trabalho empírico, apresentamos no capítulo seguinte a análise e os resultados da investigação.

5. Caracterização dos Sujeitos

Segundo Fortin (1999:202), a população é definida como “*uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*”. Na mesma ordem de ideias, Tuckman (2002:338), diz-nos que população é “*(...) o grupo sobre o qual o investigador tem interesse em recolher informação e extrair conclusões*”.

Numa investigação existem normalmente dois tipos de populações, a população alvo e a população acessível (Fortin, 1999). A população alvo é segundo Fortin (1999), constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais deverão ser feitas generalizações, visto que esta raramente é acessível na sua totalidade. Por este motivo, Tuckman (2002) refere que a especificação do grupo que vai constituir a população é uma etapa inicial do processo de amostragem que afecta a natureza das conclusões que se possam vir a extrair de um determinado estudo:

“Se a população estiver definida de uma forma muito ampla, a validade externa ou possibilidade de generalização será maximizada, embora uma tal definição possa fazer com que seja difícil obter uma amostra de tamanho muito amplo. Pelo contrário, definir a população de modo estrito, pode facilitar a selecção de uma amostra adequada, mas vai restringir as conclusões e a generalização à população especificamente utilizada, o que pode não ser consistente com o objectivo do estudo” (p.338)

Assim sendo, e tratando-se de um estudo exploratório, após pedida autorização formal à Direcção de Enfermagem de uma Instituição de Saúde privada de Lisboa (*Anexo II*), foi estabelecida a população alvo deste estudo: todos os enfermeiros que colaboravam na supervisão de ensinamentos clínicos da formação inicial em enfermagem, desde que a função supervisiva fosse exercida há mais de um ano (*critério de inclusão*). Por não ser possível em tempo útil, dada a extensão desta população, contactar todos os supervisores envolvidos neste

modelo de formação, houve necessidade de efectuar uma selecção, sendo que a população acessível são todos os supervisores do Departamento de Cirurgia da referida Instituição que no ano lectivo 2004/2005 se encontravam a supervisionar o Ensino Clínico IV - Médico-Cirúrgico de uma turma do 3º Ano, 1º Semestre.

Tendo por base o anteriormente referido, a amostra utilizada foi *não probabilística, intencional ou de conveniência*, uma vez que segundo Polit e Hungler (1995:148), esta origina-se a partir da crença de que os conhecimentos de um pesquisador podem ser utilizados para seleccionar os casos que serão incluídos na amostra, dado tratar-se de "*informantes chave*" das situações que se quer investigar, isto é, deve tratar-se de pessoas que pela sua experiência de vida quotidiana, pelas suas responsabilidades, estatuto, etc., estejam envolvidos ou em contacto muito próximo com a problemática a investigar (Anderson, 1998).

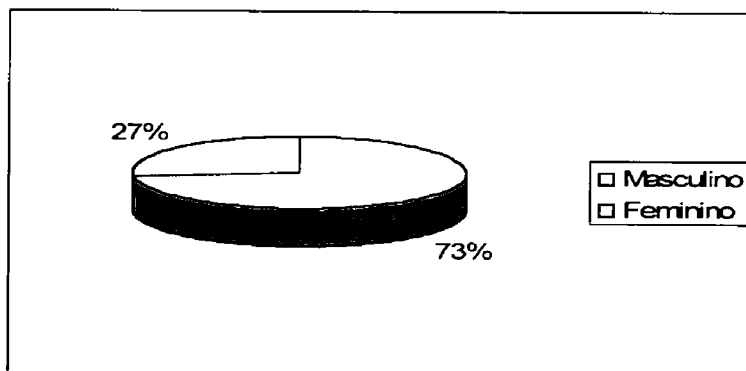
Este tipo de amostragem é característico deste tipo de investigação, pois tratando-se de uma investigação qualitativa do tipo estudo de caso, o mais significativo não é que a amostra seja representativa no sentido estatístico, mas sobretudo representativa de uma dada experiência, da forma de interacção ou da situação em estudo, pelo que a selecção dos elementos deverá ser efectuada por meio de critérios de selecção que assegurem uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar (Fortin, 1999). Deste modo, dado tratar-se de um estudo de caso e dado o seu carácter exploratório não visámos estabelecer uma amostra propriamente dita, mas sim, um *grupo de sujeitos*, no caso 11 *supervisores clínicos*, aos quais foram feitas entrevistas semi-estruturadas.

No intuito de podermos caracterizar os sujeitos, antes de iniciarmos as entrevistas, foi entregue uma ficha biográfica (*Anexo III*) aos supervisores, a qual, nos permitiu recolher informação relativa a três campos: Identificação

(género, idade); Formação (profissional e académica) e Carreira profissional. Com a aplicação deste instrumento, pudemos constatar que os onze supervisores entrevistados têm diferentes formações académicas, diferentes idades, diferentes tempos de serviço, diferentes formações profissionais e diferentes experiências de trabalho em diferentes contextos. O único elo de ligação entre estes sujeitos é o facto de trabalharem actualmente no mesmo hospital e fazerem parte do mesmo Departamento (Cirurgia), no ano lectivo em que decorreu a investigação e, terem no mínimo, um ano de experiência supervisiva.

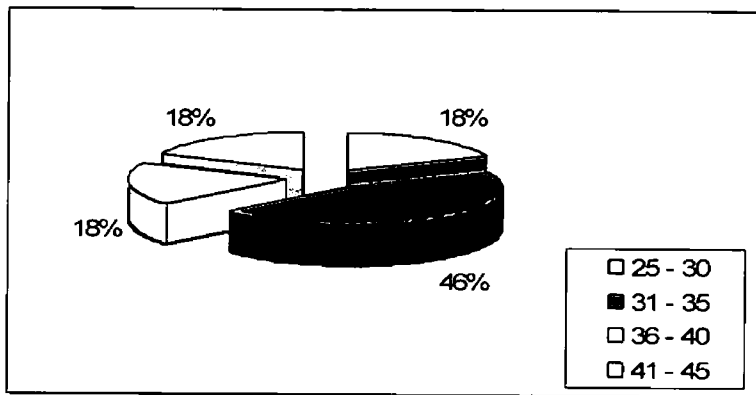
Relativamente ao sexo, oito sujeitos são do sexo masculino (73%) e três são do sexo feminino (27%).

Gráfico 1 - Distribuição dos supervisores segundo o sexo



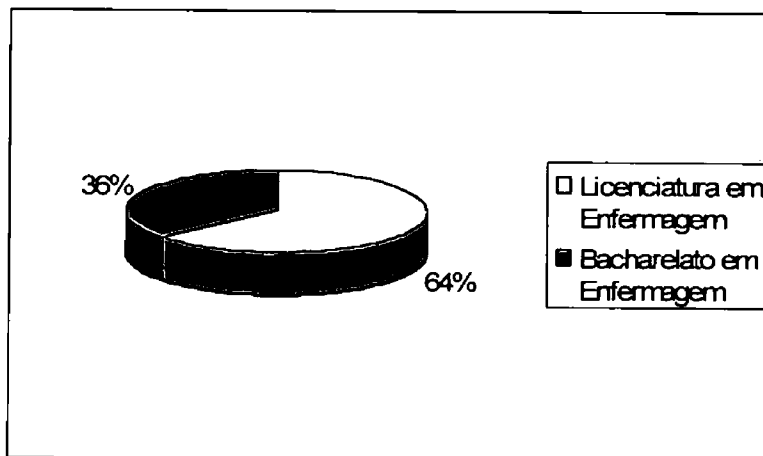
Quanto à idade, verificámos que os sujeitos investigados se situavam entre os 26 e os 45 anos, sendo a média de idades 34,7 anos. A classe que apresenta maior frequência (n=5), situa-se entre os 31 a 35 anos (46%). Verificamos ainda, que as restantes classes etárias apresentam o mesmo número de supervisores (n=2), o que corresponde, respectivamente, a 18% dos sujeitos.

Gráfico 2 - Distribuição dos supervisores segundo a idade



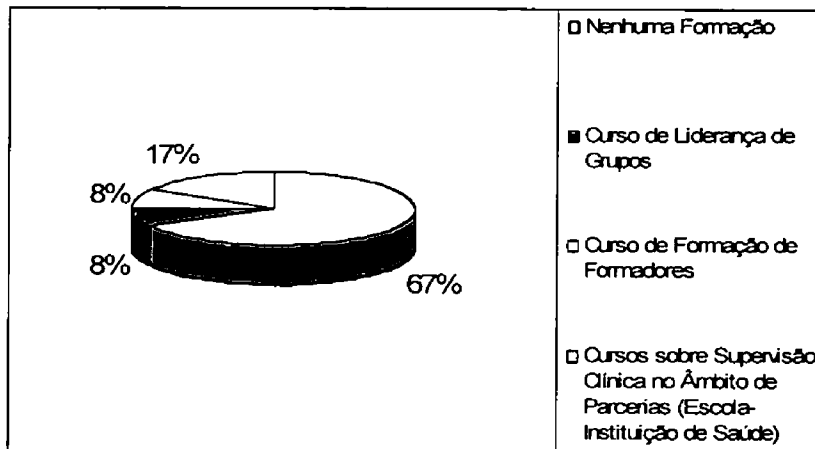
Relativamente à formação profissional, pudemos verificar, que quatro dos sujeitos (36%), detêm o Bacharelato em Enfermagem e que os restantes sete (64%) são Licenciados.

Gráfico 3 - Distribuição dos supervisores segundo a formação profissional



Em relação à formação obtida no âmbito da supervisão clínica, oito sujeitos (67%), referem nunca ter tido qualquer formação; dois (17%) referem ter efectuado formação em ensino clínico no âmbito de parcerias entre as Escolas Superiores de Enfermagem e a Instituição de Saúde. Um dos sujeitos refere ter efectuado o Curso de Formação de Formadores e um outro ter feito um curso de liderança de grupos.

Gráfico 4 - Distribuição dos supervisores segundo os cursos de formação frequentados



No que concerne ao tempo de serviço na profissão, verificamos que 5 sujeitos (45,45%) referem ter entre 11 a 15 anos; quatro (36,36%) referem ter entre 5 a 10 anos e os restantes dois (18,19%) entre 16 a 20 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos supervisores segundo o tempo de serviço na profissão

TEMPO DE SERVIÇO NA PROFISSÃO (ANOS)	Nº	%
5 - 10	4	36,36
11 - 15	5	45,45
16 - 20	2	18,19
TOTAL	11	100,00

Observando a Tabela 2, verificamos que relativamente ao tempo de serviço na instituição, os sujeitos dividem-se em apenas duas classes, cinco (45,45%) referem ter como tempo de serviço na instituição, entre 1 a 5 anos, os restantes 6 (54,55%), referem ter entre 6 a 10 anos.

Tabela nº 2 - Distribuição dos supervisores segundo o tempo de serviço na instituição

TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO (ANOS)	Nº	%
1 - 5	5	45,45
6 - 10	6	54,55
TOTAL	11	100,00

Pela análise da tabela 3 verificamos que 5 sujeitos (45,45%) têm, como tempo de colaboração na supervisão clínica entre 1 a 3 anos, 4 sujeitos (36,36%) têm 4 a 7 anos e 2 (18,19%) sujeitos dizem colaborar na supervisão há cerca de 8 a 11 anos.

Tabela 3 - Distribuição dos supervisores segundo o número de anos de exercício supervensivo

TEMPO DE EXERCÍCIO SUPERVISIVO (ANOS)	Nº	%
1 - 3	5	45,45
4 - 7	4	36,36
8 - 11	2	18,19
TOTAL	11	100,00

Em síntese, verifica-se que as características mais marcantes deste grupo de sujeitos são:

- A maioria dos sujeitos é do sexo masculino (73%)
- A maioria dos sujeitos situa-se na faixa etária dos 31 a 35 anos (64%)
- A maioria dos sujeitos é licenciada (64%)
- A maioria dos sujeitos não tem formação no âmbito da supervisão clínica (67%)
- A maioria dos sujeitos tem entre 5 a 15 anos de profissão (81,81%)
- A maioria dos sujeitos tem ente 1 e 7 anos de experiência supervensiva (81,81%)

Do exposto, parece podermos afirmar que a maioria dos sujeitos possui uma razoável experiência supervisiva, pese embora a maioria não ter formação neste domínio.

**CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE
E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

Apresentadas as formas de recolha e tratamento dos dados, passamos de imediato à apresentação análise e interpretação dos mesmos. Adoptámos a sugestão de Yin (2001:166 e seg.), segundo a qual, a análise e interpretação dos dados deve ser apresentada numa narrativa simples, podendo ser utilizados quadros, gráficos e outros elementos considerados pertinentes de modo a clarificar a descrição e análise do caso.

Apresentamos seguidamente, os dados obtidos através da análise de conteúdo dos protocolos das entrevistas realizadas aos onze enfermeiros supervisores de ensino clínico (*Anexo IV*).

A análise de conteúdo efectuada fez emergir seis temáticas, a saber:

1. Posicionamento face à profissão de enfermeiro
2. Concepções acerca do trabalho do supervisor
3. Aspectos satisfatórios do desempenho da função de supervisor
4. Dificuldades percebidas pelos supervisores, relativamente à função supervisiva
5. Opiniões sobre a formação obtida
6. Expectativas quanto à formação desejada

As temáticas enunciadas anteriormente, deram lugar a um conjunto de categorias que podem ser globalmente observadas no quadro seguinte:

Quadro 4

Temas e Categorias Emergentes das Entrevistas aos Supervisores clínicos

TEMAS	CATEGORIAS
1. Posicionamento Face à Profissão de Enfermeiro	1. Motivações Intrínsecas na Escolha da Profissão 2. Motivações Extrínsecas na Escolha da Profissão 3. Atitude Face à Profissão
2. Concepções Acerca do Trabalho do Supervisor	4. Papéis e Funções 5. Competências Requeridas para Ser Supervisor
3. Aspectos Satisfatórios do Desempenho da Função Supervisiva	6. Gosto Pessoal pela função 7. Contributo para a Formação de Outros 8. Contributo para a Auto-formação 9. Condições de Trabalho Favoráveis
4. Dificuldades Percebidas pelos Supervisores Relativamente à Função Supervisiva	10. Dificuldades e Problemas Experimentados na Prática Supervisiva 11. Razões Explicativas das Dificuldades
5. Opiniões sobre a Formação Obtida	12. Agentes e Modalidades de Formação Obtida
6. Expectativas Quanto à Formação Desejada	13. Finalidades Desejadas 14. Dispositivo Organizacional Desejado 15. Conteúdos Desejados 16. Formadores Desejados

Das dezasseis categorias inventariadas, as primeiras três permitem-nos ter uma ideia de alguns factores que levaram este grupo de enfermeiros supervisores a optar pela profissão de enfermeiro e em que medida esses mesmos factores poderão condicionar a sua atitude face à profissão e também as suas representações enquanto supervisores.

As nove categorias seguintes permitem-nos traçar um quadro referencial destes supervisores relativamente às actividades, tarefas, aspectos satisfatórios e

dificuldades que constituem as suas representações (Moscovici, 1961), acerca do quotidiano dos supervisores de ensino clínico.

Por fim, das últimas cinco categorias, a primeira dá-nos as representações dos indivíduos acerca das modalidades de formação oferecidas pelo sistema; as quatro seguintes dão-nos uma ideia quanto à formação por que aspiram (estabelecendo o quadro da formação desejada em termos de objectivos, conteúdos, organização e formadores), evidenciando a importância atribuída à experiência quotidiana e aos colegas, na aquisição do saber, saber-ser e saber-fazer.

A descrição e análise dos dados obtidos percorrerá os seis temas encontrados, por categoria, subcategoria e indicador, conforme grelha sugerida por Mendes (2002), explicitada anteriormente, procurando fazer-se uma descrição e leitura interpretativa do discurso dos enfermeiros supervisores entrevistados.

1. Posicionamento dos Entrevistados Face à Profissão

As narrativas dos sujeitos entrevistados acerca do seu posicionamento face à profissão, explicitam um conjunto de motivações que contribuíram para a opção pela profissão, adquirindo um significado relevante nas suas trajectórias de vida. Esta opção encontra-se configurada por atitudes, por valores e por informações provenientes de influências externas que colaboraram para focalizar o campo de representação (Moscovici, 1961) da profissão de enfermeiro(a). Assim, neste tema, a análise de conteúdo mostrou que o discurso dos supervisores entrevistados girou à volta de três categorias:

- Motivações Intrínsecas na Escolha da Profissão
- Motivações Extrínsecas na Escolha da Profissão
- Atitude Face à Profissão

A primeira categoria registou uma frequência de 36 unidades de registo, sendo estas atribuídas a 8 dos supervisores entrevistados, o que corresponde a mais de dois terços a dos sujeitos. Curiosamente, na segunda categoria, embora o número de indivíduos participantes seja igual, o facto é que o número de unidades de registo foi metade (18). Relativamente à terceira categoria, pudemos inventariar 33 unidades de registo, abrangendo a totalidade dos entrevistados.

1.1. Motivações Intrínsecas para a Escolha da Profissão

Nesta categoria podemos registar que dos 11 sujeitos entrevistados apenas 8 referiram motivações intrínsecas na escolha da profissão. Da análise do seu discurso, foram obtidas 36 unidades de registo que foram categorizadas em duas subcategorias, abrangendo quatro indicadores, como pode ser observado no Quadro seguinte:

Quadro 5

Motivações Intrínsecas para a Escolha da Profissão

CATEGORIA: <i>Motivações Intrínsecas para a Escolha da Profissão</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
Altruismo	➤ Gostava de Ajudar os Outros	16	44,4%	6	54,5%
	➤ Gostava de Cuidar	6	16,7%	5	45,4%
	➤ Sempre Quis Ser Enfermeiro(a)	2	5,6%	1	9,1%
Gosto Pelas Relações Humanas	➤ Queria uma Profissão que Permitisse o Contacto com Outras Pessoas	12	33,3%	4	36,4%
TOTAL DA CATEGORIA		36	100%	8	72,7%

Tradicionalmente, considerava-se o acesso à profissão de enfermagem por efeito de uma vocação, de uma certa predisposição inata para cuidar das pessoas. Também, no estudo que agora apresentamos, uma primeira leitura dos dados, sugere que a maioria dos sujeitos refere atitudes altruístas como motivação intrínseca na escolha da profissão, manifestadas pelo "gosto por ajudar os outros" e também o "gosto pelo Cuidar", conforme podemos verificar nas seguintes passagens das entrevistas: "(...) a mim, o que me trouxe para a enfermagem foi tentar ajudar o outro" (E2);

"Porque é que gosto?... Enfim... Cuidar de alguém que precisa, não é uma tarefa fácil não é a mesma coisa que ser mecânico, ou estar num balcão a atender alguém... trata-se de um ser humano, que pelo facto de estar doente, está mais sensível... para isto é preciso ter alguma... digamos ... "vocação" "(E10).

Pelo exposto, ficou claro o tipo de sentimentos que animou os nossos entrevistados na escolha da profissão. Curiosamente, também para Collière (1999), uma das formas que o Homem tem de garantir a sua sobrevivência como indivíduo singular e como ser social, é a de obter ajuda no seu "continuum" de vida, que poderá traduzir-se num conjunto de actos, os quais

denominou de *"tomar conta"*, *"cuidar"* e *"velar"*. Ainda segundo a mesma autora, dado o seu cariz, a arte de cuidar, foi durante muitos séculos exercida pela Igreja, sustentada na devoção, sacrifício e abnegação. Talvez, por estes motivos, tradicionalmente considerava-se o acesso à enfermagem por efeito de sentimentos altruístas, de uma vocação ou uma certa predisposição para cuidar de outros.

O desejo de ter uma *"profissão que permitisse o contacto com outras pessoas"*, fica também evidenciado, não tanto pelo número de entrevistados a declarar tal facto, mas sim pelo número de unidades de registo obtido (1/3 do número total de unidades). Ilustram o que acabamos de referir as seguintes passagens das entrevistas: *"(...) penso que comecei a gostar de enfermagem, principalmente porque me permitia comunicar com as pessoas, não era estar num gabinete sentada a uma secretária, a trabalhar com papéis..."*(E 6);

"(...) para mim, o que realmente vale [na profissão], o que sobressai, é a relação com as pessoas..."(E9). Existe ainda um(a) entrevistado(a) que referindo-se às motivações que o(a) levaram a enveredar pela carreira de enfermagem refere que sempre quis ser enfermeiro(a).

A escolha da profissão e as razões subjacentes a essa escolha são vectores que permitem compreender a relação, positiva ou negativa, do profissional com o seu trabalho e podem constituir um quadro de referência para situar a expressão das necessidades de formação. Neste sentido, Rodrigues (1991), acerca da formação de professores, refere que a crença na vocação ou em sentimentos altruístas tem, no quadro da análise de necessidades, uma grande importância: *"(...) do lado do sistema, tem justificado o pouco investimento na formação profissional dos seus agentes, circunscrevendo-se à aquisição de um saber a transmitir; do lado do professor, bloqueia a consciencialização das suas lacunas e dificuldades."* (p.241). Diz ainda a autora: *"O docente que se julga predestinado desde sempre, baseado na sua "sabedoria" terá tendência a assumir como falhas pessoais os insucessos nas actividades profissionais, não favorecendo a análise crítica das suas*

práticas, nem sugerindo o seu confronto com a teoria, nem suscitando o desejo de continuamente aprender mais" (Idem).

1.2. Motivações Extrínsecas para a Escolha da Profissão

Detendo-nos no Quadro 6, podemos verificar que da análise do discurso dos onze enfermeiros supervisores inquiridos, oito referiram motivações extrínsecas na escolha da profissão. Da respectiva análise, emergiram três subcategorias abrangendo um total de nove indicadores que compreendem 18 unidades de registo.

Quadro 6
Motivações Extrínsecas para a Escolha da Profissão

CATEGORIA: <i>Motivações Extrínsecas para a Escolha da Profissão</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
Atração Pelo Ambiente Hospitalar	➤ Gostava do Meio Hospitalar	2	11,2%	2	18,2%
	➤ Tinha Curiosidade Acerca do Meio Hospitalar	3	16,7%	2	18,2%
Realização Material	➤ Saída Profissional Fácil	1	5,5%	1	9,1%
	➤ Realização Material	1	5,5%	1	9,1%
Estímulos ao Acesso	➤ Facilidade de Acesso ao Curso de Enfermagem Comparativamente a Outras Licenciaturas	4	22,2%	4	36,3%
	➤ Influência de Terceiros	3	16,7%	3	27,2%
	➤ Flexibilidade de Horários	1	5,5%	1	9,1%
	➤ Não Ter que Ser Deslocado(a) Geograficamente	1	5,5%	1	9,1%
	➤ Progressão na Carreira Militar	2	11,2%	2	18,2%
TOTAL DA CATEGORIA		18	100%	8	72,7%

Em termos genéricos, podemos verificar que das motivações extrínsecas invocadas para a escolha da enfermagem como profissão pelos entrevistados, a que maior representatividade obteve, foi a *“facilidade de acesso ao Curso de Enfermagem comparativamente a outras licenciaturas”*, bem visível nas seguintes afirmações: *“(...) provavelmente se tivesse notas para Medicina ou Medicina Dentária, iria concorrer para um desses cursos mas... em virtude de não as ter, optei pela enfermagem...”*(E3).

“(...) queria continuar a estudar, contudo as alternativas que eu tinha em termos de faculdade eram praticamente nulas devido às minhas médias, como enfermagem era um curso médio, na altura, entrei... Além de que os meus testes de orientação vocacional me indicavam a área da saúde”.(E4)

Seguidamente, surge a *“influência de terceiros”* (nomeadamente de enfermeiros já profissionais), como principal motivação na escolha da profissão para E4, E7 e E10, como se pode observar dos seus discursos: *“(...) Na altura, era apenas uma opção profissional... não conhecia muito bem a enfermagem. Entretanto, tinha uma vizinha que estava a fazer o curso que me disse que o curso era muito engraçado, que estava a gostar imenso...então concorri e acabei por entrar...”* (E 4).

“(...) Tinha média de 18 e, nesse ano, não dava para entrar em Medicina. Para não estar à espera, resolvi tomar as minhas opções: Veterinária era uma das opções, a seguir era enfermagem. Como havia uma pessoa que era enfermeira na família, estimulou a minha curiosidade e resolvi concorrer... mas não era a minha motivação inicial...”(E 7).

“(...) Na altura, por acaso... a esposa não, que ainda não era esposa, era namorada, era enfermeira, quando vim para a tropa em Lisboa (...) foi uma maneira de estudar e...digamos...de estar mais perto dela...” (E 10).

Se considerarmos a *“atração pelo ambiente hospitalar”* em termos de categoria, verificamos também, que esta constituiu uma forte motivação para aproximadamente 1/3 dos supervisores, a avaliar pelos seus testemunhos: *“Eu penso que no início da minha escolha, a razão foi eu gostar muito do meio hospitalar, da agitação, das coisas que fazemos...”*(E9);

“(...) sempre tive curiosidade sobre o meio hospitalar...”(E3);

"(...) para ser sincero, inicialmente não tinha motivação nenhuma, depois de ver, de conhecer a história (da enfermagem) e essencialmente ver o altruísmo que tinha a nossa profissão...esses valores...identifiquei-me...identifiquei-me um pouco, mas inicialmente não tinha motivação era apenas curiosidade pelo meio hospitalar... era mesmo só curiosidade..."(E7).

Não deixa de ser invulgar verificar, que E9, viu na escolha da enfermagem para profissão, uma forma de *"realização material"*, E5 a possibilidade de *"não ter que ser deslocado geograficamente"* e E7 uma forma de ter *"horários flexíveis"*. Também os relatos de E10 e E11, não deixam de ser *"sui generis"*, uma vez que, a motivação para a escolha da enfermagem como profissão, foi o facto de, dessa forma, poderem progredir na carreira militar.

Face aos discursos apresentados, a opção profissional parece surgir no contexto de valores de referência e/ou de influências externas, o que denota a singularidade das trajectórias de vida, singularidade que é construída não só com o modo como os actores acolhem as informações, os valores e as experiências, mas também com as condições sociais de existência, tal como referem Moscovici (1961) e Vala (1993).

1.3. Atitudes Face à Profissão

Os dados recolhidos, apresentados no quadro 7, permitem-nos diferenciar nesta categoria três subcategorias e cinco indicadores compreendendo um total de 33 unidades de registo.

Da análise dos dados podemos verificar que a totalidade dos entrevistados declaram nutrir *gosto pela profissão*. Na fluidez do seu discurso, a grande maioria dos sujeitos referem *"Gostar de ser enfermeiro(a)"*, sendo isso bem visível em expressões como: *"(...) acho que não me via a fazer outra coisa..."* (E 1) ou então,

"(...) embora, por vezes, tenha momentos em que me sinto um pouquinho frustrado, contudo no global, nestes 14 anos, sinto-me bem na profissão que escolhi..." (E 2), ou ainda "(...) Não conhecia [o curso de enfermagem], mas gradualmente à medida que fui conhecendo, acabei por achar que era [enfermagem], que eu queria fazer na minha vida profissional, era isto que eu queria ser, gosto daquilo que faço e tenho muito orgulho naquilo que faço..."(E 4).

Quadro 7
Atitudes Face à Profissão

CATEGORIA: Atitudes Face à Profissão					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
Gosto Pela Profissão	➤ Gostar de ser Enfermeiro(a)	16	48,5%	8	72,7%
	➤ Contributo para a Melhoria dos Utentes	4	12,1%	5	45,4%
Atractivos da Profissão	➤ Sentimento de Autonomia Profissional	9	27,3%	1	9,1%
	➤ Questionamento	3	9,1%	2	18,2%
Aspectos Negativos da Profissão	➤ Aspecto Salarial	1	3,0%	1	9,1%
TOTAL DA CATEGORIA		33	100%	11	100%

O gosto pela profissão é ainda realçado por aproximadamente metade dos entrevistados, porque sentem que o seu desempenho é um "contributo para a melhoria dos utentes", conforme podemos verificar, a título de exemplo, nas palavras de E6: "(...) Gosto de poder ajudar os meus pacientes gradualmente a ficarem melhor e adquirir a sua independência, de ver a evolução do nosso trabalho... o doente entra, e depois, nós cuidamos dele, em colaboração com os outros técnicos (está claro), mas nós é que estamos aqui 24 horas por dia, este privilégio de ver o doente tornar-se independente em termos de actividades de vida é "quase exclusivo dos enfermeiros", já que os médicos e outros técnicos estão "cinco minutos" com os doentes..."

Na opinião de Carvalho (2003), é positivo para o supervisor clínico, ter este tipo de sentimento expresso anteriormente, sentir-se realizado na profissão e ter entusiasmo no desenvolvimento da mesma. Se pensarmos no papel de modelo, a modelagem motivadora de um supervisor clínico entusiástico e realizado profissionalmente, pode ter um efeito muito positivo para o próprio, no sentido em que, tenderá a levar o próprio à busca de actualização e inovação com vista à prestação de melhores cuidados e ainda à melhoria da sua actividade supervisiva que, com certeza, se irá repercutir positivamente na aprendizagem do estudante.

Da análise desta categoria é ainda de assinalar, pelo número de unidades de registo (9) que, o *sentimento de autonomia profissional* parece ser muito valorizado por E1 conforme podemos documentar com o seguinte excerto: “(...) *Ser enfermeiro, eu acho que cada vez mais, é hoje... é uma profissão autónoma, é uma profissão que depende cada vez menos de outras profissões, com objecto próprio e... concretamente daquela que, para nós, muitas vezes é um grande obstáculo – Os médicos...*”. Apesar de gostarem da profissão, E1 e E9 parecem estar preocupados com as questões da profissão, conforme atesta a seguinte expressão: “(...) *Temos que voltar a questionar as nossas convicções profissionais*” (E9). Relativamente aos aspectos negativos da profissão, apenas foi focalizado o aspecto salarial por E3.

A análise dos dados descritos neste tema leva-nos a considerar que:

- As motivações intrínsecas ligadas a valores humanistas parecem ter pesado bastante na escolha profissional dos nossos entrevistados;
- Paradoxalmente, as motivações extrínsecas apontadas para a escolha da profissão parecem estar menos ligadas a valores humanitários e/ou a uma predisposição inata/vocação para o cuidar e mais a

“pressões da realidade”. Assim, por um lado, a escolha deveu-se à facilidade de acesso ao curso de enfermagem na altura em que este grupo de supervisores se candidatou ao ensino superior, por outro, à influencia de terceiros e ainda, de uma forma geral, à atracção que alguns indivíduos dizem sentir pelo ambiente hospitalar;

- Parece no entanto evidente neste grupo de sujeitos, uma atitude positiva face à profissão, uma vez que todos referiram gostar de ser enfermeiros e reconheceram, ainda, no seu desempenho um contributo para a melhoria do estado de saúde dos utentes. Emerge ainda, um certo sentimento de autonomia e alguma preocupação com questões profissionais. O único aspecto negativo revelado prende-se com questões salariais.

2. Concepções Acerca do Trabalho do Supervisor

Foi estabelecido no enquadramento teórico, que as necessidades de formação não existem em si e que a sua emergência acontece num quadro de limites e possibilidades, dependendo das condições sociais e individuais e mesmo de condições técnicas e metodológicas, segundo as quais “(...) *uma necessidade exprime uma discrepância, um hiato, a tensão percebida entre o estado actual e um estado desejado*” Rodrigues (1999:157). Elas podem constituir-se na discrepância entre o perfil supervisivo desejado e/ou necessário em ensino clínico e o perfil existente, ou podem emergir da distância entre as funções, actividades e tarefas tal como elas são executadas pelo supervisor clínico e aquelas que idealmente são propostas pelos especialistas.

Como é sabido, o modo de obtenção de informação para este estudo, foi apenas a entrevista semi-estruturada, pelo que, o “perfil supervisivo existente”, será o que resultar da caracterização feita pelos entrevistados. Da mesma forma, as funções, actividades e tarefas “executadas” serão as que obtivemos pela análise dos discursos dos inquiridos.

Nesta temática foi obtido um total de 245 unidades de registo que foram agrupadas em duas categorias, a saber:

- Papéis e Funções do Supervisor
- Competências requeridas para ser supervisor

2.1. Papéis e Funções do supervisor

O lugar que cada indivíduo ocupa no sistema social determina o seu estatuto e o seu papel. Embora sejam noções que se complementam, são contudo diferentes. Enquanto o estatuto é o conjunto dos comportamentos que ele

legitimamente espera dos outros, o seu papel é também um conjunto de comportamentos, mas que os outros legitimamente esperam dele (Cazenouve, 1978 *apud* Raposo, 1995:32).

O papel de supervisor pode ser conceptualizado como um conjunto de actividades que são solicitadas a um indivíduo que tem um determinado estatuto. Visa acompanhar um indivíduo, no sentido de o motivar, dialogando, esclarecendo, incentivando e encaminhando para uma ou mais metas previamente determinadas (Carvalho, 2003).

Como se pode constatar pela leitura do Quadro 8, nesta categoria, está expressa a opinião dos onze sujeitos, acerca dos papéis e funções dos supervisores de ensino clínico. Para a análise dos seus discursos, foram criadas cinco subcategorias e catorze indicadores que compreendem um total de 126 unidades de registo.

Começamos por referir que, exceptuando um dos entrevistados, os restantes dez consideram que o supervisor clínico deve servir de modelo profissional, transmitindo valores profissionais e uma visão da profissão sem vícios. Esta é a opinião mais partilhada pelos entrevistados e a categoria que a exprime contém 21,7% das unidades de registo.

Podemos ilustrar as posições assumidas, citando alguns excertos: “(...) *preocupo-me em ser honesto e leal e em passar a verdade sobre aquilo que eu penso que é a profissão de enfermagem actualmente*” (E4);

“(...) *de algum modo deves também estar atento à sua postura [dos alunos], à atitude, quer com os doentes, quer com os colegas, quer com os restantes elementos da equipa...*” (E5).

“(...) *Eu acho que essas coisas não mudaram (...) nós somos seres humanos, “temos alguns vícios” e, às vezes, fazemos as coisas não tão correctamente como os alunos*

aprenderam teoricamente na escola, e isso faz-me rever a minha actuação... não quer dizer que eu esteja a fazer mal, mas não tão bem quanto o aluno deve aprender" (E10).

Quadro 8
Papéis e Funções do Supervisor

CATEGORIA: <i>Papéis e Funções do Supervisor</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
Domínio do Ensino/ Aprendizagem	➤ Ensinar Práticas	5	3,9%	4	36,4%
	➤ Transmitir Conhecimentos Técnicos, Científicos e Pedagógicos	12	9,6%	4	36,4%
	➤ Formar	15	11,9%	5	45,5%
	➤ Promover a Reflexão sobre as Práticas Desenvolvidas	12	9,6%	4	36,4%
	➤ Facilitar o Processo	18	14,2%	7	63,6%
	➤ Esclarecer Dúvidas	2	1,7%	2	18,2%
	➤ Pesquisar/Investigar	2	1,7%	2	18,2%
Domínio da Avaliação	➤ Avaliar/Classificar	12	9,5%	7	63,6%
	➤ Corrigir	5	3,9%	4	36,4%
	➤ Dar "Feedback"	1	0,8%	1	9,1%
Domínio da Socialização Organizacional	➤ Promover a Integração dos Estudantes nas Organizações da Saúde	8	6,3%	5	45,5%
Ser "Modelo Profissional"	➤ Transmitir uma Visão da Profissão "Sem Vícios"	11	8,7%	6	54,5%
	➤ Transmitir Valores	16	12,7%	10	90,9%
Multiplicidade de Papéis	➤ Colega/Amigo/Confidente/Conselheiro	7	5,5%	6	54,5%
TOTAL DA CATEGORIA		126	100%	11	100%

O princípio de que se aprende pelo exemplo tem vindo a receber cada vez mais aceitação geral. Vários são os estudos efectuados acerca do papel do supervisor

de ensino clínico nos quais a dimensão “modelo profissional” é bem evidenciada (Rauen, 1974; Antunes, 1988; Lafuente, 1991, Carvalho, 1995; Pinto, 1995; Caires 2001).

O papel de modelo tem sido reconhecido como importante para facilitar a socialização do estudante no papel de enfermeiro. Por isso, uma das responsabilidades do supervisor clínico é a de apresentar comportamentos modelo ao estudante, actuando como um enfermeiro competente. Esta responsabilidade inclui a demonstração de competências e habilidades na prática dos cuidados de enfermagem, perante os estudantes, através de exemplos na unidade hospitalar ou na comunidade. Para isso, torna-se necessário ter sentido de congruência como refere Reid (1994), isto é, os supervisores de ensino clínico devem estar conscientes do modelo que querem representar e do que realmente representam, pois, não deverão esperar mais dos estudantes do que aquilo que eles próprios fazem como enfermeiros (Rauen, 1974).

Neste sentido, Lafuente (1991:56) levanta uma questão que nos parece bastante pertinente: “(...) que modelos oferecer e como fazê-lo de modo a proporcionar aos alunos as experiências e vivências adequadas a uma correcta formação?...”. Como verificámos no enquadramento teórico, a prática supervisiva pode ser compreendida à luz de vários modelos e cenários de formação (Garmston *et al*, 2002; Alarcão e Tavares, 2003). Contudo, uma vez que os intervenientes no processo supervisivo estão constantemente a ser confrontados com a imprevisibilidade das situações, Estrela (1986), parece ter a resposta, referindo que não existe um modelo formativo ou de bom enfermeiro, mas vários modelos, consequência do estilo pessoal e da interacção com as situações. Para o mesmo autor, o “bom modelo” leva a uma certa rigidez.

Para Bandura, citado por Sprintahll e Sprinthall (1996), uma parte significativa daquilo que o indivíduo aprende é resultado da moldagem, aproximando-se de cenários como a imitação artesanal. Para os autores citados, um indivíduo pode

adquirir padrões “complexos” de resposta simplesmente pela observação de desempenhos de modelos apropriados. Por este motivo, comungamos da opinião de Pinto (1995), segundo a qual o supervisor de ensino clínico, “(...) *quer como perito quer como pessoa é de extrema importância, pois funciona como modelo das diversas habilidades, a nível psico-motor, afectivo e ético*”(p.37) pelo que, nem todos os enfermeiros têm características para servirem de modelo ao aluno em todos os domínios do saber. Para a mesma autora, mesmo sendo experiente, competente e motivador, o supervisor devia de passar por períodos de formação nesta área.

Avaliar/Classificar é a função que emerge como a referida por maior número de sujeitos entrevistados (7). Eis alguns excertos de como esta função é referida: “(...) *o papel mais difícil é a avaliação... claramente, não só para o aluno mas se calhar para ti [supervisor]. Por isso, que só no fim de tudo, [o aluno] te veja como avaliador... Se calhar vai ter muito mais à vontade para te perguntar coisas*”(E1); “(...) *Não se trata de: “Fazes mal, tens negativa; fazes bem tens positiva...”*. Temos de ter em conta o processo ao longo do estágio todo. Ele [o aluno] não vem para aqui [Instituição de Saúde], apenas para fazer um mero exercício de treino de práticas e depois ser avaliado... Eu avalio, sim, mas no sentido do que o aluno evoluiu e não no sentido daquilo que ele conseguiu fazer... eu tenho esta ideia...” (E5).

Alarcão e Tavares (2003), ao referir-se à avaliação em contexto supervisivo afirmou que “(...) *a avaliação constitui uma das dificuldades das funções do supervisor*” (p.107), uma vez que, a mesma “(...) *pode colidir e colide muitas vezes, com a relação facilitadora e encorajante que se pretende estabelecer (...). Ela só poderá ser minimizada com a existência de uma relação interpessoal, positiva e saudável*” (idem). A co-responsabilização do supervisor e do estudante no processo de ensino-aprendizagem implica, igualmente, a participação no processo avaliativo o que torna o supervisor em co-avaliador. A justiça da avaliação passa também pelo grau de participação que o supervisor permite aos estudantes, participação esta que deve ser frequente e perspectivada de modo

formativo, para permitir ultrapassar melhor o erro, ser factor de aprendizagem, e reduzir a possibilidade de injustiças e das suas repercussões negativas.

Assim, de modo a promovermos um ensino que responda adequadamente aos objectivos e à diversidade dos estudantes, é fundamental repensarmos o papel da avaliação no desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem em ensino clínico. A avaliação deve ser considerada não só ao nível do trabalho do estudante, mas também ao nível do processo de ensino do supervisor, com vista a melhorá-lo contínua e sistematicamente. *“Avaliar as aprendizagens realizadas pelos alunos equivale a verificar até que ponto é que eles desenvolveram e/ou aprenderam determinadas capacidades, como consequência do ensino que receberam... (Coll e Martin, 2001:201). Quando avaliamos as aprendizagens que os nossos alunos levaram a cabo, estamos também a avaliar, queiramos ou não, o ensino que ministramos” (idem:214).*

O objecto da avaliação, quando ela é formativa e não apenas sumativa, deixa de se centrar exclusivamente nos resultados obtidos pelos estudantes e passa a centrar-se prioritariamente no processo de ensino-aprendizagem. *“(...) A avaliação decorre e acompanha, no tempo e nas lógicas, ao longo de, e em coerência com, o modo como se ensina, isto é, como se organiza e intencionalmente orienta [o supervisor] o processo de alguém [o estudante] na aprendizagem de alguma coisa que se considera importante saber e ficar capaz de usar e mobilizar” (Roldão, 2003a:7).*

Facilitar o processo de ensino-aprendizagem é também uma função importante na opinião de mais de metade dos supervisores inquiridos, como o revelam os seguintes excertos: *“(...) os alunos, que em cada estágio têm determinados objectivos para atingir...A função do supervisor é ajudar, facilitar o processo, de forma a que o aluno atinja os objectivos iniciais. É tentar traçar um caminho, isto é, definir uma estratégia, de forma a assegurar que o aluno efectivamente atinja os objectivos e passe à etapa seguinte, ao semestre seguinte, de ano ou termine o curso, conforme o estágio...” (E5);*

“(...) no início [dos ensinamentos clínicos] os alunos vêm “cheios de teoria” mas, que muitas vezes não se ajusta ao campo de estágio. Cabe-te a ti [supervisor], lhes facilitar o processo, os ajudares a “dar o salto”, a saber usar esses conhecimentos em situações e ambientes diferentes... isto é muito importante, faz com que desenvolvam o espírito crítico...”(E6).

Como verificámos, a aprendizagem é uma construção pessoal, que passa pelo interior da pessoa, traduzida numa modificação estável do comportamento, cujo percurso não pode ser feito senão pelo próprio. Contudo, para que possa desenvolver o seu potencial o indivíduo necessita de ser ajudado por outrem (Vigotski, 1977). Por isso, Pinto (1995) reitera *“(...) que é preciso ajudar os alunos a desenvolverem o seu potencial intelectual e as habilidades motoras e, para isso, será necessário organizar adequadamente as experiências clínicas, com o auxílio e supervisão de “peritos” que ajudem os alunos a reflectir a prática, a aprender a ser flexíveis e a ser capazes de fazer adaptações correctas ou seja, afinal, a ajudá-los a compreender os fenómenos, a fazer a relação do “novo” com o “adquirido” e a transferência para situações novas”*. Também Rogers (1983:28) entende o supervisor como facilitador da aprendizagem. É sua a célebre frase de que *“(...) ninguém ensina nada a ninguém”* e Santos (1995:71) acrescentou-lhe *“(...) as pessoas é que aprendem”*, se tiverem motivação, lhes facilitarem o percurso e *“tiverem em conta o seu ritmo”* (Pinto, 1995:45).

Pelo exposto, a supervisão deve basear-se *“(...) numa relação interpessoal dinâmica, encorajadora e facilitadora de um processo de desenvolvimento e aprendizagem consciente, procurando desenvolver nos estudantes a capacidade de tomar decisões apropriadas”* (Alarcão e Tavares, 2003:85). Nesta perspectiva a supervisão clínica, pode ser vista segundo um modelo de formação profissionalizante, a partir da e na acção, devendo facilitar e *“(...) orientar o estudante de modo a que este seja capaz de agir em contextos instáveis que exigem a reflexão e atenção dialogante com a própria realidade, numa perspectiva de ser capaz de reflectir na acção e não de agir rotineiramente, dando resposta a situações novas,*

caracterizando-se por um saber sólido, teórico e prático, inteligente e criativo” (Alarcão, 1991:73).

Com efeito, a aprendizagem clínica de acordo com a maioria das visões teóricas referidas, pressupõe a existência de um agente de ensino - o supervisor de ensino clínico - ao qual cabem inúmeras funções (Abreu, 2003), como agente facilitador do processo de ensino-aprendizagem, processo este que, no dizer de Daloz (1986 *apud* Reid, 1994), compreende três grandes áreas: Dar suporte, desafiar e ajudar a perspectivar.

Embora ambos os papéis/funções (avaliar/classificar e facilitar o processo) tenham sido referidas pelo mesmo número de entrevistados (7), notamos que a ideia de supervisor como facilitador do processo supervisivo é mais referida, atendendo ao número de unidades de registo (18). Este facto é congruente com as opinião de Alarcão e Tavares (2003:56) ao defenderem que *“(...) todas as tarefas realizadas pelos supervisores estão subordinadas a um verbo fulcral: Ajudar”*.

À semelhança do que foi constatado em outros estudos (Pinto, 1995; Caires, 2001), mais de metade dos supervisores parece valorizar a relação supervisor↔estudante, referindo-se ao trabalho do supervisor como o exercício de múltiplos papéis, tais como: colega, amigo, confidente e/ou conselheiro. Segundo Alarcão e Tavares (2003), à medida que o tempo decorre, o estudante passa a ser mais uma espécie de colega/companheiro com quem são partilhados os diferentes aspectos da prática em comum e a quem passa a ser pedida a opinião, podendo mesmo, se a relação assim evoluir, estender-se a questões do foro pessoal. No nosso estudo, este aspecto foi particularmente colocado em evidência pelos supervisores, conforme se pode constatar nos seguintes excertos dos seus discursos: *“(...) gosto que a orientação decorra sempre de uma forma não muito formal... de uma forma que o aluno perceba que eu quero que ele esteja à vontade comigo e que... sou mais um colega de trabalho...”* (E5);

"(...) Quando têm problemas exteriores ao estágio [os estudantes], porque se aborreceram com os pais, ou com os namorados(as), problemas na Escola, cadeiras de outros anos por fazer ou exames para fazer durante o estágio... vêm angustiados, deprimidos... andam preocupados, mostram menos disponibilidade para as actividades de estágio. Nestas situações, nós deixamos de ser supervisores e passamos a ser amigos, confidentes... não sei... às vezes, educadores, pois acabamos por lhes oferecer escuta e até dar conselhos..."(E9).

Com efeito, mediante as diversas tarefas e desafios que são colocados ao estudante pela situação de ensino clínico, a qualidade da relação estabelecida entre ambos é apontada como um importante factor de desenvolvimento do estudante (Vieira, 1993; Pinto, 1995; Alarcão, 1996; Galvão, 1996; Caires, 2001).

De acordo com Alarcão (1996), a adopção de uma atitude de ajuda por parte do supervisor e a edificação de um clima de compreensão, tornam-se essenciais nesta fase inicial por forma que o estudante *"(...) consiga encontrar a ordem no meio do caos"*(p.22). É aliás este o rumo que autores como Alarcão e Tavares (1987, 2003), Galvão (1996), D'Espiney (1997) e Caires (2001), defendem que deverá seguir a relação supervisor-estudante. Ainda, de acordo com Alarcão e Tavares (2003), o supervisor deve ser visto pelo estudante como *"(...) alguém com mais experiência e com conhecimentos mais claros e reflectidos sobre as situações, dificuldades e problemas semelhantes, que é antes de mais um colega, numa relação aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática"* (p.61).

Cinco dos inquiridos mencionam *"formar"* como função do supervisor clínico. Vejamos o que por vezes dizem os entrevistados: *"(...) reconheço que acabamos por ser formadores... Se eu ensino, acompanho, oriento, faço reflectir os alunos nos seus actos, eu próprio acabo por ter uma atitude auto-formativa... claro que somos formadores."* (E4)

"(...) [terminados os cuidados], quando reflectimos sobre o que fizemos, quando lhes digo: "Aquilo poderia ter sido feito de outra forma..."; "Temos que melhorar

determinado procedimento...”, “Aquilo, tu já fazes muito bem...” ou quando os mando [alunos] pesquisar para casa... nestas situações sinto-me formadora...”(E9).

É ainda de salientar que a função “*formar*” foi bastante vincada tendo em conta o número de unidades de registo (15). Como os exemplos mostram, a função de “*formar*” é referida pelos entrevistados quando querem referir simultaneamente diversos papéis e funções! É pois um termo ambíguo dada a multiplicidade de sentidos em que pode estar a ser usado.

Formar tem sido, muitas vezes, associado a moldar, estruturar e mesmo ensinar. Abrangendo todas as situações, “*(...) a formação é considerada a pedra de toque, a questão base, o processo fundamental capaz de operar as transformações que se pretendem introduzir nos sistemas e nos lugares institucionais onde decorre a acção dos indivíduos, visando otimizar os seus fins*” (Amiguinho, 1992:23). A “*formação*” pode ser considerada como acção de formar no sentido da transmissão de conhecimentos de forma a preparar o indivíduo ao longo da sua vida, está em permanente interacção com o meio envolvente, constituindo o seu próprio processo de formação, “*(...) um processo apropriativo e reflexivo por parte dos sujeitos que se formam*” (Amiguinho, 1992:82). Numa perspectiva diferente, que se enquadra no modelo behaviorista, “*(...) fala-se de formação quando há lugar a uma intervenção que visa contribuir para a emergência de uma resposta comportamental nova. Por formação entender-se-á toda a espécie de procedimento tendente a inflectir um tipo de reacção. O ensino não é mais do que um exemplo dessa formação*” (Berbaum, 1993 *apud* Simões, 2004). Numa perspectiva construtivista, a formação é vista “*(...) como construção de conhecimento e produção de saberes*” (Tavares, 1997:67). Em qualquer situação, o processo de formação é sempre pessoal e único.

Novos modos de conceber e praticar a formação, revelam o potencial formativo das situações de trabalho. A formação experiencial, tão falada e defendida pelos supervisores, é muito mais que um acumular de experiências. Contudo,

conforme considera Courtois (1992 *apud* Simões, 2004), para quem experiência é a interação de uma pessoa ou colectivo com a situação de trabalho, nem toda a experiência permite directamente uma aprendizagem. A transformação que a experiência quase sempre promove nos indivíduos pode bem ser o resultado de uma “repetição” ou “impregnação” (cenários behaviorista ou de imitação artesanal segundo Alarcão e Tavares, 2003), e significar muito pouco no plano da sua formação. Para que tal aconteça, é necessário que exista intencionalidade da parte dos actores na sua situação de trabalho. Ou seja, para potencializar formativamente a situação de trabalho, é necessário que a interação com essa situação faça sentido para os que nela estão envolvidos, haja intencionalidade (Abreu, 2003).

O paradigma da formação em enfermagem parece estar a mudar. O método da racionalidade dominante assente na dicotomização do processo saúde-doença e na instituição de um único critério de sucesso a cura, deixou de ser a resposta eficaz para a enfermagem, pelo que, é importante centrar a prática e a formação naquilo que a torna única na sua essência (Bévis 1988 *apud* Carvalhal, 2003), ou seja, na visão holística da pessoa.

Sendo a enfermagem uma profissão em construção, cabe à formação inicial favorecer o desenvolvimento global do estudante, considerando as suas capacidades, necessidades, expectativas e aspirações para que se transforme num adulto activo e reflexivo na sociedade e no exercício da sua profissão, na produção de saberes e modelos profissionais necessários aquela construção. Neste sentido, este “novo conceito” de formação, considerando não apenas o desenvolvimento profissional do indivíduo, mas acentuando a dimensão do seu desenvolvimento pessoal, parece ser, no contexto actual da formação em enfermagem, o ponto de vista mais adequado (Carvalhal, 2003).

Cinco dos entrevistados referem que é também papel/ função dos supervisores clínicos promover a integração dos estudantes nas organizações de saúde, como

afirma, por exemplo E2: "(...) O papel do orientador é, primeiro que tudo, integrar o aluno na instituição, principalmente no Serviço onde vai ser colocado, conhecer aquilo que na gíria se diz "Conhecer os cantos à casa" ou E3 : "(...) Nós [supervisores] começamos por falar do Serviço em si, da sua dinâmica, das condições físicas e humanas, dos doentes, patologias mais frequentes... Posteriormente, tentamos que os alunos se integrem na dinâmica do Serviço e na equipa multidisciplinar". Nesta linha de pensamento, se considerarmos o ensino clínico um dispositivo onde existe confronto entre o "real" e o "ideal", ele é também um meio através do qual o estudante adquire capacidades nos domínios da cognição, da psicomotricidade e da relação, elementos essenciais para desenvolver um papel profissional futuro; onde aprende a trabalhar em grupo e a socializar-se profissionalmente (Amador, 1991; Lafuente, 1991).

O estudante ao encontrar-se inserido num meio vivo que actua sobre ele e sobre o qual ele age aprende a interiorizar os elementos sócio-culturais do meio, integrando-os na estrutura da sua personalidade sob a influência de experiências de agentes significativos, e a adaptar-se a esse ambiente. É neste ambiente que ele vai construindo o seu "saber profissional" (Martin, 1991 *apud* Raposo, 1995). A par da dimensão socialização há outras competências adquiridas em contexto de trabalho: o trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, aprender a aprender com as novas situações, a comunicação e a decisão individual ou em grupo perante situações novas. Só com plena interação entre o indivíduo, a formação e o contexto de trabalho, os processos formativos desenvolvem capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo.

Assim, a socialização é um processo complexo em que o estudante no decorrer da sua formação vai adquirindo conhecimentos, habilidades e sentido de identidade profissional (Raposo, 1995). Ele aprende, deste modo, a pensar como um enfermeiro e a pensar nele próprio como enfermeiro.

Tendo a enfermagem, desde sempre, uma forte ligação ao contexto do trabalho, dado o seu carácter prático (D'Espiney, 1997) e ao facto de os mais diversos estudos realizados (Antunes, 1988; Lafuente, 1991; Raposo, 1995; Santos, 1995; Carvalhal, 1995, 2003) valorizarem prioritariamente as competências na área do saber-fazer, não deixa de ser curioso que apenas quatro dos entrevistados tenham referido "*Ensinar práticas*" como uma das funções/papéis do supervisor, conforme atestam as seguintes passagens: "(...) *Eu acho que nós [supervisores], especialmente agora aqui com alunos, continuamos a ligar muito às práticas, à questão técnica da nossa profissão, esquecendo muitas vezes a questão humana*". (E1);

"(...) *como orientador de estágio, o meu objectivo principal é encaminhar o aluno nas práticas de forma a que ele se desenvolva*". (E4).

Transmitir conhecimentos técnicos, científicos e pedagógicos é também para quatro dos sujeitos ouvidos uma das funções dos supervisores clínicos em enfermagem. Atentemos nas palavras dos entrevistados: "(...) *ter também aquilo que acabamos de falar [conhecimentos técnicos e científicos] para poder transmiti-los...*" (E5);

"(...) *eu acho que o papel do supervisor é tentar ao máximo transmitir os seus conhecimentos, sejam eles teóricos ou práticos, ao aluno...*" (E8).

Considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados centra a atenção do supervisor para além do simples exercício de compreensão ou de memorização de conhecimentos previamente ensinados por uma ordem lógica. O objectivo será como afirma Morin (1999), não favorecer aos estudantes os conhecimentos mais nobres, mas de ensiná-los a viver. Aprendizagem que "(...) *necessite non seulement des connaissances, mais la transformation, en son propre être mental, de la connaissance acquise en sapience et l'incorporation de cette sapience pour sa vie*" (p. 51). Com efeito, o supervisor de ensino clínico, não desenvolve a sua actividade baseado no senso comum; antes tem que se fundamentar em conhecimentos teóricos que guiem a sua prática, tendo em conta que não é

apenas um cumpridor de objetivos, nem um transmissor de conteúdos, mas um perito didático, capaz de criar um clima propício à aprendizagem fundamentada num diálogo reflexivo permanente com os estudantes, promovendo nestes a análise e a utilização de processos mentais que promovam a criação de paradigmas facilitadores da prática (Martin, 1991 *apud* Simões, 2004).

A riqueza potencial da experiência reconhece-se no conceito do profissional como prático reflexivo. Assim, cabe ao supervisor clínico promover a reflexão sobre as práticas desenvolvidas como o afirma, por exemplo, E6 “(...) tu, enquanto supervisor, fazes as coisas e pensas que fizeste da melhor maneira possível mas, se és questionado [pelo estudante], porque é que fizeste assim, faz com que tu reflectas ainda mais sobre o que fizeste e detectas que aquilo que estavas convencido que fazias bem, não fazias assim tão bem”. Tal significa que o processo de compreensão e melhoria do trabalho deve começar pela reflexão sobre a própria experiência. Estabelece-se, pois, como central o próprio processo de aprendizagem, cujo reconhecimento, na reflexão e mediante a reflexão, possibilita a interiorização e a responsabilização pelo próprio desenvolvimento profissional (Canário, 1998).

A reflexão torna-se, assim, de primordial importância, pois o estudante precisa de compreender o significado da enorme quantidade de dados e de informação que a prática lhe oferece, para deste modo, poder interiorizar e aprender. Dewey (1933 *apud* Canário *in* Costa, 1998:24) identifica a reflexão “(...) como uma maneira de encarar e responder a problemas, (...) é a ruptura dentro da continuidade quotidiana; é a forma diferente de ver a realidade; é o ponto de vista alternativo ao normalmente dominante numa situação”.

São três as atitudes que Dewey considera necessárias para a acção reflexiva:

- *Abertura de espírito* - “Porque faço e o que estou a fazer?” Questionam-se as fundamentações lógicas do que é que tem sido considerado normal e

correcto, admitindo que, mesmo nas grandes convicções o erro pode estar presente;

- *Responsabilidade*;
- *Sinceridade* - que faz a visão utilitária imediata da acção e a torna responsável pela própria aprendizagem.

A prática reflexiva, segundo Canário (1998:24), “(...) assume-se como um daqueles conceitos a que ninguém se opõe, mas que, frequentemente, é etiquetado de “utópico” e de “idealista”, dado o ritmo acelerado em que se trabalha, a rapidez e espontaneidade das tomadas de decisão”, uma vez que os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, agem em contextos instáveis, indeterminados e complexos. Contudo, aquilo a que Dewey se refere, no dizer de Zeichner (1993), é a um equilíbrio entre o fazer e o pensar: “(...) a reflexão é um processo que ocorre antes e depois da acção e, em certa medida, durante a acção, pois os práticos têm conversas reflexivas com as situações que estão a praticar, enquadrando e resolvendo problemas in loco”(p.20). Schön designa esta última forma de reflexão na acção. Deste modo, o sujeito gere e controla os processos de construção dos seus saberes, desenvolve a autoformação e a passagem da percepção à autopercepção, o que quer dizer, a passagem do conhecimento funcional cognitivo à tomada reflectida da consciência, mobilizando a aprendizagem por transferência, ou seja, aprender a aprender (Gonçalves, 2004).

A reflexão sendo um processo de revisão da experiência da prática efectuada, através da descrição, análise e avaliação de situações, promove a aprendizagem sobre essa prática. O papel do supervisor de ensino clínico consiste em ajudar o estudante na análise dos dados, na atribuição de significados e na tomada de decisão relativamente à acção a seguir (Alarcão e Tavares, 2003). Isto pode ser conseguido simplesmente através de um diálogo franco e aberto entre supervisor e estudante ou, por exemplo, recorrendo ao uso das estratégias reflexivas referidas no enquadramento teórico: análise de casos,

narrativas/incidentes críticos, portfólios reflexivos, perguntas pedagógicas, observação, trabalho de projecto e investigação-Acção

Para quatro dos entrevistados, corrigir é também uma função do supervisor. Podemos ilustrar esta posição, citando o seguinte excerto: “(...) *É meu papel, ver os erros e ser capaz de chamar à atenção, corrigir, sem magoar muito...*” (E11). Ainda para alguns dos entrevistados, constituem funções e/ou papéis do supervisor Esclarecer dúvidas, pesquisar/investigar e dar *feedback* ao estudante acerca do seu desempenho. Segundo Gonçalves (2004:53), o *feedback* é “(...) *um dos elementos mais importantes para a aprendizagem e desenvolvimento dos formandos*”, uma vez que, proporciona uma aquisição mais rápida de competências, tornando-as mais eficazes e consistentes. Ainda para a mesma autora: “(...) *O feedback dado pelo supervisor deve ser claro, coerente, sem ambiguidade de modo a facilitar aos formandos a compreensão dos seus erros, lacunas e fragilidades*”(Idem).

2.2. Competências requeridas para ser supervisor

As competências que caracterizam uma profissão representam o uso de um conjunto de conhecimentos organizados. A aquisição de competência profissional requer, segundo Collière (1999), o domínio prévio ou paralelo dos fundamentos teóricos dessa competência.

Há um adágio que diz: “*Diz-me o que lês e dir-te-ei quem és*”. Poder-se-ia dizer do mesmo modo: “*Diz-me de que conhecimentos te serves para prestar cuidados/supervisionar, e como te serves deles, e dir-te-ei que cuidados prestas e que supervisão fazes...*”.

Com efeito, ser competente é ter um saber transferível. A competência não se limita a executar uma tarefa de forma repetitiva e idêntica. Ela supõe a

capacidade de aprender e de se adaptar. Ela é pertinente para resolver um grupo de problemas ou uma situação (Le Boterf, 1995).

Como referimos no enquadramento teórico, a competência profissional será a capacidade de pôr em prática, numa determinada situação profissional, um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidades e de atitudes que podem ser decomponíveis em saberes, saberes-fazer e saberes-ser ou estar. Ser competente implica sobretudo “saber agir com pertinência” e “saber transferir”.

Nesta categoria registámos as opiniões dos entrevistados, sobre quais as competências que são requeridas para se ser supervisor de ensino clínico. Como se pode verificar no Quadro 9, da análise dos onze discursos, foram “recortadas” 119 unidades de registo, que deram lugar a 20 indicadores que permitiram diferenciar cinco tipos de competências: competências atitudinais, competências cognitivas, competências técnicas, competências comunicacionais e competências relacionais.

Sobressai da análise do discurso da grande maioria dos sujeitos entrevistados, que as competências mais valorizadas num supervisor de ensino clínico, são as competências técnicas, expressas sob a forma de “*ter domínio das práticas*” e/ou “*ter experiência clínica*”, como nas seguintes citações se pode ilustrar: “(...) *na minha opinião para ser orientador é necessário saber-fazer (...) é necessário dominar as técnicas...*” (E6);

(...) deve ter experiência clínica, já que se trata de um orientador clínico. Penso que é muito importante ter experiência, acho que é básico, isto é, se eu tiver um ano de serviço, se calhar não tenho a mesma capacidade, nem com certeza a riqueza e variedade de experiências que me possibilitem transmitir conhecimentos, que um colega que já trabalhe há cinco anos, (embora tempo de serviço não signifique qualidade) ...” (E5).

Quadro nº 9
Competências requeridas para ser supervisor

CATEGORIA: <i>Competências Requeridas para Ser Supervisor</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
Competências Pessoais	➤ Ter estabilidade emocional/maturidade	4	3,4%	3	27,3%
	➤ Ter Postura/Saber-Estar	15	12,6%	7	63,6%
	➤ Ser "Bem Formado(a)"	2	1,7%	2	18,2
	➤ Ser Exigente	4	3,4%	1	9,1%
	➤ Estar Motivado(a) para a Função	1	0,8%	1	9,1%
Competências Cognitivas	➤ Ter Conhecimentos Técnicos e Científicos	10	8,4%	6	54,5%
	➤ Ter Conhecimentos Pedagógicos	7	5,9%	5	45,5%
	➤ Ter Espírito Crítico	3	2,5%	3	27,3%
Competências Técnicas	➤ Ter Domínio das Práticas/Ter Experiência Clínica	16	13,4%	8	72,7%
Competências Comunicacionais	➤ Ser Bom Comunicador	10	8,4%	7	63,6%
Competências Relacionais	➤ Estabelecer uma Relação Empática	8	6,7%	4	36,4%
	➤ Ter Capacidade de Ouvir	2	1,7%	2	18,2%
	➤ Ser Disponível	13	11,0%	7	63,6%
	➤ "Pôr o Aluno à Vontade"	14	11,8%	6	54,5%
	➤ Ser Presente	3	2,5%	2	18,2%
	➤ Ser Pouco Directivo	2	1,7%	2	18,2%
	➤ Ser Capaz de Gerir Conflitos	2	1,7%	1	9,1%
	➤ Ser Paciente	1	0,8%	1	9,1%
	➤ Ser Simpático	1	0,8%	1	9,1%
	➤ Ser Acessível	1	0,8%	1	9,1%
TOTAL DA CATEGORIA		119	100%	11	100%

À semelhança dos dados por nós obtidos, também nos vários estudos realizados (Lafuente, 1991; Raposo, 1995; Santos, 1995; Antunes, 1998; Carvalho, 1995, 2003) docentes, estudantes e supervisores de ensino clínico

valorizavam prioritariamente, competências na área do saber-fazer em enfermagem. Segundo Malglaive (1995 *apud* Carvalho, 2003), a valorização do saber prático, embora menos estruturado e codificado, deve-se ao facto de este emergir como o saber de uma situação complexa em que intervêm não só o conhecimento do real sobre o qual opera a acção, como também, o sistema sócio-técnico em que se realiza.

Assim, o saber prático, constituído na acção, é um saber de importância capital para o enfermeiros, permanentemente confrontados com situações singulares, onde não é possível proceder à aplicação mecânica de procedimentos técnicos estandardizados. As acções de enfermagem correspondem menos a uma reprodução de práticas e mais a uma reinvenção das mesmas (Canário, 1987). Contudo, a competência não se reduz a um saber e a um saber-fazer. Ter conhecimentos e capacidades não significa ser competente. Não se trata de uma simples aplicação, mas sim, duma construção que só se realiza na acção (Boterf, 1995).

Não deixa de ser interessante verificarmos ainda que, se atendermos ao número de unidades de registo por subcategoria, a mais valorizada é a relativa às competências relacionais, seguindo-lhe a subcategoria das competências pessoais, com 45 e 31 unidades de registo, respectivamente.

Se nos ativermos à hierarquização das percentagens obtidas podemos constatar que *"Saber-Estar/ter postura"*, *"ser bom comunicador"* e *"ser disponível"* são requisitos das respectivas competências que, na opinião de sete dos entrevistados, são indispensáveis para ser supervisor de ensino clínico em enfermagem, conforme revelam estes excertos escolhidos ao acaso: *"(...) Na minha opinião para ser orientador, é necessário saber-estar..."* (E6);

"(...) É essencial que o supervisor seja um profissional competente e que sobretudo saiba comunicar bem... Comunicar bem, não só com o doente, mas também com o aluno..."(E7);

“(...) tal como te disse anteriormente, acho que o orientador não deverá ser um “bicho-papão”. Acho que temos que transmitir auto-confiança ao aluno para que ele sinta que tem ali alguém disponível para o ajudar, para lhe indicar o caminho...”(E8).

Efectivamente para que o processo supervisivo se desenrole nas melhores condições, Alarcão e Tavares (2003), dizem que é necessário criar um clima favorável. Para isso o supervisor deverá saber-estar, saber-comunicar e ser disponível, no sentido de criar *“(...) uma atmosfera afectivo-relacional e cultural positiva, de entreaajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária”* (p.61).

Com menos valor percentual, mas não menos importantes, são valorizadas as competências relacionais e as competências cognitivas nas dimensões *“pôr o aluno à vontade”* e *“ter conhecimentos técnicos e científicos”*. Schweer (1972 apud Carvalho, 2003:53) afirma: *“(...) ensinar é facilitar ou procurar experiências dentro do mundo do estudante, de forma a ajudá-lo a encontrar nelas significado”*. É neste sentido que (E1) refere: *“(...) eu costumo dizer logo nos primeiros dias: “Vocês perguntem tudo, nem que seja o maior disparate!...”*. (...) *Eu acho que este “pôr à vontade” é muito importante...”*. Por outro lado, Henderson (1994:64) defende que os supervisores clínicos, para além de deterem competências relacionais, devem ser *“(...) peritos na prática de enfermagem (...) capazes de analisar e avaliar as actividades em contextos de trabalho, experientes em orientação clínica e capazes de dar aos estudantes a ajuda necessária para adquirirem a competência profissional”*, o que vai de encontro ao referido por (E2): *“(...) relativamente aos conhecimentos, é óbvio que o orientador tem de ter conhecimentos sólidos ao nível das ciências de enfermagem e também sobre as patologias mais comuns no seu serviço”*. Também Collière (1999:340), realça a importância deste aspecto, já que considera importante que *“(...) aqueles que transmitem o conteúdo profissional, se mantenham em contacto com a realidade quotidiana, partindo das situações (...) procurando, com o pessoal dos serviços, o significado dos pedidos de cuidados e como lhes responder”*.

O reconhecimento da necessidade de o supervisor de ensino clínico deter conhecimentos pedagógicos é valorizado por cinco dos supervisores entrevistados, conforme atesta a seguinte afirmação: “(...) acho que o orientador deve ter noções de pedagogia, acho que também deve saber e ter um pouco de formação, saber como é que as pessoas aprendem em acção, (...) quais as melhores metodologias para esta ou aquela competência, como avaliar certos momentos formativos, etc...” (E7). A este propósito Carvalhal (2003:52), afirma que: “(...) o supervisor deve ser, acima de tudo, um enfermeiro com adequadas competências pedagógicas, capaz de compreender e fazer a transferência de um modelo, ou metamodelo de enfermeiro, para um modelo adequado e eficaz de ensino. É importante que a formação em enfermagem tenha em atenção uma íntima relação entre a teoria/prática/teoria”.

Para Ribeiro (1993 *apud* Carvalhal, 2003), o supervisor de ensino clínico é acima de tudo uma pessoa, que deverá ser bem formada, manifestando atitudes adequadas para com aqueles com quem contacta no processo de ensino-aprendizagem. A supervisão, é um processo humano de interacção, no qual as atitudes e relações interpessoais constituem um elemento fundamental.

Neste sentido, também a empatia foi valorizada por quatro dos entrevistados. Com efeito, nós verificámos que, das 119 unidades de registo inventariadas, algumas vão de encontro aos *skills* preconizados por Glickman (1985), outras referem-se a características pessoais do supervisor como maturidade, ser bem formado, ser paciente, ter espírito crítico, ter a capacidade de ouvir, ser exigente, ser simpático, ser acessível... entre outras, como revelam estes excertos escolhidos ao acaso: “(...) eles (estudantes) precisam de alguém com alguma estabilidade emocional, maturidade, para aprenderem aquilo que é importante e progredirem” (E9);

“(...) O orientador tem de saber ouvir...”(E5);

“(...) O orientador deverá ser alguém acessível” (E4);

“(...) Em relação ao orientador, deverá ter características como ser simpático e amável...”(E11);

“(...) O orientador deve ser bem formado profissionalmente e como pessoa” (E5);

“(...) tens de ser paciente... teres a calma suficiente de voltares a repetir... continuares a repetir... Amanhã se calhar, as coisas já não estão tão frescas e voltas a repetir...” (E5);

“(...) O orientador deve ter e desenvolver o espírito crítico nos alunos” (E6);

“(...) Os orientadores devem também estar despertos para as dificuldades, para a exigência que lhes temos que fazer [aos alunos]. Eu acho que as pessoas que estão a orientar um estágio têm que ter consciência de que estão a formar futuros profissionais, futuras pessoas que vão cuidar de nós e de outros, daqui a uns anos...” (E8).

Estas valorizações deixam transparecer, por parte dos supervisores de ensino clínico entrevistados, o desejo de uma atmosfera afectivo relacional supervisor↔estudante, tal como ela é preconizada por Alarcão e Tavares (2003), apelando ao que Murray (1989 *apud* Carvalhal, 2003:171) afirmou: *“(...) que o Cuidar deve ser tão central na relação orientadores clínicos/estudantes, como o é para a enfermagem e que só baseando-se numa relação de ajuda, o processo de formação conseguirá que a aprendizagem clínica seja significativa e se incentive a criatividade, a reflexão e a abertura na relação orientadores clínicos/estudantes”*.

Terminada a análise deste tema, a interpretação dos dados indicia que:

- Ser modelo profissional parece ser na óptica dos sujeitos, o principal papel do supervisor de ensino clínico, seguindo-se o de avaliador. Em termos de processo de ensino-aprendizagem, o papel do supervisor como facilitador da aprendizagem distingue-se dos restantes, embora seja também bastante referido o do supervisor como formador e transmissor de conhecimentos essencialmente técnicos e científicos, mas também pedagógicos. Em termos relacionais, foram valorizados múltiplos papéis tais como os de colega, amigo, confidente e/ou conselheiro. Também o papel do orientador como agente promotor

da socialização organizacional do estudante foi valorizado por aproximadamente metade dos entrevistados.

- Sendo a enfermagem uma profissão prática, não constituiu surpresa que as competências mais valorizadas pelo grupo de sujeitos entrevistados, fossem as competências técnicas, expressas sob a forma de “*ter domínio das práticas*” e “*ter experiência clínica*”. Seguidamente e em igualdade de circunstâncias emergem as competências pessoais, e as relacionais, as comunicacionais. Ainda no capítulo, das competências relacionais, colocar o estudante “*à vontade*”, no dizer dos nossos entrevistados, parece ser muito importante, o que vai de encontro à revisão bibliográfica efectuada, segundo a qual a relação supervisiva assenta essencialmente no clima afectivo-relacional que se estabelece entre supervisor e estudante.

Por último, nas várias competências identificadas, emergiram características pessoais, que na opinião dos entrevistados “um bom supervisor” deve ter.

3. Aspectos Satisfatórios do Desempenho da Função Supervisiva

O levantamento das predisposições favoráveis perante a actividade supervisiva em ensino clínico, confrontada com os bloqueios que os supervisores clínicos percebem e expressam, poderá permitir determinar necessidades de formação. Na discrepância entre umas e outras, na nossa opinião, subjazem os desejos de mudança manifestados pelos sujeitos e também a explicitação dos seus pedidos de formação.

É neste quadro que se justifica a análise dos aspectos satisfatórios da função supervisiva. Relativamente a este domínio inventariámos 106 unidades de registo, distribuídas pelas categorias que, seguidamente apresentamos:

- Gosto pessoal pela função
- Contributo para a formação de outros
- Contributo para a auto-formação
- Condições de trabalho favoráveis

Se ponderarmos acerca das categorias, verificamos que as três últimas parecem indicar as razões que legitimam e justificam a primeira, que embora genérica, expressa uma atitude favorável dos entrevistados acerca da supervisão dos ensinos clínicos.

3.1. Gosto pessoal pela função

Os dados recolhidos, apresentados no Quadro 10, evidenciam que aproximadamente metade dos entrevistados declara abertamente gostar de ser supervisor, sendo a sua opinião reforçada, se tivermos em conta as unidades de registo contabilizadas (12).

Quadro 10
Gosto pessoal pela função

CATEGORIA: <i>Gosto Pessoal pela Função</i>				
INDICADOR	FREQUÊNCIA			
	U.R.		U.E. (N=11)	
	N	%	N	%
➤ Gostar de Ser Supervisor (em termos Gerais)	12	100%	5	45,5%
TOTAL DA CATEGORIA	12	100%	5	45,5%

Exemplo disso, são as palavras de (E4): “(...) primeiro, como te disse, gosto muito de ser enfermeiro e, se uma das funções dos enfermeiros é acompanhar alunos, é colaborar na sua formação, acho que tenho a obrigação de colaborar, embora para mim não é propriamente uma obrigação porque eu gosto de ser orientador”.

O facto dos supervisores de ensino clínico gostarem da função supervisiva, não parece constituir novidade, dado ser um acontecimento transversal à generalidade dos estudos referenciados. Por exemplo, Lafuente (1991), após a conclusão da sua investigação, fez reuniões com os que nela colaboraram (docentes e supervisores de ensino clínico) tendo concluído que “(...) a discussão foi muito participada e dela sobressaiu, o desejo/vontade [dos supervisores de ensino clínico] serem considerados como formadores efectivos durante o estágio dos alunos”(p.172). No mesmo ano, também Amador (1991) conclui que as enfermeiras de campo gostam de ter alunos; preocupam-se com o modo como ensinam e como executam os cuidados directos ao paciente, para proporcionarem um melhor aprendizado para os alunos.

O sucesso ou insucesso de qualquer actividade pedagógica tem a ver com o envolvimento interessado dos actores da sua realização, como defende Pacheco (1996). Neste âmbito, a motivação dos supervisores é um factor imprescindível na receptividade, adesão e implementação da supervisão dos ensinos clínicos em enfermagem.

3.2. Contributo para a formação de outros

Da análise do Quadro 11, verificamos que do discurso dos 11 supervisores obtivemos três indicadores que compreendem 33 unidades de registo.

Quadro 11
Contributo para a formação de outros

CATEGORIA: <i>Contributo para a Formação de Outros</i>				
INDICADOR	FREQUÊNCIA			
	U.R.		U.E. (N=11)	
	N	%	N	%
> Gostar de ensinar	11	33,3%	6	54,5%
> Gostar de Assistir ao Desenvolvimento e Evolução Profissional do Estudante	21	63,6%	10	90,9%
> Fazer a Ponte entre a Teoria e a Prática	1	3,1%	1	9,1%
TOTAL DA CATEGORIA	33	100%	11	100%

No dizer da quase totalidade dos sujeitos entrevistados, o trabalho supervisiivo agrada porque gosta “(...) de transmitir conhecimentos, de apreciar o desenvolvimento dos alunos, ver como eles vêm desajeitados, inseguros e... no final do estágio, como eles já dominam as técnicas, os cantos e recantos do serviço, “o à vontade” com os doentes...” (E4). Também para a maioria, gostar de ensinar, constitui um aspecto satisfatório da função supervisiva, porque permite a partilha de saberes, como atesta a seguinte passagem: “(...) Enquanto orientadora, gosto de ensinar, gosto de partilhar a minha experiência com eles [estudantes], isso é muito bom...” (E6).

É, no sentido dos depoimentos anteriores, que a supervisão é entendida por Rauen (1974), como um processo que pretende acompanhar os estudantes, esclarecendo-os, encaminhando-os na apropriação de saberes teórico-práticos, constituindo-se como um forte contributo para que os estudantes adquiram

comportamentos que os vão preparar para, no futuro, serem profissionais competentes.

Fazer a ponte entre a teoria e a prática é também para E8 um aspecto satisfatório invocado: *"(...) talvez por eu gostar muito daquilo que estou a fazer, eu acho de extrema importância fazer a ponte entre o conhecimento teórico e as práticas"*. Se atentarmos nesta afirmação, não deixa de ser curioso, que apesar de já terem decorrido cerca de vinte anos, a problemática da relação e discrepância teoria-prática mantém-se actual. Ora, sendo o contexto do ensino clínico em enfermagem uma fonte importante de conteúdo para o *curriculum* dos estudantes sabemos, contudo, que este contexto não está livre de problemas, como refere Miller (1985:418), *"(...) enquanto os docentes escrevem e ensinam a enfermagem como ela devia de ser (enfermagem ideal) os profissionais dos serviços praticam-na como ela é (enfermagem real)"*.

Ainda de acordo com o mesmo autor, uma das barreiras que divide os enfermeiros em dois grupos, os que ensinam - *"os teóricos"*, e os que prestam cuidados - *"os do exercício"*, é a dificuldade de comunicar. Santos (1986) concorda com Miller e refere que o *"desfasamento"* entre a formação e o exercício só poderão ser resolvidos através de um diálogo entre pessoas, mas que deve ser complementado por um diálogo institucional através dos seus órgãos representativos. Com efeito, já em 1995, Pinto se questionava: *"(...) interrogo-me se é lícito discutir o tema em termos de duas grandezas. Há realmente duas grandezas a apreciar? Há duas enfermagens? Como disciplina prática não deverão as Teorias de Enfermagem ser reformuladas a partir da prática e nela fundamentadas? Não seria mais lógico, portanto discutir, não a conexão de duas grandezas mas dois aspectos intrínsecos da mesma realidade?"*(p.23).

Em nosso entender, o que tem acontecido é que a própria concepção de enfermagem se modificou no tempo, tornando-se mais englobante à medida que se tem vindo a compreender a complexidade do Homem e que este não se

pode dicotomizar. Por outro lado, a própria concepção de saúde/doença sofreu uma evolução e já não é lícito pensar saúde como simples ausência de doença. As próprias políticas de saúde e a noção de liberdade levaram a uma concepção de paciente, de utente, de beneficiário e de cliente (Hesbeen, 2000).

Ainda, no entender de Pinto (1995), o que persiste: “(...) é um conflito de gerações no entendimento do que é a enfermagem, na evolução do conceito, o que leva a não aceitar ou só com dificuldade, um método científico estruturado sob determinado modelo mais humanista, perdurando o biomédico, considerado suficiente mas que, parece-me, vai recair necessariamente nas tarefas e, na maioria dos casos, nas tarefas dependentes. Daí que, se apreciarmos os registos da prestação de cuidados dos enfermeiros “apenas” encontramos descritas as acções que têm a ver com prescrições (médicas, na maioria) e raramente acções independentes que se relacionem com o poder decisivo dos enfermeiros” (p.24).

3.3. Contributo para a auto-formação

Uma primeira leitura do Quadro seguinte, permite verificar que relativamente a esta categoria, foram encontrados apenas dois indicadores que contabilizam 35 unidades de registo, obtidas do discurso dos 11 supervisores entrevistados.

Quadro 12
Contributo para a auto-formação

CATEGORIA: Contributo para a Auto-Formação				
INDICADOR	FREQUÊNCIA			
	U.R.		U.E (N=11)	
	N	%	N	%
➤ Predisposição para a Actualização de Conhecimentos	23	65,7%	10	90,9%
➤ A Aprendizagem é Mútua	12	34,3%	6	54,5%
TOTAL DA CATEGORIA	35	100%	11	100%

De imediato, afigura-se que um aspecto satisfatório do trabalho do supervisor é este constituir-se como um contributo para a auto-formação, na medida em que suscita nos supervisores predisposição para a actualização de conhecimentos e reflexão, uma vez que, a quase totalidade dos entrevistados narra tal facto, conforme podemos documentar com os seguintes excertos: “(...) Enquanto orientador, vou ter a necessidade de os ajudar [estudantes], com factos e conhecimentos mais objectivos e isso obriga-me a pesquisar, obriga-me a ler, a perguntar aos outros colegas, coisas que no dia-a-dia sem alunos, passam-nos ao lado... Entendes?!... Logo isto de ter alunos, para nós, é de valorizar...” (E1);

“(...) ser orientador é uma das maneiras de nós sermos obrigados a actualizarmo-nos e a rever os nossos conhecimentos. Obriga-nos a estudar, obriga-nos a fazer pesquisa, obriga-nos muitas vezes a reflectir sobre as nossas actuações, voltar atrás e pensar nos princípios que aprendemos na escola. Muitas vezes como profissionais esquecemos um pouco isso, ter alunos é uma forma de voltar atrás e lembrar esses princípios...” (E4).

Pelo exposto, o diálogo entre as situações e os actores assume-se como essência da educação “problematizadora” (Freire, 1972), antagónica da educação bancária, em que através do carácter reflexivo resulta a inserção crítica da realidade. A relação entre quem forma e quem é formado parece, em algumas situações, estar assente no diálogo em que “(...) o educador já não é apenas o que educa, mas o que, enquanto educa, é educado em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa” (Freire, 1972:97). Nesta perspectiva de educação “problematizadora”, a supervisão clínica em enfermagem poderá ser entendida, como foi referido no enquadramento teórico, como um processo de desenvolvimento do ensino-aprendizagem e do cuidar, segundo o qual supervisor e estudante são ambos actores e sujeitos de um processo de crescimento comum. O reconhecimento de que o supervisor já não é mais o perito que tudo sabe, e de que a aprendizagem é um processo constante e dinâmico ao longo da vida, parece traduzir uma estratégia do supervisor como formador.

Outro aspecto satisfatório que contribui para a auto-formação dos supervisores, na opinião da maioria dos entrevistados, é o facto de a aprendizagem ser mútua, sendo testemunho disso a afirmação de E6: *"(...) a supervisão de um ensino clínico, é um tempo em que eu também aprendo. A orientação dos alunos implica que eu ande mais atenta e que me descubra nas minhas dificuldades... Acabamos, muitas vezes, por ter "T.P.C."... Não sei se contigo isto também se passa?!... Mas comigo..."*. Também Raposo (1995), no seu estudo, se refere a este aspecto, afirmando que: *"(...) No plano da implementação do estágio, a formação é mútua: estagiário e orientador, devem constituir uma equipa, na qual os papéis são diferenciados e os benefícios partilhados. Aos orientadores subjaz um papel em que a exploração da experiência é a trave mestra, porque não basta vivê-la ou mostrá-la"* (p.29). Aliás, defende ainda a autora: *"(...) urge a necessidade de se enquadrar um formação para os orientadores, por forma a ajudá-los a desempenhar melhor a sua função"* (Idem).

Pelo exposto anteriormente, ficou claro, que os saberes estão cada vez mais a serem ultrapassados, situação que obriga a que, a capacidade do supervisor de ensino clínico se formar ao longo da sua existência seja a base da sua sobrevivência. O diálogo assume-se como essência da educação Martin (1991) vai mais além, realçando que os saberes adquiridos pelas práticas quotidianas vividas com os utentes, com os estudantes, com a comunidade e as equipas de saúde, suscitam necessidades de formação e um percurso de pesquisa no sentido da construção de um saber em enfermagem. A educação surge, assim, como um processo que importa prosseguir ao longo de toda a vida, em que é valorizado o conceito de educação permanente (Delors, 2000). Esta integra todas as etapas de formação, englobando, entre outras, a educação de adultos e designa um conjunto de processos organizados de formação, qualquer que seja o seu conteúdo, o nível e o método, quer sejam formais ou não, e que proporcionam ao enfermeiro o prolongamento da formação graduada ou post-graduada adquirida aquando da formação profissional.

3.4. Condições de trabalho favoráveis

Nos dados colhidos acerca das condições de trabalho dos supervisores clínicos, foram contabilizados um total de 26 unidades de registo, referentes às entrevistas realizadas a 9 dos entrevistados. No quadro seguinte, podemos observar os dados recolhidos:

Quadro 13
Condições de trabalho favoráveis

CATEGORIA: <i>Condições de trabalho Favoráveis</i>				
INDICADOR	FREQUÊNCIA			
	U.R.		U.E. (N=11)	
	N	%	N	%
➤ Disponibilidade de Tempo	5	19,2%	4	36,4%
➤ Boas Condições Físicas, Técnicas e Materiais	10	38,5%	6	54,5%
➤ É Fácil Conciliar as Funções de Supervisor e Enfermeiro	3	11,6%	2	18,2%
➤ Profissionais Motivados para Supervisionar os Ensinos Clínicos	4	15,4%	3	27,3%
➤ Bom Acolhimento aos Estudantes por Parte dos Utentes	1	3,8%	1	9,1%
➤ Não permite a rotina	1	3,8%	1	9,1%
➤ Permanece mais Tempo Junto do Utente	2	7,7%	1	9,1%
TOTAL DA CATEGORIA	26	100%	9	81,8%

Confirmando o conhecimento prático que temos da realidade supervisiva em enfermagem, nas instituições de saúde, Belo (2004), na sua investigação sobre a perspectiva dos estudantes acerca da supervisão em ensino clínico em enfermagem, refere que as condições de trabalho dificultam o processo supervisivo, agudizando, no dizer dos estudantes, a dialéctica teoria/prática, nomeadamente no que se refere à falta de recursos: “(...) Os alunos referem que, na prática, existem condições que dificultam a aplicação da teoria, desde os recursos humanos e materiais, até às concepções dos enfermeiros, que já não passam pelos livros”. Contrariamente ao mencionado, pudemos constatar que as boas condições

físicas, técnicas e materiais da instituição de pertença dos supervisores entrevistados são um aspecto satisfatório evidenciado pela maioria dos entrevistados. O discurso de E4 é esclarecedor: *“(...) como tu sabes esta instituição proporciona-nos muito boas condições físicas, técnicas e materiais para que os alunos executem todas as técnicas relacionadas com as valências cirúrgicas que aqui temos (e são quase todas), portanto, relativamente a este aspecto não vejo problemas nem dificuldades”*.

O tempo é uma variável objectiva, uma condição instrumental e organizativa com o objectivo de acomodar propósitos formativos que tenham sido seleccionados. Movida por preocupações ligadas à produtividade, a gestão do tempo perante a multiplicidade de funções a desempenhar parece surgir como uma realidade limitadora de estratégias que promovam a qualidade do trabalho pedagógico (Hargreaves, 1998). Assim, em consonância com as boas condições anteriormente referidas, mais de um terço dos sujeitos entrevistados consolidam a sua opinião referindo ter disponibilidade de tempo para o exercício supervisão, como atesta o seguinte extracto de uma entrevista: *“(...) aqui nos SAMS, eu acho que nós não sentimos tanto essa pressão [do tempo], acho que há mais disponibilidade para os alunos e para cuidar dos utentes...”* (E1).

É ainda opinião de mais de um quarto dos entrevistados, que os supervisores da instituição em análise, são profissionais motivados para o exercício supervisão, como diz elucidativamente E10: *“(...) temos bons profissionais que são, posso dizer, bons profissionais, bons orientadores e estão motivados para orientar alunos...”*.

Outros aspectos satisfatórios são ainda referidos pelos entrevistados, tais como: ser fácil conciliar as funções de supervisor e de enfermeiro, o trabalho supervisão não permite a rotina, faz com que estudantes e supervisores permaneçam mais tempo junto dos utentes e que poderá facilitar o bom acolhimento aos estudantes por parte destes.

Terminada a análise desta temática, a interpretação dos dados parece indicar que:

- Os supervisores entrevistados gostam da função supervisiva e de ter estudantes para supervisionar;
- A supervisão de ensino clínico é uma forma de concretização do gosto pelo ensino. É um processo que tem como fim, na perspectiva dos sujeitos do estudo, o desenvolvimento e a aprendizagem do estudante, na medida em que através da “aquisição do real profissional”, estes podem situar-se num patamar mais elevado de conhecimento sendo ainda uma forma de fazer a ponte entre a teoria e a prática;
- Formar os outros é um contributo para a auto-formação do supervisor, no sentido de que, a interacção do supervisor com o estudante, predispõe para necessidade de actualização de conhecimentos, por isso, na opinião dos sujeitos a aprendizagem é mútua. Neste sentido, como refere Perrenoud (1993 *apud* D’Espiney, 1997), podemos inferir que a colaboração na formação inicial poderá ser entendida como uma forma de formação contínua;
- As condições de trabalho são um motivo de satisfação pelo exercício da actividade supervisiva. Segundo os nossos entrevistados, na “sua instituição” possuem boas condições físicas, técnicas e materiais; têm disponibilidade em termos de tempo para atenderem às solicitações do estudante, sentindo-se por isso motivados para supervisionar os ensinamentos clínicos. Referem ainda, que é fácil conciliar as funções de supervisor e de enfermeiro, que a actividade supervisiva não permite rotina e que permanecem mais tempo junto dos utentes o que, em

última análise, poderá traduzir-se em melhoria dos cuidados prestados.

4. Dificuldades Percebidas pelos Supervisores, Relativamente à Função Supervisiva

As entrevistas visavam conhecer o campo das dificuldades vividas e percebidas, como tal, pelos supervisores de ensino clínico, no exercício quotidiano da sua prática profissional.

As 294 unidades de registo contabilizadas, permitiram um primeiro retrato dos problemas e dificuldades, como são verbalizados pelos inquiridos. Categorizámo-las em dois domínios, a saber:

- Dificuldades e problemas experimentados na prática supervisiva, que recolheu 200 unidades de registo;
- Razões explicativas das dificuldades, com 94 unidades de registo.

Uma vez que a expressão das dificuldades percebidas e/ou vividas pelos supervisores relativamente à sua função, poderá ser reveladora de necessidades de formação, optámos por efectuar, nesta temática, uma análise por subcategorias, hierarquizando-as segundo o número de unidades de registo inventariado.

4.1. Dificuldades e problemas experimentados na prática supervisiva

Em traços gerais, podemos verificar que esta categoria foi abordada pelos 11 sujeitos entrevistados. Da análise dos seus discursos, obtivemos cinco subcategorias, a saber:

- Dificuldades de relação com a Escola Superior de Enfermagem e respectivos docentes
- Dificuldades relacionadas com a avaliação

- Dificuldades do contexto
- Dificuldades na conciliação das funções de supervisor e enfermeiro
- Dificuldades relacionais supervisor/estudante

As subcategorias criadas levaram a inferir um total de 29 indicadores, conforme pode ser constatado no quadro seguinte:

Quadro 14

Dificuldades e problemas experimentados na prática supervisa

CATEGORIA: <i>Dificuldades e Problemas Experimentados na Prática Supervisiva</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
Dificuldades do Contexto	➤ Carácter Impositivo da Função de Supervisor	16	8,0%	7	63,6%
	➤ "Quarto privado"/Privacidade do Utente	6	3,0%	2	18,2%
	➤ O Sistema Informático	2	1,0%	2	18,2%
	➤ Horários/Escalas/Trocas	7	3,5%	5	45,5%
	➤ Ausência de Compensação Monetária pela Função Supervisiva	3	1,5%	2	18,2%
	➤ A Grande Rotatividade dos Utentes	2	1,0%	2	18,2%
	➤ O Espaço Físico do Serviço Distribuir-se por Dois Pisos	2	1,0%	1	9,1%
	➤ A "Postura de Alguns Colegas" Face aos Estudantes	4	2,0%	2	18,2%
Dificuldades Relacionadas com a Avaliação	➤ É Difícil Avaliar	21	10,5%	11	100%
	➤ Avaliar é Subjectivo	10	5%	5	45,5%
	➤ Reprovar Alguém é Difícil	5	2,5%	5	45,5%
	➤ Inexistência de Avaliações Formativas	8	4,0%	3	27,3%
	➤ Medo de Ser Injusto	5	2,5%	5	45,5%
	➤ Metodologias de Avaliação Desadequadas	1	0,5%	1	9,1%

	➤ Inexistência de uma Meta - Avaliação	1	0,5%	1	9,1%
Dificuldades na Conciliação das Funções de Supervisor e de Enfermeiro	➤ Na Articulação entre Supervisores, Quando em Situações de Co-Orientação	7	3,5%	6	54,5%
	➤ Sobrecarga de Trabalho pela Acumulação das Funções Orientador e Enfermeiro	13	6,5%	4	36,4%
	➤ Ser Responsável Pela Actuação do Estudante	5	2,5%	3	27,3%
Dificuldades de Relação com a Escola Superior de Enfermagem e Respective Docentes	➤ A Relação Instituição/Supervisor - Escola/Professor é Distante e Pontual	31	15,5%	11	100%
	➤ Falta de Preparação Conjunta dos Ensinos Clínicos	26	13,0%	6	54,6%
	➤ Falta de Apoio	8	4,0%	4	36,4%
	➤ Falta de Feedback sobre o Desempenho Supervisivo	6	3,0%	2	18,2%
	➤ Ausência de Gosto/Vocação dos Professores Pelo Ensino	1	0,5%	1	9,1%
	➤ Falta de Preparação Pedagógica dos Professores	1	0,5%	1	9,1%
	➤ Afastamento dos Professores em Relação à Prática Clínica	2	1,0%	2	18,2%
Dificuldades Relacionais Supervisor/ Estudante	➤ Características do Supervisor;	1	0,5%	1	9,1%
	➤ Estudantes Introversos/"Fechados"	3	1,5%	3	27,3%
	➤ Relacionadas com os "Medos" dos Estudantes	2	1,0%	2	18,2%
	➤ Estudantes desinteressados	1	0,5%	1	9,1%
TOTAL DA CATEGORIA		200	100%	11	100%

4.1.1. Dificuldades de relação com a Escola Superior de Enfermagem e respectivos docentes

Em 1997, Luísa D'Espiney escrevia: "As relações existentes entre os profissionais de enfermagem dos locais de estágio e os da escola caracterizam-se sobretudo por alguma formalidade e distanciamento" (p.177). Não deixa de ser curioso, apesar do

afastamento temporal relativamente à investigação citada, que ao analisarmos as dificuldades de relação com as Escolas Superiores de Enfermagem, uma primeira nota é suscitada pelo mesmo facto: todos os supervisores entrevistados, expressaram, em diferentes momentos do seu discurso que “*A relação Instituição/supervisor - Escola Superior de Enfermagem/professor é distante e pontual*”. Esta posição sai reforçada se atendermos ao número de unidades de registo contabilizadas no respectivo indicador e ainda ao discurso dos próprios: “*(...) Olha é assim, eu posso estar a cometer uma “gafe” enorme, um enorme erro, mas é a minha sensibilidade das coisas, acho que as Escolas deixaram a ideia dos docentes irem com os alunos para estágio, como eu fui, como tu foste...estarmos vinte alunos com um professor. Passaram a ter uma vertente mais... Os alunos vão para os Serviços e eles [supervisores] que se encarreguem de lhes ensinar a prática e que os avaliem. (...) o professor da Escola vem uma vez por semana um bocadinho e... “Está tudo bem?...”; “Não há problemas?...” e “Adeus”... Portanto, isto acaba por ser um papelinho muito pouco interventivo. (...) Será que os professores da Escola sabem como é que nós [supervisores] funcionamos, aqui?! Entendes?!... Ou é por virem aqui 2 ou 3 dias falar com a chefia ou com um ou outro enfermeiro, que ficam a conhecer o campo de estágio?...”*. (E1).

As referências negativas não terminam aqui, também Simões (2004), refere na sua investigação, que não só, não existe comunicação entre as Escolas e as Instituições de Saúde, mas vai ainda mais longe, referindo também que não existe “*(...) dedicação por parte das mesmas aos seus alunos e às suas obrigações no campo de estágio. Por vezes esta comunicação é referida como satisfatória, mas nunca como boa*” (p.208).

Relativamente à problemática que envolve a relação das escolas com os locais onde ocorrem os ensinamentos clínicos, Figueiredo (1995), Espadinha (1997) e Franco (2000), falam de “*desencontro*” entre escolas e serviços de saúde, entre teoria e prática apontando algumas razões:

- A dicotomia escolas/serviços ou entre a imagem transmitida pelos livros e pelas aulas e a realidade das enfermarias com toda a complexidade da situação de uma pessoa única;
- O modelo tradicional de educação que vigora nas escolas de enfermagem onde não se valorizam os conhecimentos e vivências pessoais e profissionais dos estudantes;
- O conflito entre currículo explícito e o currículo oculto, ou seja as contradições entre o que queremos que os nossos alunos façam e aquilo que fazemos com eles, no que respeita à relação de ajuda estudante↔docente; supervisor↔estudante e docente↔ supervisor;
- Os enfermeiros “mais velhos” queixam-se da falta de preparação dos recém-formados e das suas dificuldades de integração na vida profissional;
- O afastamento dos enfermeiros docentes da prática clínica e a desvalorização dessa mesma prática, o que leva os docentes a fazerem um ensino desinserido da realidade;
- A falta de clarificação do papel docente e do enfermeiro supervisor na participação no ensino clínico.

Com efeito, a interação escolas-serviços de saúde não está livre de alguns problemas e dificuldades e por vezes até de conflitos. No entanto, esta é uma realidade com a qual temos de viver e, como tal, há que procurar o maior sucesso desta pedagogia de alternância. É necessária exploração recíproca das competências adquiridas nos diferentes espaços de formação, criando e formalizando condições de interactividade e sensibilizando os diferentes actores para a complementaridade dos seus papéis, em função dos objectivos e das estratégias escolhidas (Tomé, 1992; Abreu, 2003). Para isso como refere Correia (1995), as escolas devem relacionar-se com os contextos de trabalho de modo que os sistemas de formação sejam cada vez mais permeáveis à lógica do trabalho para que os contextos de trabalho se tornem qualificantes. A articulação entre os dois locais de formação (escola e trabalho) deve realizar-se

através de processos de informação e avaliação constantes, resultando um processo de influência mútua, em que a teoria informa a prática e a prática influencia e actualiza o processo de ensino-aprendizagem.

Sá-Chaves e Alarcão (2000), numa perspectiva ecológica, apercebendo-se da necessidade da existência de uma interacção dialogante para ultrapassar os constrangimentos anteriormente referidos, apontam uma série de princípios que, em nossa opinião, também se aplicam a esta realidade dos ensinos clínicos em enfermagem. Entre os vários princípios que são enumerados pelas autoras destacamos alguns que se relacionam com esta interacção serviço/escola:

- *Princípio da aprendizagem em contextos diversificados* - os contextos da prática exercem uma influência importante na formação dos enfermeiros. O potencial de desenvolvimento é tanto maior quanto mais rica for a natureza e o número de vivências em contextos diversificados, alargando-se assim os campos micro-sistémicos;
- *Princípio da relação interpessoal* - a acção dos outros pode ser um factor de desenvolvimento: trabalho em grupo e o trabalho com os supervisores. A presença do docente, sobretudo na fase inicial, dá segurança e ajuda a estabelecer a relação entre os contextos. O estudante é assim acompanhado por alguém que para além de o conhecer, conhece também (deverá conhecer) o novo contexto, facilitando assim a transição meso-sistémica;
- *Princípio da relação intercontextual* - O mundo da escola é diferente e tem sido mais ou menos estanque com o mundo dos serviços onde se realizam os ensinos clínicos (hospitais, centros de saúde) sendo por todos reconhecida a importância do conhecimento intercontextual. Deverá estabelecer-se uma rede de canais abertos entre os vários mundos de forma a facilitar a formação: estabelecer relações, romper barreiras, ajudar à compreensão dos vários mundos, alterar mentalidades, criar sinergias;

- *Princípio da organização de matriz conceptual* – o permanente diálogo com a acção e como interlocutor numa perspectiva de resolução de problemas e construção de saberes facilita o desenvolvimento de uma teoria prática, resultado da convergência multidisciplinar construtora de uma visão contextualizada dos problemas profissionais. Desta forma permite-se ligar a acção à situação e estabelecer conexões entre a prática e os seus referentes teóricos.

Face ao exposto, e em jeito de conclusão, parecem-nos bastante explícitas as palavras de Abreu (2003): *“É relevante para a qualidade da formação clínica do aluno, que as experiências clínicas sejam acompanhadas simultaneamente por docentes e tutores, uma vez que estes estão mais familiarizados com um conjunto de problemáticas inerentes à actividade clínica que o docente dificilmente poderá dominar”* (p.61). Contudo, sublinha o autor, *“(...) o recurso a sistemas de tutoria pressupõe um trabalho de complementaridade na formação dos alunos e nunca a libertação, por parte da escola, da responsabilidade que deve ter no acompanhamento clínico”* (Idem).

A falta de preparação conjunta dos ensinos clínicos é apontada por mais de metade dos entrevistados como uma dificuldade, conforme fica evidenciado pelo discurso de E6: *“(...) Às vezes sinto que os alunos me são “entregues”, como direi... são um pouco abandonados pela Escola. Muitas vezes não existe um contacto prévio entre a Escola e os orientadores, é a nossa chefe que diz: “A partir do dia tal, temos alunos do ano X, que vêm estagiar no período de tantos a tantos, e tu vais ficar com um aluno...”. (...) Deveriam haver reuniões prévias [ao ensino clínico] com as Escolas, no sentido de serem definidas, quais as áreas que deveriam ser abordadas por nós, quais são os itens em que se baseia a avaliação, entre outras coisas...”*.

À semelhança da opinião dos nossos entrevistados, vários autores (Raposo, 1995; Pinto, 1995; Rebelo, 1996; Abreu, 2003; Simões, 2004) sugerem nos respectivos estudos que, parece vantajoso a presença dos supervisores na preparação dos ensinos clínicos, quer na definição conjunta dos objectivos, quer

de critérios de avaliação, “(...) porque pode adaptar o ensino às necessidades do aluno, dar respostas imediatas a questões postas e corrigir erros logo que eles ocorram. Para além disso, esse prático actua na orientação das normas da Organização, dos valores e das expectativas dos papéis. Assim aliando os dois aspectos do seu papel junto do aluno, os enfermeiros dos serviços facilitam o processo de socialização profissional através da qual uma pessoa adquire os conhecimentos, as habilidades e as atitudes da identidade ocupacional, que caracterizam um membro de uma profissão”(Pinto, 1995:101-102). Desta articulação surgirão benefícios mútuos não só para os estudantes mas também para os docentes e supervisores do ensino clínico e em última análise para as instituições de saúde envolvidas. Conhecendo melhor a realidade, escola e local de trabalho identificarão os problemas de modo a efectuar uma aproximação entre os conteúdos programáticos e os problemas mais sentidos na prática “(...) porque a teoria sem a perspectiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega” (Rebelo, 1996:16).

Aos sujeitos entrevistados, desagradava também, a falta de apoio por parte das Escolas Superiores de Enfermagem no decorrer dos ensinamentos clínicos. Segundo os nossos entrevistados, isso “(...) pode ser um factor gerador de instabilidade para o próprio orientador que, por vezes, não sabe até que ponto está a focar o aluno em determinados assuntos em detrimento de outros, que poderão ser mais apropriados, tendo em atenção as orientações do professor e os objectivos da Escola...” (E3).

Para outros, a falta de feedback sobre o desempenho supervisiivo é também uma razão evocada: “ (...) nunca tivemos nenhum feedback de ninguém, ninguém nos diz se estamos a fazer bem ou mal, nem os professores da Escola, quando cá vêm... nem ninguém do Serviço [Instituição]” (E9). Também para Pinto (1995), Verifica-se a necessidade premente de “(...) apoio e articulação entre os diversos constituintes que compõem a estrutura do estágio [Escolas Superiores de Enfermagem/Instituições de Saúde]”(p.29) pois, se tal não acontecer, em nossa opinião, corre-se o risco da ausência de formação no processo de ensino-aprendizagem em ensino clínico.

Factores mais directamente relacionados com a pessoa dos professores são também expressos pelos inquiridos, como contributos para as dificuldades percebidas na relação entre docentes/escola e os supervisores de ensino clínico. Assim, a ausência de gosto/motivação é na opinião de E1 um desses factores:“(...) eu quando tirei o meu curso, achava que os enfermeiros que iam para o ensino, eram frustrados como enfermeiros e o escape, era ir para a Escola, poucos professores tive, que achei que gostassem de estar a ensinar, portanto, não quer dizer que actualmente se passe assim, na altura em que tirei o curso, achei que apenas uma das professoras gostava verdadeiramente de ensinar, os outros... queriam um horário porreiro, não estar num hospital, “não aturar doentes” e então, a saída profissional era a Escola” (E1).

Na mesma óptica, a falta de preparação pedagógica é mencionada por E4: “(...) nós sabemos que a generalidade dos professores de enfermagem, são ex-enfermeiros, que apenas detêm conhecimentos próprios da enfermagem, mas não sabem como transmitir esses conhecimentos...”. Contudo, Alarcão (1991), numa reflexão crítica sobre o pensamento de Schön, refere que é preciso que os professores sintam a responsabilidade de lançar no mercado novos profissionais com qualidade, e qualidade na perspectiva de serem capazes de reflectir na acção e não apenas seguir rotineiramente regras ensinadas e já conhecidas; ser capaz de dar respostas novas a novas perguntas, caracterizando-se por “(...) um saber-fazer sólido, teórico e prático, inteligente e criativo”(p.22).

Também, o afastamento das práticas constitui, na opinião de E9, uma razão para as dificuldades percebidas: “(...) primeiro, [os professores] não estiveram aqui [Instituição], por isso, não sabem qual foi o real desempenho dos alunos. Segundo, a maioria deles, não exerce enfermagem há muitos anos, (...) o que faz com que não consigam ser exemplo, ou modelo para os alunos...”. Spense (1994) a este propósito, refere que o afastamento progressivo do docente de enfermagem da prestação de cuidados ameaça a sua credibilidade clínica. Neste sentido, Hinchliff (1982:47) ao referir-se ao papel do docente de enfermagem quando em ensino

clínico, afirma que *"(...) com demasiada frequência este é visto como um intrometido, um representante da escola de enfermagem que está ali para criticar ou como alguém que demora três horas a ensinar um estudante como se avalia a pressão arterial sanguínea"*. Johnson, citado por Amador (1991:11), comenta que este tipo de opiniões resulta *"(...) do facto dos docentes serem considerados como "hóspedes" na maior parte dos serviços de saúde, papel que estes têm muito cuidado em não violar; podem queixar-se para outros docentes das limitações e inadequações do serviço de enfermagem mas raramente partilham esses problemas com os enfermeiros dos serviços, ainda mais raramente intervêm directamente para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros de campo"*.

Relativamente a este aspecto, apesar de aparentemente o paradigma da formação em enfermagem aparentar estar em mudança, reiteramos o afirmado por D'Espiney (1997:172): *"(...) as escolas e os professores, confrontados com um contexto de trabalho em processo de mudança acelerada, ao qual a escola tem dificuldade em responder, sobretudo pelo cada vez maior distanciamento dos professores em relação a estes contextos, investe principalmente numa formação escolarizada, o que mantém por resolver o problema do afastamento dos professores dos locais de produção da profissão de enfermagem"*. Argumenta ainda a autora, dizendo que, *"(...) a integração do ensino da enfermagem no ensino politécnico reforçou ainda mais a tendência para o investimento em formações académicas, acentuando o afastamento não só dos hospitais como da própria escola"* (Idem).

No sentido de minimizar alguns dos constrangimentos identificados anteriormente, Crotty (1993) recomenda que os professores mantenham a sua credibilidade clínica e os conhecimentos actualizados devendo as escolas destinar tempo, numa base anual, para que os professores trabalhem em áreas clínicas sem a responsabilidade do ensino. Brito e Costa (1998) justificam dizendo que não são só os aspectos teóricos evoluem, as condições do desempenho também se modificam e, como tal, uma boa parte dos enfermeiros

das escolas deveriam ser enfermeiros do activo para que estes levem à escola o contributo da vida.

Jarvis (1992) defende mesmo a ideia do professor praticante, ou seja, aquele que ao mesmo tempo lecciona em sala de aula e trabalha no campo da prática clínica, constituindo o que o autor designa de *"epítome da boa prática"*. Refere ainda que o professor deverá trabalhar ao lado do estudante, podendo ele próprio ser a ponte entre a teoria e a prática. Em jeito de curiosidade, temos notícia da existência de uma Escola Superior de Enfermagem privada em Lisboa que está a investir neste modelo de professor.

Por todas as razões evocadas, Collière (1999) salienta a importância da actualização constante daqueles que intervêm na preparação profissional dos estudantes e da necessidade de se manterem em contacto com a realidade o mais possível de modo a evitar o distanciamento e a desactualização com o exercício profissional e também, a desadequada preparação dos estudantes de que muitas vezes são acusados, a qual é manifestada através do choque com a realidade dos recém formados (Pinto, 1995; Mestrinho, 2002).

4.1.2. Dificuldades relacionadas com a avaliação

Para os supervisores entrevistados, a avaliação constitui uma verdadeira dificuldade, uma vez que, esta é referida pela totalidade dos sujeitos. Ilustrando, podemos dar voz a E5: *"(...) Uma aprendizagem formal pressupõe ter, na sua fase final uma avaliação, em que cada um, tem um papel activo nesse processo, (neste caso orientador e aluno), mas... é difícil avaliar, é a parte em que eu me sinto menos à vontade..."*. Esta opinião expressa bem aquilo que parece constituir uma verdadeira preocupação para a generalidade dos entrevistados, já que aproximadamente metade das unidades de registo da subcategoria podem ser contabilizadas neste indicador. Também na opinião de Alarcão e Tavares (2003),

avaliar “(...) constitui uma das dificuldades das funções do supervisor (...) em virtude de, (...) a mesma pessoa ter de desempenhar funções de avaliação formativa e sumativa que, ainda por cima vão influir decisivamente em classificações profissionais e dar acesso a lugares e promoções” (p.107).

Qualquer que seja o modelo de avaliação adoptado, são sempre várias as questões que se levantam relativamente à avaliação. Se, por um lado, alguns autores (e também muitos supervisores) se interrogam relativamente àqueles casos em que, paradoxalmente, a grande fatia da avaliação do estudante é da competência da Escola Superior de Enfermagem, quando o acompanhamento da sua formação coube maioritariamente ao supervisor da instituição, por outro, há aqueles que colocam sérias dúvidas relativamente à entrega desta responsabilidade a este último (Caires, 2001).

A acrescentar às questões referidas em torno desta problemática, está a impreparação dos supervisores (reconhecida pelos próprios) para avaliar e também o duplo papel desempenhado por estes. A ambiguidade inerente ao facto de serem simultaneamente avaliador, facilitador, confidente, “colega” do estudante, poderá retirar-lhe alguma da isenção necessária a uma avaliação criteriosa e rigorosa, (Duquette, 1994; Toothy et al, 1996 *apud* Caires 2001). Com efeito, numa tentativa de explicação das dificuldades sentidas com a avaliação, aproximadamente metade dos entrevistados refere que, “ (...) a avaliação é subjectiva” (E3), razão pela qual, não gostam de avaliar: “(...) temos medo de sermos injustos” (E1). Também reprovar alguém é difícil e desagradável, como refere E9: “(...) Às vezes existem pessoas [alunos], que não têm “estofo” para ser enfermeiros... Estou a lembrar-me, por exemplo, neste estágio, o aluno da H.M.. Ele nunca na vida será um bom enfermeiro... não dá... isto é difícil... dá angústia ter de chumbar alguém”.

A inexistência de avaliações formativas é também apontada como uma dificuldade percebida, por cerca de um quarto dos entrevistados, como o revela

o seguinte excerto: “(...) *tudo piora* [quanto à dificuldade em avaliar] *quando não existe uma avaliação intermédia*. (...) *Eu por exemplo, já fiz orientações de ambos os modos e constatei que quando se faz apenas uma avaliação, no final do estágio e a nota fica aquém das expectativas, invariavelmente, os alunos dizem coisas do tipo: “Mas se me tivesse prevenido...”; “Mas se me tivesse dito...”, “Agora o tempo já passou, já não há tempo para corrigir...”. (...) Ficamos sempre na dúvida (quando avaliamos), será que fizemos bem, será que fizemos mal... Será que disse de forma adequada, será que não me consegui fazer entender...e, tudo isto, se vai reflectir no momento da avaliação...*” (E9).

Apesar da ênfase dada à avaliação formativa, pois visa “(...) *contribuir para melhorar a aprendizagem em curso, informando o [supervisor] sobre as condições em que está a decorrer essa aprendizagem, e instruindo o aprendente sobre o seu percurso, os seus êxitos e as suas dificuldades (...)*” (Hadji, 1994:63-64), várias são as críticas efectuadas pelos estudantes, no sentido de se sentirem “*injustiçados*”, com a nota final, bem como o tipo de observações que lhes são feitas no decorrer do mesmo, (D’Espiney, 1997; Caires, 2001; Simões, 2004). Outros, também criticam a inexistência de concordância de critérios (entre estudantes e de supervisor para supervisor), bem como o estabelecimento de um limite máximo em termos de classificação a atribuir no ensino clínico. Nestes casos, a crítica incide no “*encurtar*” da escala de avaliação, não considerando os valores do extremo superior ou, a necessidade de fundamentar muito meticulosamente a classificação do estudante quando a proposta para o avaliar ultrapassa os parâmetros estabelecidos como “*superiormente aceitáveis*” (Caires, 2001).

Por último, com pequena expressão, um dos entrevistados sugere que as dificuldades relacionadas com a avaliação poderão estar relacionadas com metodologias de avaliação desadequadas e também com a inexistência de uma meta-avaliação após o *terminus* do ensino clínico.

Relativamente à avaliação sumativa, maiores dificuldades ainda se colocam. Por este motivo, concordamos com Alarcão e Tavares (2003), ao defenderem que a avaliação deve ser global e assentar na experiência e na reflexão, atendendo à pessoa do estudante como um todo e não como um somatório de características ou de comportamentos. Deste modo, o sentido da avaliação não será só produzir uma informação acerca do “estado do estudante” mas, produzi-la de forma cabal para, assim, contribuir para o desenvolvimento do próprio processo de ensino-aprendizagem. Seguindo esta linha de pensamento, avaliar será então um “processo de produção de informação” que envolve três tipos de acções:

- *Confrontar/pôr em relação.* Confrontar os dados expressos (as realizações), com as respectivas intenções (objectivos, projectos);
- *Apreciar.* Formular parecer de uma realidade à luz de uma intenção (objectivos, projectos). Appreciar o “ser” à luz de um “dever ser”;
- *Produzir uma informação relevante.* Comunicar uma informação útil aos intervenientes na tentativa de compreender o “estado da situação” para que se possa planear a acção subsequente. Por outras palavras, vislumbra-se a tentativa de se saber onde se está, de modo a facultar a ida para onde se deseja.

A optimização do potencial formativo das situações de trabalho passa em termos de formação, pela criação de dinâmicas formativas que proporcionem as condições necessárias para que os formandos transformem as experiências em aprendizagens (Canário, 1997). A avaliação formativa baseada na reflexão crítica do desempenho dos estudantes parece ser uma das estratégias utilizadas para que as experiências vividas se transformem em situações de aprendizagem. Pelo exposto, no fundo, revela-se necessária uma nova postura face à avaliação. Neste sentido, Trillo (1999:72) refere que esta, deverá deixar de “(...) atender exclusivamente a esse tipo de aprendizagem declarativa que

tradicionalmente se configura na pergunta - que é que os alunos aprenderam? - e passaria a centrar a nossa atenção no modo - como os alunos aprenderam”.

4.1.3. Dificuldades com o contexto

As dificuldades de contexto, são também elas importantes no dizer dos supervisores entrevistados, uma vez que, aproximadamente um quarto das unidades de registo da categoria é contabilizado nesta subcategoria. Não deixa de ser curioso que, embora os sujeitos tenham referido anteriormente gostar da função supervisiva, a grande maioria refere também, com algum desagrado, o carácter impositivo da mesma, como ilustra a seguinte passagem de E6: *“(…) primeiro que tudo, [o orientador] não ser escolhido mas, se calhar, dar-se a escolher, se achar que tem apetência para ensinar, porque às vezes, o que acontece é que nesta questão de ser orientador, o próprio não é questionado se quer ou não quer, é “imposto”, ou então para se ser orientador, basta ser chefe de equipa, não interessa se o indivíduo quer e se tem competências para assumir uma orientação de alunos...”.*

Ainda no capítulo das dificuldades de contexto, também os horários, escalas e trocas são mencionados por aproximadamente metade dos entrevistados como dificuldades inerentes à função supervisiva, como comprova o seguinte excerto: *“(…) no momento actual não é o meu caso [ter dificuldades de horários e trocas], mas imagino pelas conversas que ouço. Acho que é uma dificuldade enorme, vocês conseguem turnos para conjugar com os alunos, tantos turnos em tão pouco tempo... Acho que é muito complicado, [em termos de horários], orientar, limita-te as possibilidades de trocas, (...) tens de cumprir o horário na íntegra, uma vez que tens de estar presente nas passagens de turno, para além de que, tens de pensar que quando fazes trocas, o aluno para te acompanhar, vai ter que alterar a sua vida pessoal. (...) Tens de evitar fazer dezasseis horas seguidas, uma vez que, é um bocado exaustivo para o aluno e a generalidade das Escolas não permitem que o aluno faça dois turnos seguidos...” (E1).*

Aspectos inerentes à estrutura, organização e gestão da Instituição de Saúde, foram também evidenciados pelos supervisores como dificuldades experimentadas na prática supervisiva. Assim, E1 refere que, *“(...) dado ser uma instituição privada, tem características muito específicas [quartos privados] e as dificuldades prendem-se com o aspecto relacional, com o respeito pela privacidade do doente, tentar entrar dentro dessa privacidade... muitas vezes é difícil para os alunos desenvolverem este aspecto com os doentes, muitas vezes até para nós é complicado...”*. Também o sistema informático na opinião de dois entrevistados constitui uma dificuldade à prática supervisiva: *“(...) a única dificuldade que eu vejo é o facto de termos um “sistema informático” que nos fornece um plano de trabalho diário, ao qual os alunos não estão habituados e normalmente têm dificuldade em se adaptar...”* (E9). A grande rotatividade dos utentes, o facto de o Serviço de Cirurgia se distribuir por dois pisos e a postura de alguns colegas, nomeadamente aquando da passagem de turno foram ainda dificuldades que na opinião dos entrevistados condicionam a prática supervisiva.

Uma última nota acerca das dificuldades relacionadas com o contexto foi o facto de dois dos entrevistados terem referido a ausência de compensação monetária pela função supervisiva, como, por exemplo refere E7: *“(...) do ponto de vista económico [supervisionar], traz prejuízo, traz desgaste. Logo, tem de se ser compensado monetariamente. É um factor importante. Não se pode dizer. “O dinheiro não interessa...”*. *O dinheiro é uma coisa importante, tem de se falar abertamente no dinheiro...”*.

Contrariamente ao defendido pelos “nossos supervisores”, Pinto (1995) concluiu, do dizer dos seus sujeitos que, não seria *“(...) benéfico o recurso ao pagamento extra, uma vez que os enfermeiros colaboradores estejam integrados nos serviços, acompanhando/orientando alunos em estágio; não consideram acumulação de funções mas complementaridade; referem mesmo que, se tal se vier a concretizar, provavelmente trará dificuldades e conflitos”*(p.29).

Na realidade, os enfermeiros dos serviços constituem um recurso-chave de aprendizagem, necessitando porém de serem motivados e orientados nos métodos de ensino para se utilizarem e implicarem de forma efectiva no processo de ensino-aprendizagem. Franco (2000) a propósito da motivação para a colaboração serviços de saúde/escola, refere a possibilidade de recompensa aos enfermeiros que orientam os estudantes em ensino clínico. Estas recompensas podem ser de vária ordem: reconhecimento e valorização curricular (que poderá servir para admissão ao Curso de Complemento de Formação ou pós-graduações, concursos e avaliações); acréscimo no vencimento e redução do tempo de serviço.

Face ao exposto, e no actual quadro de formação inicial em enfermagem, em que as parcerias parecem constituir o rumo a seguir, pensamos que é necessário criar uma figura nas instituições de saúde, com características adequadas ao perfil funcional desejado, com formação em supervisão e que, numa atitude de relação supervisiva, oriente, aconselhe, transmita conhecimentos e avalie os estudantes de forma sistemática e continuada, ou seja, uma formação que defenda a construção e o *empowerment* dos estudantes.

4.1.4. Dificuldades na conciliação das funções de supervisor e de enfermeiro(a)

Embora Abreu (2003:63) defenda que “ (...) *as instituições de saúde devem considerar que a sua própria forma de organização é formadora*”, ficou visível nas dificuldades relacionadas com o contexto que, os horários, escalas e trocas emergiram como dificuldades experimentadas na prática supervisiva.

De forma a limitar os inconvenientes enunciados, parece ser prática na referida instituição, existirem estudantes que durante o seu ensino clínico têm mais do que um supervisor, isto é, a supervisão é feita em regime de co-orientação. Esta

prática, embora aparentemente resolva o problema dos horários e trocas, suscita na opinião de sete dos entrevistados outros problemas como, a deficiente articulação entre os supervisores nas situações de co-orientação, como por exemplo, refere E1: *"(...) não falei com os primeiros orientadores para nos organizarmos, para termos um discurso homogéneo. Obviamente como não trabalhamos da mesma forma, há coisas que temos necessidade de concertar, que facilitam quem está a aprender..."*.

A sobrecarga de trabalho, pela acumulação das funções de supervisor e de enfermeiro é mencionada por mais de um terço dos inquiridos, conforme se pode verificar pelo seguinte depoimento: *"(...) às vezes sinto uma grande falta de tempo, o que me faz "andar a correr" e eu não gosto disso... Nós mantemos o mesmo ratio de doentes com ou sem alunos e é muito difícil estar atenta a várias situações no mesmo tempo..."* (E6). Paradoxalmente, não deixa de ser curioso que, quando abordámos os aspectos satisfatórios da função supervisiva, aproximadamente metade dos entrevistados referiu a disponibilidade de tempo como uma condições de trabalho favorável. Também Simões (2004) refere, quanto à disponibilidade dos enfermeiros supervisores, que a sobrecarga de trabalho conduz a uma supervisão deficitária, *"(...) levando a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar a fazer"* (p.212).

Rebello (1996) assinala que na maioria dos serviços clínicos não há espaço para se reflectir nos cuidados de enfermagem que se prestam. Na sua opinião, seria importante que os enfermeiros da prática e os docentes estabelecessem relações e desenvolvessem reflexões inerentes aos cuidados de enfermagem reais. A falta de apoio e a impossibilidade de questionamento imediato é referido como consequência da falta de tempo com que os enfermeiros se deparam nos seus turnos. Relativamente a esta dificuldade, Abreu (2003) sugere que, seria *"(...) desejável que os supervisores não fossem contabilizados no grupo de enfermeiros que desenvolvem as práticas clínicas"* (p.63).

Por último, a responsabilidade pela actuação dos estudantes é percebida negativamente por um mais de um quarto dos entrevistados, de que E9 é apenas um eco: *“(...) orientar é também uma preocupação, na medida em que temos alguém por quem somos responsáveis e “dependente de nós”.*

4.1.5. Dificuldades relacionais supervisor/estudante

De imediato podemos constatar que esta foi uma temática que, de uma maneira geral, não mereceu o interesse dos entrevistados a avaliar pelo número de unidade de registo inventariadas. Não obstante três dos supervisores referiram ter dificuldades relacionais, quando se deparam com estudantes introvertidos e/ou fechados, como nos diz E6: *“(...) às vezes é complicado “chegar lá”, “chegar ao outro”, às vezes, é necessário pensarmos muito bem como é que “vamos entrar”... Tu, às vezes falas com eles [estudantes], explicas-lhes as coisas, mas não obténs um feedback muito bom. Qual a estratégia que tu vais arranjar para “lá chegares”, de forma a perceberes as suas dúvidas e dificuldades... às vezes è complicado... Eu já tive experiências em que tive dificuldades em “chegar ao aluno” e tentar ajudar a superar as suas dificuldades em tempo útil”.*

Com efeito, na relação supervisiva, pode surgir omissão de factos e sentimentos aquando da incompatibilidade de personalidades entre supervisor e estudante, ou até mesmo por medo (Simões, 2004). Também os “medos” dos estudantes, relacionados essencialmente com a avaliação, à semelhança do referido por Alarcão e Tavares (2003), são referidos por dois entrevistados, uma vez que, no dizer dos mesmos, o papel de supervisor encerra em si mesmo, um certo paradoxo. Por um lado, o de modelo profissional, facilitador do processo de ensino-aprendizagem, formador, e ainda, o amigo, colega, confidente, (conforme vimos anteriormente no enquadramento teórico); por outro, o de avaliador, que no fim irá definir a sua nota de ensino clínico, como relata E6: *“(...) O aluno, em vez de me perguntar a mim... como começava a pensar em mim, não*

como a pessoa que estava ali para o ajudar, para esclarecer as suas dúvidas e facilitar a sua caminhada, mas como avaliadora, como aquela que ia definir a sua nota de estágio, ia colocar as suas dúvidas aos meus colegas, isso às vezes cria algumas dificuldades na relação... mas, até ao momento, nunca tive nada que não se resolvesse”.

Outra das referências não menos preocupante, no dizer de Simões (2004), refere-se às situações em que os estudantes são confrontados pelos supervisores sobre o seu desempenho. Segundo o mesmo autor, alguns estudantes reagem com violência/agressividade às críticas e os supervisores admitem que também revelam algum descontrolo verbal perante tais atitudes dos estudantes. Assim, de modo a evitar episódios do género considera necessário ter um conhecimento prévio das personalidades dos estudantes.

Um dos entrevistados refere ainda como dificuldade relacional supervisor/estudante, os estudantes serem desinteressados, e outro, as características pessoais do supervisor, contudo, nenhum explicitou razões.

A ideia de que as Instituições de Saúde são fonte abundante de oportunidades de aprendizagem não significa que os estudantes aprendam automaticamente. A falta de motivação do estudante em aumentar os seus conhecimentos e em melhorar as suas habilidades pode levá-lo a ser rotulado de desinteressado (Pinto, 1995; Caires 2001). No entanto, esta atitude pode esconder o medo do fracasso (D'Espiney, 1977; Caires, 2001). A falta de apoio pode diminuir a sua auto-confiança. Neste sentido supervisor e aluno têm que colocar-se numa atitude semelhante à de colegas, numa atmosfera que lhes permita porem à disposição um do outro o máximo de recursos e potencialidades e imaginação, de conhecimentos, da afectividade, de técnicas, de estratégias de que cada um é capaz, a fim de que os problemas que surjam no processo de ensino/aprendizagem dos estudantes e nas próprias actividades supervisivas sejam devidamente identificados, analisados e resolvidos (Alarcão e Tavares, 2003).

Em ensino clínico, a actividade supervisiva, é essencialmente uma actividade de resolução de problemas e reflexão. A psicologia da aprendizagem, segundo Alarcão (1991), põe cada vez mais em evidência a resolução de problemas como forma de aprender. Por isso, o estudante tem de aprender fazendo, compreendendo, reagindo de forma a ultrapassar situações problemáticas. Para que a supervisão decorra numa perspectiva de resolução de problemas, é necessário haver uma boa relação de trabalho entre supervisor↔estudante, baseada na confiança e respeito mútuos.

4.2. Razões explicativas das dificuldades

Conforme pode ser observado no quadro 15, o conjunto das unidades de registo relativas a esta categoria (94), foi obtido através das entrevistas dos 11 supervisores e classificado em cinco subcategorias, a saber:

- Dificuldade na separação de papéis (17 unidades de registo);
- Déficit de preparação para exercer o papel de supervisor, (58 unidades de registo)
- Déficit de conhecimento acerca do percurso académico do estudante (13 unidades de registo)
- Deficit de conhecimento acerca dos estudantes (5 unidades de registo)
- Critérios economicistas na organização da formação (1 unidade de registo)

Quadro 15
Razões explicativas das dificuldades

CATEGORIA: Razões Explicativas das Dificuldades					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
Dificuldade na Separação de Papéis	➤ É Difícil Separar os Papéis de Supervisor e de Enfermeiro	10	10,6%	4	36,4%
	➤ É Difícil Explicar o Papel de Supervisor	7	7,4%	3	27,3%
Déficit de preparação para Exercer o Papel de Supervisor	➤ Não Estar à Vontade no Papel de Supervisor	5	5,3%	2	18,2%
	➤ Falta de Conhecimentos Pedagógicos	30	31,9%	9	81,8%
	➤ O Trabalho do Supervisor é Empírico	11	11,8%	5	45,5%
	➤ Sente Necessidades de Formação	12	12,8%	6	54,6%
Déficit de Conhecimento Acerca do Percurso Académico do Estudante	➤ Sobre Conteúdos/Matérias/ Disciplinas/Avaliações Anteriores	13	13,8%	8	72,7%
Déficit de Conhecimento Acerca dos Estudantes	➤ Ter um Conhecimento Geral Acerca do perfil Psicológico do Estudante	5	5,3%	4	36,4%
Critérios Economicistas na Organização da Formação	➤ Racionalidade Económica/Rentabilização de Recursos	1	1,1%	1	9,1%
TOTAL DA CATEGORIA		94	100%	11	100%

4.2.1. Déficit de preparação para exercer o papel de supervisor

Para a larga maioria dos sujeitos entrevistados, uma das razões explicativas do déficit de preparação para exercer o papel de supervisor estará ligada à falta de

conhecimentos pedagógicos. Podemos ilustrar a forma como expressam o seu ponto de vista, ouvindo alguns dos sujeitos: “[não me sinto seguro] *porque ao nível da formação, como vou explicar isto, ao nível pedagógico, ao nível de ministrar conhecimentos, nunca fiz formação nessas áreas...*” (E2);

“(...) como sabes, na nossa formação de base, no bacharelato, não temos formação pedagógica...” (E3).

Embora apenas dois sujeitos declarem não se sentir à vontade no papel de supervisores de ensino clínico, a maioria afirma que sente necessidades de formação, conforme declara E9: *“(...) falo por mim, sinto que preciso de me formar nesta área [pedagógica]”,* ideia que é fortalecida por E7: *“(...) pois, se tivermos algum know how formativo, isso permite-nos estar mais despertos e fazer uso das diversas estratégias e técnicas de formação”.* Talvez pelos motivos enunciados anteriormente, aproximadamente metade dos entrevistados afirmam que o trabalho do supervisor é empírico, como comprovam os seguintes excertos: *“(...) tudo o que te tenho estado aqui a dizer, as vantagens e desvantagens de ser orientador, vem da minha experiência pessoal e profissional, não tem fundamento teórico...”* (E1);

“(...) como não tenho essa formação [pedagógica], socorro-me do bom senso, tento afastar-me racionalmente das situações para melhor as poder avaliar e depois tentar resolvê-las, mas tudo isto é um bocadinho empírico...” (E5).

Para um ensino efectivo das vertentes clínicas, é necessário que os supervisores compreendam os mecanismos envolvidos na prática clínica, reconheçam os problemas da aprendizagem e dominem métodos para promover uma boa aprendizagem em contexto clínico. Com efeito, o supervisor de ensino clínico deve entender os mecanismos através dos quais se desenvolve a aprendizagem e ter conhecimento de um conjunto de dimensões que enquadram a formação em contexto clínico: *“(...) conhecimento de conteúdo, conhecimento do currículo, conhecimento pedagógico geral, conhecimento pedagógico de conteúdo, conhecimento*

dos contextos, conhecimento do aprendente e suas características, conhecimento dos objectivos, fins e valores educacionais” (Shulman, 1993 apud Sá-Chaves, 2000:100).

Neste sentido, para Abreu (2003), parece um “(...) paradoxo que se possa envolver (de forma exclusiva ou quase exclusiva) neste tipo de ensino, profissionais que possuam uma boa experiência clínica mas uma fraca ou nenhuma formação face às exigências mencionadas”(p.58). Assim, no sentido de colmatar as necessidades de formação dos supervisores de ensino clínico, sugere que devam ser disponibilizados “(...) cursos específicos para o desempenho de funções (da responsabilidade conjunta das escolas e das instituições de saúde), que lhes permitam entender a complexidade da formação. Os supervisores devem ser preparados para a utilização de estratégias que facultem a análise dos trajectos de formação e da implicação pessoal e colectiva, tais como portfólios reflexivos, os diários de aprendizagem, a investigação acção”(p.63), e ainda, a análise de casos, a observação e o trabalho de projecto, em nossa opinião.

4.2.2. Dificuldade na separação de papéis

Começamos por alegar que mais de um terço dos entrevistados tem dificuldade em separar os papéis de supervisor de ensino clínico e de enfermeiro, já que as competências supervisivas, no dizer dos supervisores, são dificilmente objectiváveis e materializáveis, uma vez que, encontram-se sustentadas numa diversidade de funções, muitas vezes sobreponíveis. Como refere, por exemplo, E9: “(...) eu não consigo diferenciar os dois papéis, mesmo quando estamos em situação de prestação de cuidados, eu estou a formá-los em enfermagem...”. Talvez por esse motivo, simultaneamente os nossos entrevistados têm dificuldade em explicar o papel do supervisor, como nos dizem E9: “(...) tenho dificuldades em dizer que ser supervisor é isto, ou aquilo...” e E2: “(...) se tivesse de explicar a alguém que não é orientador, em que consiste o trabalho do orientador, penso que teria muitas

dificuldades, em termos específicos de dizer a um colega, qual era o seu trabalho enquanto orientador”.

4.2.3. Déficit de conhecimento acerca do percurso académico dos estudantes

Para Pinto (1995) os supervisores clínicos *“(...) devem conhecer os objectivos “daquela” experiência [ensino clínico] e conhecer o estadio de aprendizagem “daqueles” alunos para poderem adequar as estratégias de formação”(p.34).* À semelhança do preconizado pela a autora, também para oito dos supervisores de ensino clínico entrevistados, parece ser importante ter conhecimentos sobre os conteúdos, matérias, disciplinas e avaliações como forma de limitar as dificuldades na prática supervisiva. Eis como, por exemplo, E1 e E7 explicitam esta perspectiva: *“(...) não sei o que os alunos fizeram anteriormente, não sei quais os conhecimentos que detêm...”;*

“(...) eu tenho alunos e os objectivos de estágio, mas não sei o que eles aprenderam na teoria, não sei que experiência tiveram no estágio anterior. Eu deveria ter acesso, por exemplo, às avaliações dos alunos (a uma avaliação qualitativa do aluno). (...) De forma escrita, que fosse dito quais as dificuldades nas diferentes dimensões da aprendizagem, (...) que me fosse dito qual foi o percurso do aluno, (...) eu acho que é fundamental, se queremos individualizar a formação, personalizar as coisas, quer do ponto de vista teórico-filosófico, quer em termos de missão da Escola...”.

4.2.4. Déficit de conhecimento acerca dos estudantes

Ter um conhecimento geral acerca do perfil psicológico do estudante, parece constituir preocupação para mais de um terço dos sujeitos entrevistados, o que não diverge de outros estudos efectuados (Pinto, 1995; Simões, 2004), como se pode constatar nas palavras esclarecedoras de, por exemplo, E6 e E9, respectivamente:

“(...) num âmbito mais particular deveriam ser fornecidos dados relativamente aos alunos, como por exemplo, características psicológicas, pois se nós já os conhecermos um pouco, facilitaria inicialmente o processo...”;

“(...) porque somos todos diferentes, se calhar, para um aluno definimos as coisas de uma forma, mas para outro, mesmo que esteja no mesmo período de estágio, já não resulta dessa forma. Portanto, é importante conhecê-los (aos estudantes), para podermos conduzir o processo a “bom porto” “. Relativamente ao conhecimento que o supervisor de ensino clínico deve ter acerca do estudante, Sá-Chaves (2000), vai ainda mais além, afirmando que este deve ser um profissional, que tenha conhecimento de si no sentido de manter a dimensão meta-reflexiva e função meta-reguladora da sua praxis profissional mas, deverá “(...) conhecer não só as características do aprendente, porque a sua função não apenas ensinar, mas as do paciente, porque a sua função é também contribuir para a sua melhoria”(p.103).

4.2.5. Critérios de racionalidade económica/rentabilização de recursos

Um dos entrevistados (E7), reflectindo sobre o actual modelo supervisivo, questiona: *“(...) actualmente passou-se da situação em que eram os professores os supervisores de ensino clínico, para deixar os alunos para os profissionais. O que é que está por detrás disto? Está o sentido de racionalidade económica e de rentabilização de recursos? Ou está o sentido de uma nova filosofia pedagógica?”*. Nesta mesma linha de ideias, também Gonçalves (2004:46), na sua investigação acerca das necessidades de formação dos docentes supervisores questiona: *“A que se deve a imposição de colaboração dos profissionais de enfermagem na formação inicial da actividade? Estaremos perante o resultado de uma consciencialização das mais valias formativas para ambos os interlocutores, nomeadamente, formação contínua para os profissionais dos contextos de trabalho, ou tratar-se-ão de vicissitudes e questões politico-económicas?”*.

Na opinião de Carvalhal (2003), a questão levantada, deve-se ao facto de *“(...) os protocolos de parcerias terem tido o seu desenvolvimento numa fase de agudização de*

carência de professores, quer pelo número reduzido, quer por um elevado número dos existentes estarem, também eles, em formação, o que poderá ter contribuído para a ideia de que as parcerias de orientação clínica tenham surgido para dar resposta a essas carências”(p.158). Segundo a mesma autora, são factores como este que têm “(...) dificultado a evolução da orientação clínica em colaboração para uma verdadeira parceria, onde a horizontalidade de relações, de responsabilidades, de tomada de decisão e de participação se institua como forma de estar num projecto comum, onde cada um participe no âmbito das suas competências”(idem). Ainda relativamente a esta problemática, Abreu (2003:61), refere que: “(...) a forma como se estruturam internamente as Escolas, as questões organizacionais e a formação teórica, consome os docentes; não é por acaso que a escassez de recursos humanos se verifica sempre no nível do acompanhamento do ensino clínico e raramente no nível do ensino teórico-prático”. Na opinião deste autor, esta realidade deve ser contrariada pelos próprios docentes de enfermagem, pois o percurso de formação que construíram deverá ter contrapartidas ao nível do ensino clínico: “(...) é necessário que os professores considerem alternativas para valorizar o seu papel como docentes mas igualmente como actores fundamentais no desenvolvimento do sistema de saúde e da enfermagem como disciplina” (Abreu, 2003:63).

Em jeito de síntese, e na perspectiva de colaborar para a consolidação do papel do supervisor de ensino clínico, concordamos com Carvalhal (2003), e reiteramos a sua sugestão arrojada: “(...) numa próxima remodelação da carreira profissional de enfermagem, deveria ser estudada a hipótese da criação da categoria profissional de enfermeiro orientador, ao nível de enfermeiro especialista, que seria uma categoria vocacionada para os aspectos da formação, nomeadamente da formação em serviço e da formação de novos profissionais” (p.178).

Terminada esta análise temática, sintetizamos os principais resultados:

➤ *Dificuldades sentidas na prática supervisiva:*

- *Dificuldades de relação entre as Escolas Superiores de Enfermagem/docentes e as Instituições de Saúde/supervisores.* No dizer dos nossos entrevistados, a relação com as Escolas é caracterizada pela ausência de interação e de apoio. Nas situações em que existe uma relação mais próxima, ela resume-se a acordos tácitos, nos quais há uma apresentação prévia dos objectivos dos ensinos clínicos, não existindo qualquer envolvimento dos supervisores na respectiva preparação ou decisões acerca dos mesmos. Factores relacionados com a pessoa do docente são, também, apontados como condicionantes da relação docente/supervisor, tais como: ausência de gosto/motivação para docência, falta de preparação pedagógica e afastamento da prática clínica;
- *Dificuldades relacionadas com a avaliação.* Na opinião dos supervisores entrevistados, a avaliação constitui uma dificuldade, devido à falta de preparação pedagógica deles para avaliar, por um lado, e à não preparação conjunta dos ensinos clínicos com o conseqüente desconhecimento dos critérios e parâmetros avaliativos, por outro. A ambigüidade de papéis (facilitador do processo ensino aprendizagem *versus* avaliador) é também um dos argumentos referidos pelos entrevistados como estando na gênese das dificuldades sentidas em avaliar. A inexistência de avaliações formativas e de uma meta-avaliação da actividade supervisiva, após os ensinos clínicos, são outras razões apontadas;
- *Dificuldades do contexto.* Não deixou de ser curioso constatar que apesar de os supervisores entrevistados, terem identificado a supervisão como uma prática satisfatória revelaram, contudo, que nem sempre esta é

gratificante pelo facto de lhes ser imposta. Outro aspecto que também não contribui para a satisfação dos sujeitos é o facto de, a actividade supervisiva condicionar “a escala”, nomeadamente ao nível dos horários e trocas, situação esta que tem repercussões quer a nível profissional quer a nível pessoal. Por este motivo, um dos sujeitos refere, no seu discurso, a necessidade de os supervisores de ensino clínico receberem uma compensação monetária pelo desempenho da actividade supervisiva.

Apesar de, na generalidade, os sujeitos entrevistados se referirem à Instituição, de uma forma positiva e satisfatória não deixam, contudo, de apresentar alguns aspectos que são susceptíveis de criar dificuldades à actividade supervisiva, tais como: a existência de quartos privados, o que dificulta o acesso aos utentes, no sentido de se impedir uma certa invasão de privacidade; a gestão e planeamento dos cuidados implicarem o uso de um sistema informático desconhecido para os estudantes; a grande rotatividade de utentes e o facto de o Serviço se distribuir por dois pisos, que apesar da sua simetria, têm alguma especificidade em termos de funcionamento;

- *Dificuldades na conciliação das funções de supervisor e de enfermeiro.* Foi referido anteriormente, nas dificuldades de contexto, as dificuldades relativamente a horários. Uma forma encontrada pela Instituição, para contornar o problema, é o recurso à co-orientação. Contudo, segundo o discurso dos entrevistados, esta prática levanta algumas dificuldades, no sentido em que os supervisores têm dificuldade em se articular de forma a trocarem informação pertinente acerca do estudante e do seu desempenho o que, inferimos nós, com certeza se irá também repercutir nas dificuldades relacionadas com a avaliação.

Gostaríamos de realçar outro aspecto, que para nós constituiu uma novidade e que se prende com alguma insatisfação relacionada com a

falta de disponibilidade, em termos de tempo, para a função supervisiva. Paradoxalmente, foi afirmado pelos sujeitos entrevistados, quando inquiridos sobre os aspectos satisfatórios da actividade supervisiva, que uma das razões que proporcionava satisfação era o facto de terem disponibilidade (em termos de tempo) para o estudante, devido ao *ratio* utentes/enfermeiro nesta Instituição/Serviço;

- *Dificuldades relacionais supervisor/estudante.* Curiosamente esta questão, não foi abordada pela maioria dos entrevistados. As dificuldades relacionais mencionadas prendem-se, essencialmente, com a personalidade do estudante - estudantes fechados/introvertidos e/ou desinteressados e ainda com os "medos" destes, relacionados com a avaliação.

As características pessoais do supervisor são ainda referidas por um dos entrevistados.

➤ *Razões explicativas das dificuldades:*

- *Déficit de preparação para exercer o papel de supervisor de ensino clínico.* Uma das várias dificuldades e contradições identificadas no discurso dos nossos entrevistados, prende-se com a falta de preparação profissional e pedagógica dos supervisores, e também, a falta de reconhecimento e visibilidade que esta actividade tem perante as Escolas e as Instituições de Saúde. A falta de regulamentação do desempenho sentida pelos sujeitos parece ainda, contribuir para a inexistência de um perfil profissional de competências. A análise destes dados leva-nos a inferir que não existe uma linha orientadora comum para a supervisão em ensino clínico, guiando-se cada supervisor pelas suas concepções e experiência pessoal, o que os faz afirmar que o seu trabalho é empírico. Sendo a supervisão uma estratégia de formação que, segundo os autores

por nós pesquisados, aparenta ser a mais adequada ao “novo paradigma da enfermagem”, como pode ser deixada ao acaso e à iniciativa individual?

- *Dificuldades na separação dos papéis.* Talvez devido ao referido anteriormente, os sujeitos entrevistados têm dificuldade em separar o papel de enfermeiro do papel de supervisor de ensino clínico. Logicamente, inferimos que, se não entendem qual o seu papel, dificilmente o conseguirão explicar;
- *Déficit de conhecimentos acerca do percurso académico do estudante.* No dizer dos nossos entrevistados, o facto de desconhecerem o percurso académico do estudante, constitui um obstáculo à personalização do processo de ensino-aprendizagem, uma vez que, não é possível adequar as estratégias supervisivas ao estudante;
- *Déficit de conhecimentos acerca dos estudantes.* Ao que parece, os supervisores de ensino clínico entrevistados sentem necessidade de ter um conhecimento geral acerca do perfil psicológico do estudante, no sentido de que este factor, possa vir a condicionar o processo de supervisão enquadrado numa atmosfera afectivo-relacional envolvente (Alarcão e Tavares, 2003), tornando-se num obstáculo ao desenvolvimento pessoal e profissional do estudante;
- *Critérios de racionalidade económica e/ou de recursos humanos.* Segundo a opinião de um dos nossos entrevistados, validada por alguns autores, existe a dúvida entre se este “novo modelo de formação”, surge por critérios de racionalidade económica e/ou de recursos humanos, ou por outro lado, na sequência da mudança paradigmática que se vem a verificar no seio do ensino da enfermagem e ainda na tentativa de resolução da tão falada dicotomia teoria/prática.

5. Opiniões sobre a Formação Obtida

Embora não tivesse sido prevista inicialmente esta temática, como pode ser verificado pelo guião das entrevistas, ela emergiu dos discursos e acabou por se impor à nossa análise e interpretação, porque considerámos que poderia ser indiciadora de necessidades de formação ou nos poderia dar elementos significativos para determinação das mesmas.

Conforme pode ser observado no quadro 16, no que diz respeito a esta temática, encontrámos um total de 41 unidades de registo referentes à totalidade dos discursos dos entrevistados, que categorizamos em apenas uma categoria. Desta, a análise de conteúdo fez emergir três subcategorias, a saber:

- Formação institucionalizada (18 unidades de registo)
- Autodidactismo (8 unidades de registo)
- Intercâmbio com outros profissionais (15 unidades de registo)

Conforme emerge dos dados, para sete dos entrevistados o contacto com outros colegas e outros profissionais da equipa multidisciplinar, constituiu uma “referência” para a apropriação de aprendizagens importantes no desenvolvimento profissional, em termos supervisivos, como é visível nos discursos de, por exemplo, E2: *“(...) não quer dizer que em determinados momentos eu, não detendo esse conhecimento, não me possa socorrer dos colegas, dos médicos ou de livros, para poder responder às questões que foram colocadas...”* ou E9: *“(...) entre nós colegas, nós orientadores, vamos conversando, vamos tentando ajudar-nos:”Olha se tivesse na tua situação faria desta ou daquela forma...”*.

Quadro 16
Agentes e modalidades de formação obtida

CATEGORIA: <i>Agentes e Modalidades de Formação Obtida</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
Formação Institucionalizada	➤ Curso de Complemento de Formação em Enfermagem	8	19,5%	6	54,6%
	➤ Licenciatura em Ciências da Educação	2	4,9%	1	9,1%
	➤ Curso de Formação de Formadores	2	4,9%	1	9,1%
	➤ Acções de Formação em Serviço	3	7,3%	2	18,2%
	➤ Formação no âmbito de Parcerias com uma Escola Superior de Enfermagem	3	7,3%	3	27,3%
Autodidactismo	➤ O Próprio Supervisor-Pesquisa	8	19,5%	5	45,5%
Intercâmbio com Outros Profissionais	➤ Com os Colegas e Outros Profissionais da Equipa Multidisciplinar	15	36,6%	7	63,6%
TOTAL DA CATEGORIA		41	100%	11	100%

Segundo vários autores, (Botelho, 1993; Costa, 1996 *apud* Canário, 1997) esta revalorização e redescoberta do potencial formativo das interações entre actores nas situações trabalho, é bastante positiva, no sentido que, leva à produção de estratégias, de dispositivos e práticas que valorizam fortemente a aprendizagem por via experiencial e o papel central de cada actor, num processo de auto-construção como pessoa e como profissional. Neste sentido, também Alarcão e Tavares (2003), entendem a supervisão como um processo de desenvolvimento pessoal e profissional, quer do estudante quer do supervisor.

Relativamente à formação institucionalizada, verifica-se que seis dos entrevistados referem o Curso de Complemento em Enfermagem como um contributo para um melhor desempenho na sua função supervisiva. As afirmações a seguir transcritas são elucidativas deste ponto de vista: "(...)

quando fiz o Complemento, de alguma forma, sinto que fiquei mais preparado para colaborar na formação dos alunos...” (E2). Contudo, alguns dos entrevistados explicitam a insuficiência do que aprenderam: “(...) como tu sabes, no Curso de Enfermagem não nos preparam para as actividades pedagógicas, agora no Complemento é que estou a ter uma cadeira de Ciências da Educação, que penso poderá ser útil na orientação de alunos, mas que, para mim., ainda não é suficiente...” (E6).

Três dos entrevistados referem ainda, ter obtido formação no âmbito de parcerias com uma Escola Superior de Enfermagem, dos quais destacamos, como exemplo, E6: *“(...) os seminários de formação em parceria, ajudaram-me muito e foram muito gratificantes. Aprendi a lidar com os alunos independentemente da sua personalidade. Aprendi, por exemplo, também algumas estratégias de supervisão e ainda a “lidar com as competências da profissão” e ainda de orientador...”*.

Segundo Canário (1997), é no quadro da procura de parcerias, que devem ser entendidos quer a multiplicação de dispositivos e práticas de alternância quer a crescente valorização de estratégias formativas que combinam, num único processo, a formação e a acção, em articulação concreta com os contextos de trabalho, partindo de uma lógica de resolução de problemas. Assim, podemos concluir que o supervisor de ensino clínico, é um enfermeiro que tem um papel pedagógico com uma forte componente relacional, como temos vindo a acentuar. À sua competência pedagógica é de esperar que alie o domínio dos saberes, habilidades e competências técnico-científicas da sua profissão. É essencial que o supervisor de ensino clínico, seja capaz de mobilizar e dominar a teoria e a prática no sentido de facilitar o raciocínio profissional que fundamente a acção concreta (Carvalho, 2003).

E4 e E5 referem ter frequentado acções de formação em serviço: *“(...) já fiz várias acções de formação ligadas à orientação de alunos: “como conduzir reuniões de grupo”; “gestão de conflitos” e... penso que mais uma ou duas, na área da psicologia, (...) que nos ajudaram bastante...”*;

“(...) embora com algumas falhas, contudo, já recebi algumas bases, já me foi dada alguma formação sobre orientação de alunos em estágio...”.

Entre os agentes da formação obtida, destaca-se também, o próprio supervisor clínico. Com efeito, cinco dos entrevistados referem-se ao autodidatismo do supervisor como prática comum. Vejamos o que nos diz um dos inquiridos: *“(...) o que nós notamos é que quando queremos saber algo mais sobre investigação, sobre formação, sobre pedagogia, temos que ser nós a pesquisar por conta própria...”* (E3).

Na fluência do seu discurso E7 refere ter o Curso de formação de Formadores e estar a terminar a Licenciatura em Ciências da Educação.

Terminada a análise temática desta categoria sintetizamos os principais resultados:

- Segundo os testemunhos dos supervisores de ensino clínico entrevistados o Curso de Complemento de Formação, no âmbito supervisoivo, é tido como algo muito positivo, justificando esta posição, o facto de no currículo do curso, constar uma cadeira de Ciências da Educação, que lhes conferiu algum *“Know-How”* pedagógico para o exercício supervisoivo. Também um dos entrevistados valorizou, como modalidade de formação obtida, o facto de possuir o Curso de Formação de Formadores, e ainda, estar a terminar a Licenciatura em Ciências da Educação. Inferimos então que, o conhecimento necessário ao desenvolvimento da actividade do supervisor tem o marco incontornável da formação académica formal ou escolarizada que, de acordo com Canário (1997), assenta em estratégias e modalidades de formação tributárias de uma epistemologia de raiz positivista, centrados na dimensão técnica, caracterizando-se pela sua extraterritorialidade;

- Para os sujeitos entrevistados, a pertença a um contexto profissional constitui também um tempo e um lugar de reflexão e produção de novos conhecimentos. Assim, a importância do meio constituído pelos colegas e outros profissionais da equipa multidisciplinar, constituiu uma modalidade importante da formação obtida. Neste sentido, a dimensão social do trabalho fica evidenciada. O facto de o sujeito estar em contexto real de trabalho, faz com que ele possa interagir com outros actores que o levam ao encontro de importantes aprendizagens, impossíveis de realizar apenas em contexto escolarizado de formação. Do discurso dos entrevistados, emergiu ainda o peso do autodidatismo mediatizado pela pesquisa bibliográfica e o recurso às “novas tecnologias de informação”. Também acções de formação em serviço, foram consideradas contributos importantes, para a formação destes supervisores, bem como algumas formações obtidas, no âmbito de uma parceria com uma Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

6. Expectativas Quanto à Formação Desejada

A análise das solicitações formuladas pelos supervisores de ensino clínico, relativamente à formação a que aspiram, permite iluminar, de um outro ângulo, as necessidades de formação, tal como podem ser expressas pelos próprios.

A emergência de necessidades faz-se, num quadro de limites e possibilidades, dependendo de condições sociais e individuais e mesmo de condições técnicas e metodológicas. Também a implicação dos actores, segundo a revisão bibliográfica por nós efectuada, refere que ela não é somente desejada, mas imprescindível e necessária ao funcionamento do processo. Contudo, como vimos no enquadramento teórico, a análise de necessidades alimenta práticas muito diferenciadas, isto é, pode situar-se ao serviço de processos de formação essencialmente tecnológicos, orientados para um produto pré-definido, ou sustentada em concepções mais humanistas, orientadas para processos abertos, cientes da complexidade do real e das múltiplas dimensões da intervenção pedagógica.

As necessidades estão vinculadas a interesses. Contudo, como já referimos, *"(...) as necessidades não são propriamente determinantes, mas negociadas e produzidas, num complexo processo em que as ofertas de formação, as exigências institucionais e as expectativas dos formandos, são dialecticamente equacionadas"* (Ferry, 1987; Lesne 1984 *apud* Rodrigues, 1999:188). Deste modo, o supervisor de ensino clínico, pode tomar consciência das discrepâncias, do hiato entre o realizado e o desejado, com a consequente decisão sobre como diminuir ou anular esse efeito numa óptica de aprofundamento e negociação pessoal↔institucional.

As unidades de registo inventariadas no discurso dos inquiridos relativamente a esta temática, foram agrupadas em quatro categorias, a saber:

- Finalidades desejadas, com 53 unidades de registo;
- Dispositivo organizacional desejado, 35 unidades de registo;
- Conteúdos desejados, 48 unidades de registo;
- Formadores desejados, 52 unidades de registo.

6.1. Finalidades desejadas

Ao longo dos seus discursos, os onze sujeitos entrevistados revelaram as finalidades que desejavam no que concerne à sua formação, conforme podemos observar no quadro 17. Verificamos também que da análise desta categoria emergiram três subcategorias, a saber:

- Obter mais e melhores conhecimentos;
- Melhorar o desempenho
- Obter apoio nas práticas

A aprendizagem nos adultos é concebida como um processo de transformação e construção pessoal, em relação aos seus conhecimentos, convicções, comportamentos e atitudes, resultante de uma experiência (Alarcão, 2001; Tavares a Alarcão, 1989). Neste sentido, obter mais e melhores conhecimentos, traduz os objectivos e as aspirações de mais de metade dos sujeitos entrevistados, materializando-se no obter formação em áreas lacunares. Para outros, trata-se mesmo de esperar que se abram perspectivas novas e que se descubram conhecimentos de que nem se suspeita a existência.

Importa salientar que, na generalidade dos discursos feitos, para além da necessidade que sentem de preencher as lacunas detectadas, é notória “alguma sede” de aprender genericamente mais acerca desta “nova função” que é a supervisão em ensino clínico.

Quadro 17
Finalidades desejadas

CATEGORIA: <i>Finalidades Desejadas</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
Obter mais e Melhores Conhecimentos	➤ Obter Formação em Áreas Lacunares	17	32,0%	6	54,6%
	➤ Valorizando-se Pessoalmente	1	1,9%	1	9,1%
Melhorar o Desempenho	➤ Obter Segurança e Correção nas Práticas Supervisivas	14	26,4%	5	45,5%
	➤ Formar Melhores Profissionais	4	7,5%	4	36,4%
	➤ Aumentar a Qualidade dos Ensinos Clínicos	1	1,9%	1	9,1%
	➤ Melhorar os Cuidados aos Utentes	2	3,8%	2	18,2%
	➤ Ter Apoio Pedagógico Genérico	1	1,9%	1	9,1%
Obter Apoio nas Práticas	➤ Haver Explicitação dos Objectivos do Ensino Clínico	3	5,7%	2	18,2%
	➤ Ter apoio de Alguém do Serviço/Instituição	10	18,9%	2	18,2%
	TOTAL DA CATEGORIA	53	100%	11	100%

As palavras de E2 e de E3 podem documentar bem esta perspectiva: “(...) nós estamos a colaborar na formação teórico-prática dos alunos, basicamente mais prática, em virtude de se tratar de um ensino clínico. (...) Como existem lacunas na nossa formação, logo todo o tipo de “aportes” [formação] são muito bem vindos...abrem-nos novas perspectivas...”;

“(...) sempre senti vontade de fazer o curso de formação de formadores, (...) talvez se o tivesse feito me sentiria mais à vontade no papel de orientador... Sabes o meu principal problema é que, não sei se os colegas pensam assim mas... é nem sequer ter a noção concreta das minhas dificuldades, vou-as descobrindo à medida que os estágios decorrem e sou confrontado com elas...”.

Aproximadamente metade dos supervisores de ensino clínico considera que a formação deveria permitir um melhor desempenho, quer no que toca a obter segurança e correcção nas práticas supervisivas, quer no intuito de formar melhores profissionais. Vejamos o que nos disseram os próprios sujeitos: “(...) *falamos de formação... Isso é muito importante, pois permitir-me-ia tomar contacto com técnicas precisas que me facilitariam a administração de conhecimentos, técnicas relacionais, (eu sei que estou a bater muito na tecla do relacional), (...) talvez obter mais conhecimentos nas áreas do ensino, da Pedagogia... penso que seria por aqui...*” (E2).

“(...) *o mais importante, como já disse [relativamente à formação dos supervisores], é melhorar o processo de aprendizagem para termos melhores enfermeiros no futuro...*” (E5).

Obter apoio nas práticas foi também uma finalidade desejada, segundo cinco dos entrevistados, manifestada por indicadores tais como: ter apoio pedagógico de alguém da Instituição/serviço paralelamente ao apoio que viesse a ser disponibilizado pelas Escolas; uma melhor explicitação dos objectivos de ensino clínico por parte das Escolas e ainda apoio pedagógico genérico. Melhorar o desempenho, na dimensão da valorização pessoal e no sentido de aumentar a qualidade dos ensinamentos clínicos foi também referido por um dos entrevistados.

Pelo exposto, parece-nos óbvio que na enfermagem, à semelhança das outras profissões, há necessidade de actualização, ou até mesmo de construção ou reconstrução constante dos conhecimentos. Esses conhecimentos emergem da prática, ou seja, os enfermeiros “(...) *dos seus múltiplos saberes constroem, caso a caso, um saber integrado, coerente e ajustado, do qual fazem arma*” (Sá-Chaves, 2000:92), pois “(...) *nunca foi tão evidente que todo o conhecimento se apresenta incerto, instável e efêmero (...) os contextos se apresentam também eles instáveis e incertos, porque vivos e dinâmicos, gerando em si mesmos (...) as condições que tornam sempre cada situação em caso único, sempre singular e em evolução (...) um processo de inacabamento (...) garante a possibilidade do seu aprimoramento (...) acesso a níveis da mais elevada qualidade*” (p. 89).

Face às aspirações enunciadas pelos sujeitos entrevistados, reiteramos o que afirmámos no enquadramento teórico: a formação dos supervisores de ensino clínico deverá ser, um tipo de actividade permanente, sistematizada e planeada, fundamentada nas necessidades (segundo a definição de necessidade, por nós adoptada), na perspectiva da profissão, orientada para a formação de competências, de atitudes, de qualidades da personalidade do futuro enfermeiro supervisor, a fim de objectivar um programa formativo que leve em conta o nível dos enfermeiros, as suas experiências, necessidades, tanto particulares como colectivas, que emanam da prática.

A finalidade da formação, à luz do actual contexto, diz respeito ao desenvolvimento das pessoas e não apenas à aquisição de conhecimentos ou de técnicas. Os actuais cenários apontam para a valorização de saberes de outra natureza, relacionados, nomeadamente com a autonomia, a adaptabilidade, o aprender a aprender. A tónica tem de ser posta na aquisição e desenvolvimento de novos saberes e competências, no desenvolvimento global do supervisor e não apenas na aquisição de saberes específicos. Segundo Gonçalves (2004:73), o desenvolvimento de saberes pedagógicos nos supervisores de ensino clínico consegue-se, se estes estiverem empenhados em desenvolver:

- *Uma prática reflexiva.* Os supervisores devem desenvolver conhecimentos, na acção e sobre a acção (Alarcão, 1992), pois só assim, serão capazes não de resolver problemas mas também de equacionar problemas e de tomar decisões (Vieira, 1993);
- *Uma metodologia de desenvolvimento pessoal.*
- *A inovação pedagógica.* Os supervisores, através de uma reflexão crítica, deverão ser capazes de produzir saberes, utilizar novos recursos e novas práticas, pois encontram-se em situação privilegiada para disseminar e ajudar a implementar mudanças. Para tal, é necessário que a sua preparação profissional fomente inovação, a experimentação pedagógica e a reflexão crítica (Nogueira et al, 1990).

- *A investigação activa e a experimentação pedagógica. O desenvolvimento “crítico”, a investigação deve habitar na preparação profissional de todos aqueles que se dedicam à formação de outros (Rodrigues, 2001).*

6.2. Dispositivo organizacional desejado

Conforme se pode verificar pela leitura do quadro 18, da análise do dispositivo organizacional desejado, foram obtidas três subcategorias, a saber:

- Organização formal desejada
- Formar em parcerias
- Estratégias desejadas

Estas, compreendem um total de seis indicadores e trinta e cinco unidades de registo.

Dos aspectos de organização referidos, salientamos que o discurso dos sujeitos entrevistados incidiu essencialmente, sobre as estratégias de formação desejadas, como atestam o número de unidades de registo relativas a esta categoria. Assim, seis dos supervisores entrevistados, referem como estratégias desejadas o uso de estratégias diversificadas, tais como: estratégia expositiva, *brainstorming*, partilha de vivências, *role-Play*, discussão de casos, etc. As palavras de E7, podem documentar bem esta perspectiva: “(...) *Tens que colocar as pessoas a pensar sobre casos muito práticos, por exemplo, situações problema, arranjar situações –problemas, em que podíamos, ou por dramatização, ou por discussão de casos concretos, pôr esses enfermeiros, em formação, a discutir esses casos: Olha! Temos um aluno, assim, assim., assim...Qual a melhor forma de o colocar aprender? Qual a melhor forma de lidar com esta situação*”.

Quadro 18
Dispositivo organizacional desejado

CATEGORIA: <i>Dispositivo Organizacional Desejado</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
Organização Formal Desejada	➤ Deverá ser Frequentado em Régime de Voluntariado	4	11,5%	1	9,1%
	➤ Deverá ser Uma Formação Teórico-Prática	3	8,6%	3	27,3%
	➤ Deverá ter Metodologias, Conteúdos e Estratégias Definidas	2	5,7%	1	9,1%
Formar em Parcerias	➤ Através de "Colaborações Pontuais" com as Escolas Superiores de Enfermagem	7	20,0%	3	27,3%
	➤ Através de "Protocolos" entre a Instituição de Saúde e as Escolas Superiores de Enfermagem	6	17,1%	4	36,4%
Estratégias Desejadas	➤ Uso de Estratégias Diversificadas; (Expositiva, <i>Brainstorming</i> , Partilha de Vivências, <i>Role-Play</i> , Discussão de Casos, etc.)	13	37,1%	6	54,6%
TOTAL DA CATEGORIA		35	100%	9	81,8%

No que respeita às estratégias formativas, sendo a enfermagem uma ciência que emerge da prática e que, desde sempre, esteve ligada a contextos práticos onde reina a imprevisibilidade, o paradigma de formação por nós escolhido para enquadrar o ensino clínico é o modelo reflexivo-construtivista e de resolução de problemas, logo as estratégias de formação serão variadas de acordo com os contextos, com os actores e os recursos disponíveis. Assim, segundo a estratégia definida as técnicas e métodos dos quais o supervisor pode dispor são, por exemplo, os apresentados no enquadramento teórico: Perguntas pedagógicas, narrativas, análise de casos, portfólios reflexivos, observação, trabalho de projecto e a investigação-acção.

Formar em parceria é outro aspecto relevante para mais de metade dos sujeitos entrevistados, embora com opiniões não coincidentes. Com efeito, enquanto que para quatro dos sujeitos as parcerias devem ser efectuadas através de protocolos de cooperação entre a Instituição de Saúde e as Escolas Superiores de Enfermagem, para três dos entrevistados é suficiente estabelecer colaborações pontuais, com um fim único: a preparação dos ensinos clínicos. Ilustrando as duas posições, vejamos o que nos dizem os supervisores: “(...) não tenho qualquer dúvida sobre essa questão [orientação em parceria]. Penso inclusive, que os departamentos de formação dos hospitais deveriam pensar seriamente nesta questão e tirar um partido mais efectivo, implicando as escolas nesse processo... Já li coisas acerca de parcerias (...) contudo continuo a pensar que, aqui em Lisboa tirando a Escola F.R., o resto é só conversa...”(E8)

“(...) As Escolas têm pessoas preparadas com esse tipo de formação [pedagógica], deveriam, quando pedem um campo de estágio, (...) deveriam fazer uma prévia formação aqueles que fossem orientar os alunos, especialmente porque, estes estágios do 3º ano são longos, são de 245 horas, onde nós quase que nos transformamos nos seus principais professores...” (E3).

Vários são os autores que, nos seus estudos, se referiram à problemática das parcerias na formação em enfermagem (Nóvoa, 1992; Pinto, 1995; D’Espiney, 1997; Franco, 2000; Abreu, 2003; Carvalhal; 2003; Simões, 2004). Em nosso entender, as parcerias na formação em enfermagem e na supervisão em ensino clínico mais concretamente, 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 relações, a possibilidade de uma cooperação” (Nóvoa, 1992:30).

Hoje, é efectivamente sabido que, um número vasto de saberes, nomeadamente de saberes práticos, escapam a muitos dos professores afastados do exercício da

profissão, como também, saberes teóricos, escapam a muitos enfermeiros (D'Espiney, 1997). Neste sentido, como referimos no enquadramento teórico, vemos a cooperação entre enfermeiros das Instituições de Saúde e docentes das Escolas Superiores de Enfermagem, na supervisão dos estudantes, nas práticas clínicas, para além de um modo de facilitar a aproximação entre os dois grupos profissionais, permitir, uma orientação mais rica e completa, com cada um dos supervisores a colocar ao serviço da formação e dos estudantes os saberes que melhor dominam (Carvalho, 2003).

Esta ideia é partilhada por outros autores. Guerrish (1992) é de opinião que os supervisores de ensino clínico e os docentes de enfermagem devem funcionar de tal forma que se possam enriquecer mutuamente com as contribuições de cada uma das partes. Mott, citado por Mendonça (1996), fala-nos de um "*ensino de parceria*", em que os pares (neste caso os docentes e enfermeiros) colaboram e reflectem criticamente nas suas experiências de trabalho, em ordem à resolução de problemas e evitando a sensação de isolamento sentida por muitos docente e supervisores.

No mesmo sentido, Abreu (2003) refere que cada instituição deve definir o seu próprio modelo de supervisão, no qual se possa perceber uma ideia consistente, coerente e objectiva sobre o acompanhamento clínico e relação com as Escolas. Assim, deverão ter objectivos comuns, com partilha mútua de recursos e de informação com a aproximação efectiva entre os actores envolvidos num regime de complementaridade e co-responsabilidade preservando, no entanto, a necessária flexibilidade e individualidade, uma vez que, muitas das Instituições de Saúde lidam com escolas diferentes, intrinsecamente com realidades formativas diferentes. Sugere ainda o autor que deve ser redigido, em cada Instituição/Serviço, um manual de supervisão, que deverá incluir: "*(...) a política institucional nesta área e um conjunto de indicações precisas: estratégias de promoção e certificação da qualidade; sistemas de registo e intercâmbio de informação.*

Perante a possibilidade de apoiar segmentos de formação diferenciados, devem identificar-se quais as práticas que os alunos devem dominar” (p.62).

Relativamente à organização formal desejada, encontramos referências, aparentemente menos significativas, que contudo não deixam de expressar o desejo de alguns entrevistados:

- Deverá ser frequentado em regime de voluntariado
- Deverá ser uma formação teórico-prática
- Deverá ter metodologias, conteúdos e estratégias bem definidas

Em jeito de conclusão, dado que, a problemática do nosso estudo se situa nas necessidades de formação dos supervisores de ensino clínico na formação inicial em enfermagem, existem algumas dimensões fundamentais que um dispositivo de formação destes actores não pode olvidar. A saber:

- Centrar-se nas situações naturais, no genuíno desejo de melhoria das práticas profissionais, na colaboração crítica dos pares que partilham o mesmo local e os mesmos problemas e ainda, no partenariado com outros profissionais, detentores de conhecimento teórico e prático que possa enriquecer o processo supervisivo;
- Contribuir para o desenvolvimento profissional satisfazendo as suas necessidades e resultando numa melhoria do desempenho. Para isso, torna-se fundamental dotar os profissionais de instrumentos de trabalho sólidos, de conhecimentos, de destrezas mas também, de formas de acessória e assistência de modo a superem as dificuldades sentidas e a facilitar a construção e o desenvolvimento de um conhecimento prático (Rodrigues, 1999).

6.3. Conteúdos desejados

Quais são os temas, as disciplinas, os saberes ansiados pelos supervisores de ensino clínico a propósito da formação ideal/desejada?

O quadro 19 apresenta, em síntese, as três áreas fundamentais de conteúdos que emergiram da análise do discurso dos onze sujeitos entrevistados. Façamos a sua leitura:

Quadro 19
Conteúdos desejados

CATEGORIA: <i>Conteúdos Desejados</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQÜÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
Psicologia	➤ Psicologia	3	6,3%	3	27,3%
Ciências da Educação	➤ Pedagogia	12	25,0%	8	72,7%
	➤ Estratégias de Supervisão	5	10,4%	5	45,5%
	➤ Avaliação	16	33,3%	10	90,9%
	➤ Metodologias de Formação	8	16,6%	5	
	➤ Metodologias Reflexivas	1	2,1%	1	9,1%
Enfermagem	➤ Áreas Técnicas e/ou Específicas da Enfermagem	3	6,3%	3	27,3%
TOTAL DA CATEGORIA		48	100%	11	100%

A julgar pelo número de sujeitos e ainda pelo número de unidades de registo, os conteúdos da formação desejada, deveriam versar substantivamente temáticas relacionadas com as Ciências da Educação. À semelhança do ocorrido no tema das dificuldades percebidas e/ou sentidas pelos supervisores, também nesta temática, a avaliação volta a ter um peso importante, sendo referido por dez dos sujeitos, conforme se pode verificar pelo testemunho de (E3): "(...) nós

[supervisores de ensino clínico], *precisamos é de formação pedagógica para melhorarmos a avaliação*".

Seguidamente, o conteúdo mais versado nas narrativas dos supervisores prende-se com temáticas de foro pedagógico, conforme sugere (E5): *"(...) de uma forma curta e clara: espero dessa formação, "não receitas", pois cada orientador, cada aluno e os contextos são únicos, mas um "Know-how pedagógico"*. Estratégias de formação, metodologias de formação e metodologias reflexivas foram ainda conteúdos evocados pelos sujeitos entrevistados.

Parece ser também uma aspiração, para três dos entrevistados, obter formação quer no âmbito das Ciências de Enfermagem (nomeadamente ao nível das técnicas), quer da Psicologia. Desta última, esperam obter sobretudo, conhecimentos que lhe facilitem estabelecer uma atmosfera afectivo-relacional envolvente com o estudante, como exemplifica (E6): *"(...) [obter formação em] qualquer coisa na área comportamental... É importante para um orientador saber-ser e estar, para que consiga estabelecer uma boa relação, uma relação empática com o aluno..."*.

A formação pedagógica dos supervisores de ensino clínico, sejam eles docentes ou enfermeiros tem sido, segundo Abreu (2003), uma preocupação para alguns autores. À semelhança do que foi referido nos depoimentos dos nossos entrevistados, alguns estudos sugerem a necessidade de uma maior atenção para os conteúdos das Ciências da Educação nomeadamente, Psicologia da Educação, Pedagogia, Desenvolvimento Curricular e Relação Pedagógica, devido à necessidade de alargar a informação dos formadores em áreas como as pedagógicas-psicológicas, bem como o desenvolvimento de práticas educativas (Esteves e Rodrigues, 2003) e também reflexivas, acrescentaríamos nós.

Como referimos no enquadramento teórico, a propósito da formação dos supervisores de ensino clínico, a enfermagem portuguesa já deteve os seus

próprios instrumentos formativos de resposta às necessidades dos docentes e de todos aqueles que de alguma maneira colaboravam na formação em enfermagem, entre eles o Curso Complementar de Ensino e o Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem, actualmente inexistentes. Assim, em jeito de sugestão, Abreu (2003:59), apresenta-nos um programa de formação levado a cabo na Universidade de Ciências da Saúde de Karolinska, em Estocolmo, do qual destaca os seguintes aspectos do programa de formação:

- *Introdução ao ensino clínico: Modelo, recursos e responsabilidades;*
- *Teorias da aprendizagem, formação de adultos e teorias de enfermagem;*
- *O ciclo de aprendizagem clínica;*
- *Estratégias de ensino-aprendizagem;*
- *Avaliação da actividade clínica.*

6.4. Formadores desejados

Não tendo existência objectiva, sendo construções mentais, as necessidades de formação, dificilmente serão construídas sem a assistência de formadores (profissionais e qualificados) que interroguem, ajudem a explicar e a aprofundar os desejos, as carências, os interesses, as dificuldades, os projectos dos supervisores de ensino clínico, não apenas no quadro do levantamento a partir das expectativas dos sujeitos, mas também no que concerne ao traçado das exigências das organizações, no caso, Instituição de Saúde e Escolas Superiores de Enfermagem.

Neste sentido, dez dos supervisores de ensino clínico pronunciaram-se acerca do perfil ideal do formador. Os dados obtidos pela análise de conteúdo dos seus discursos, fizeram emergir quatro subcategorias, compreendendo onze indicadores e um total de 56 unidades de registo, conforme se pode verificar pela observação do quadro seguinte:

Quadro 20
Formadores desejados

CATEGORIA: <i>Formadores Desejados</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
Formadores do Serviço de Saúde	➤ Pessoas com Disponibilidade e Capacidade para Colaborar na Formação e Apoio dos Supervisores	9	16,1%	7	63,6%
Formadores das Escolas Superiores de Enfermagem	➤ Para Transmitirem Conhecimentos Pedagógicos aos Supervisores	7	12,5%	6	54,5%
Formadores Organizados em Parcerias (Serviço de Saúde - Escolas Superiores de Enfermagem)	➤ Aliar a Experiência Clínica ao Conhecimento Pedagógico	5	8,9%	5	45,5%
Perfil Ideal de Formador	➤ Com Experiência Teórico-Prática	8	14,3%	6	54,5%
	➤ Com Características Pessoais Adequadas	1	1,8%	1	9,1%
	➤ Ter Postura:	3	5,4%	3	27,3%
	➤ Ser Paciente	1	1,8%	1	9,1%
	➤ Ser Competente	11	19,6%	8	72,7%
	➤ Ser Bom Comunicador	7	12,5%	7	63,6%
	➤ Que saiba relacionar-se	1	1,8%	1	9,1%
	➤ Ter formação	3	5,4%	2	
TOTAL DA CATEGORIA		56	100%	10	90,9%

Em primeiro lugar, constata-se uma grande divergência de opinião, entre os inquiridos. Assim, sete dos sujeitos, alegam que os formadores deveriam ser da própria Instituição/Serviço, argumentando diversas razões. Com efeito, para E1, deveria "(...) ser para quem tem, sobre tudo, disponibilidade", já para E8, as

razões prendem-se com o facto de no Serviço, existirem indivíduos com conhecimentos na área das Ciências da Educação: *"(...) penso que no caso do nosso Serviço, temos alguns elementos com formação em Ciências da Educação, que poderiam promover acções de formação no Serviço... tipo, como hei-de dizer, formação de formadores. Penso que isto, seria uma mais valia para os orientadores e para os próprios poderia também ser estimulante. Inclusive, na próxima reunião com a Chefia do Serviço, tenciono propor o que te estou a dizer..."*. Ainda razões de "aculturação do Serviço" pelas Escolas, são mencionadas por E9, como argumento, defende que a formação deverá ser efectuada pela *"(...) prata da casa"*(E8): *"(...) deverá ser, na minha opinião, alguém que não seja da Escola porque, cada Escola tem a sua cultura, a sua forma de estar e muito provavelmente, ir-nos-ia passar isso e, quando tivéssemos alunos de outra Escola, poderia haver "choques culturais", enquanto se for alguém do serviço, transmitirá os conhecimentos de uma forma isenta..."*.

Seis dos sujeitos entrevistados discordam em absoluto das razões anteriormente apontadas e afirmam que a formação deveria ser levada a cabo por formadores das Escolas Superiores de Enfermagem *"(...) porque no fundo, são eles [docentes], as pessoas mais indicadas para fazer esse tipo de formação, (...) além de que, haveria uma postura mas racional, mais homogénea, haveria um conceito mais unido entre o que é a vertente prática e o que é a vertente escolar..."* (E1).

Ainda para cinco dos sujeitos, a formação deveria ser efectuada em parceria (Serviço de Saúde-Escolas Superiores de Enfermagem), como forma de aliar a experiência clínica ao conhecimento pedagógico, no sentido de, como refere E7, limitar o distanciamento entre a teoria e a prática: *"(...) o ideal seria sempre, (...) a Escola juntamente com os enfermeiros do Serviço fazerem essa formação, escolherem alguém do serviço e também da Escola e um número de orientadores adequado às necessidades. Isto na minha opinião permitiria uma real parceria. (...) Era uma forma de aproximar as Escolas aos Serviços porque, (...) se todo o projecto formativo não vai contemplar uma relação estreita entre os dois grupos, entre os professores e os enfermeiros, (...) vai ser muito difícil, só com formação resolver esta problema do afastamento da teoria da prática. (...) Portanto o problema do distanciamento teórico-*

prático, não se resolve per si, apenas colocando os alunos entregues a um orientador, por muito bons que eles sejam. (...) Essencialmente, acho que todo o projecto de ensino clínico, tem que ser pensado com a Instituição [de Saúde]. Primeiro, num sentido mais macro, entre a Instituição e a Escola; depois entre professores e orientadores e... porque não os alunos”.

Relativamente, à questão se a formação dos supervisores deve ser uma incumbência da própria Instituição de Saúde, das Escolas Superiores de Enfermagem ou ambas, Carvalho (2003) é peremptória: “(...) o caminho a seguir, (...) será o de evoluir da orientação clínica em colaboração Escola/Organizações de Saúde para parcerias plenas, onde os parceiros da orientação clínica tenham poderes e responsabilidades idênticas...” (p.179). Também nós pensamos, que esta será uma forma de formar supervisores competentes que actuem num Sistema de Saúde que se adivinha portador de muitas dificuldades e que, como afirma Nóvoa (1988:12): “(...) face às rápidas mudanças tecnológicas e à desactualização constante dos conhecimentos (...), o sucesso educativo passa pela capacidade de formar indivíduos capazes de se reciclarem permanentemente...”.

No que respeita ao perfil ideal do formador, constata-se uma grande dispersão dos traços referidos. Porém uma leitura mais atenta permite verificar que esses traços descrevem de forma homogénea o formador ideal - “(...) ser alguém que faz despertar para a riqueza, para a maravilha do outro, bem como, para as coisas da vida (...), ser um revelador da beleza dos cuidados de enfermagem...” Hesbeen (2000:131). Vejamos:

- Deve ser competente, actualizado e sabedor na sua área, o que parece implicar não só a posse de um saber mas também a sua aplicação, como refere, por exemplo E5: “(...) é quase um resumo de tudo aquilo que já foi dito, deviam ser pessoas actualizadas, com conhecimentos e sobretudo, competentes e que saibam da realidade...”;

- Deve ser um bom comunicador, “(...) é necessário alguém que saiba comunicar bem, que saiba expressar-se, para mim isso constitui uma grande qualidade num formador...” (E10);
- Deve ter experiência teórico-prática, isto é, deve ter conhecimentos acerca das Ciências de Enfermagem, mas também acerca da prática do cuidar. “(...) deverá ser alguém, que para além de ter bagagem teórica, seja muito experiente, que tenha um contacto muito proximal com a prestação de cuidados...”(E10);
- Deve ter “características pessoais adequadas”, “ter postura” e “ser paciente” (E1);
- Deve ter formação, “(...) não necessita ser licenciado em Ciências da educação mas, pelo menos deverá ter o curso de formação de formadores, ou outro que o habilite a dar formação...”(E1);
- Deve saber relacionar-se, deve “(...) ser alguém que saiba relacionar-se com os orientadores, um indivíduo pode ser muito bom técnico na área da saúde mas, se depois não é uma pessoa que saiba relacionar-se, é capaz de não ser um bom formador...”(E10).

Terminada a análise desta temática, sintetizamos os seus resultados:

- No dizer dos entrevistados, se delineassem agora o seu projecto de formação as finalidades pretendidas eram: obter mais conhecimentos em áreas lacunares, incluindo aqueles que desconhecem que existem e são úteis; melhorar o seu desempenho, obtendo segurança e correcção nas práticas supervisivas, no intuito último, de obter melhores profissionais e alcançar apoio e ajuda nas mesmas;
- Ao enunciarem o dispositivo organizacional desejado, emerge do discurso dos sujeitos, a necessidade de existir um esforço para um trabalho comum entre os docentes e os supervisores da Instituição de

Saúde no sentido da partilha de recursos e de informação, num clima de co-responsabilização e complementaridade tal como nos propõem Santos (1999) e Abreu (2003). No entanto, não nos parece clara, sob que forma essa parceria se irá concretizar, uma vez, as opiniões se encontrarem divididas entre colaborações pontuais, no sentido da programação dos ensinos clínicos ou então, no estabelecimento de verdadeiras parcerias como são preconizadas por vários autores (Santos, 1999; Abreu, 2003; Carvalhal, 2003; Franco, 2000). É ainda importante na opinião dos nossos entrevistados, que a frequência dessa formação seja efectuada de forma voluntária.

Relativamente às estratégias de formação, a opinião dos supervisores é diversificada, centrada na prática, mas sem menosprezar a teoria com que aliás, se deve articular, recorrendo a estratégias expositivas; Brainstorming; partilha de vivências, *Role-play*, discussão de casos... A formação surge, deste modo, desenhada com traços que a identificam mais com as práticas da formação contínua do que com as formas escolares, transmissivas e mais teóricas usuais na formação inicial;

- Globalmente podemos afirmar que as necessidades de formação, deduzidas do discurso dos supervisores relativamente ao projecto de formação que elaborariam para si próprios, se situam nos seguintes domínios:
- *Relação Pedagógica*, com incidência nos aspectos relacionais, dinâmicas de grupo, gestão de conflitos, no intuito de melhorar a relação supervisor↔estudante;
 - *Planeamento e avaliação*, no sentido de obter conhecimentos em domínios pedagógicos tais como, definição de objectivos, estratégias, métodos e técnicas de formação/avaliação em contexto clínico, de modo a

que estes, possam reflectir uma análise cuidada das aprendizagens conseguidas face às planeadas (congruência);

- *Obtenção de conhecimentos em áreas específicas da enfermagem*, detectadas como áreas lacunares, ou no sentido da melhoria do desempenho dos supervisores.

O conjunto destes conteúdos de formação, reveladores das necessidades percebidas pelos sujeitos, sugere um supervisor de ensino clínico preocupado com o ensino e os aspectos instrumentais, mas também com a aprendizagem dos estudantes e ainda, embora não explícito, com a relação interpessoal dos actores intervenientes no processo;

- No que respeita aos formadores desejados, existe alguma indefinição à semelhança da opinião expressa acerca do dispositivo organizacional, quanto à proveniência dos mesmos: da própria Instituição de Saúde ou da Escola. Contudo, parece ser claro para os nossos entrevistados, que existem vantagens e desvantagens em qualquer das opções. Talvez por este motivo, refiram também que uma das soluções passa por ter formadores em parceria como forma de aliar a experiência clínica ao conhecimento pedagógico e desse modo, inferimos nós, contribuir para colmatar a dicotomia teoria/prática.

Por último, pensamos encontrar reforço para afirmação de Hesbeen (2000), nas características apontadas como desejáveis nos formadores: Ter experiência teórico-prática, características pessoais adequadas à função, ser bom comunicador, ter postura, ser paciente e sobretudo ser competente.

CONCLUSÕES GERAIS

Ao terminarmos o nosso estudo é o momento de fazermos uma reflexão global sobre a fundamentação teórica, as opções metodológicas, os resultados e sobretudo, de elaborarmos conclusões de acordo com as questões de investigação e os objectivos gizados inicialmente, e ainda, sugerir questões para investigações futuras.

Ficou claro na primeira parte do nosso estudo, que o ensino clínico é considerado pelos mais diversos autores como um momento privilegiado e nobre na formação em enfermagem, facto este que pode ser certificado pela opinião dos mais diversos autores consultados e ainda pelo tempo curricular atribuído ao mesmo. Optámos pelo estudo das *necessidades de formação dos supervisores de ensino clínico*, uma vez que, ao longo da nossa trajectória profissional, verificámos dificuldades de vária ordem relativamente ao modo como os supervisores de ensino clínico exercem a respectiva função, e ainda ao facto de estes, conforme ficou claro ao longo do nosso estudo, não terem sido preparados/formados para serem supervisores mas sim enfermeiros.

Neste sentido, propusemo-nos compreender as representações acerca das necessidades de formação, tal como poderiam ser percebidas e expressas pelo grupo de supervisores de ensino clínico por nós entrevistados, surgindo assim, como objectivos pertinentes: obter elementos que caracterizassem as representações dos supervisores de ensino clínico face à sua actividade supervisiva; recolher informação sobre as práticas que proporcionam satisfação/insatisfação no âmbito supervisivo; recolher informação sobre as práticas geradoras de dificuldades e problemas no quotidiano supervisivo; conhecer as necessidades de formação percebidas pelos supervisores no campo da supervisão em contexto clínico; conhecer as expectativas dos supervisores de ensino clínico quanto à formação desejada e identificar em que medida as características das instituições (onde decorre o ensino clínico e/ou Escola Superior de Enfermagem), podem influenciar as necessidades de formação.

Estes objectivos traduziram-se em questões de investigação, que se clarificaram ao longo da pesquisa bibliográfica e análise de estudos relacionados com a nossa problemática: que funções são exercidas pelo enfermeiros enquanto supervisores de ensino clínico?, que problemas e/ou dificuldades mais frequentemente são sentidos pelos supervisores, durante o processo supervisivo?, que necessidades de formação sentem os supervisores, no âmbito da supervisão clínica?, em que medida as representações que os supervisores têm do processo supervisivo relativamente aos estudantes, à Escola, enquanto organização e às Instituições de Saúde, sugerem a existência de necessidades de formação?, em que medida as características do próprio supervisor sugerem a existência de necessidades de formação?

Relativamente à revisão bibliográfica consideramos que esta acção nos forneceu uma perspectiva do conhecimento existente sobre as necessidades de formação que, embora parco, nos permitiu uma sistematização das ideias principais ou conceitos relevantes sobre os quais construímos o estudo empírico. Após muitas leituras, fizemos a selecção dos conteúdos que nos pareceram mais pertinentes, adequados e relevantes.

Do ponto de vista metodológico pensamos que é pertinente referir, nesta conclusão, alguns dos aspectos mais relevantes que marcam o presente trabalho. O conceito de necessidade de que partimos, como resultante do confronto entre expectativas, desejos e aspirações, por um lado e, por outro, as dificuldades e problemas sentidos no quotidiano dos supervisores de ensino clínico entrevistados, revelou-se um útil instrumento conceptual, ainda que insuficiente para abordar a globalidade do fenómeno em estudo, uma vez que, assenta em concepções de necessidades não consensuais. Contudo, permitiu-nos apreender algumas necessidades já consciencializadas pelos sujeitos e tornou também possível detectar algumas intenções de desenvolvimento profissional dos inquiridos.

A recolha, a análise, a discussão, a negociação dos pedidos de formação dos entrevistados, definidos através dos seus desejos de mudança, das suas expectativas e dificuldades, parece ser uma estratégia fundamental a seguir na formação dos supervisores de ensino clínico, impondo-se como objectivo importante ajudar o supervisor a definir e a concretizar o seu projecto profissional em articulação, quer com a Instituição de Saúde com as suas condições específicas de trabalho, quer com as Escolas.

Neste sentido, este trabalho ficaria incompleto se não delineássemos algumas recomendações a considerar na possível elaboração de programas de formação de supervisores de ensino clínico em enfermagem, podendo também estas, constituir linhas de orientação para investigações futuras. Assim, sugerimos que:

- Seja concebida uma formação em supervisão clínica, não como um conjunto de actividades de ensino e de transmissão de conhecimentos, mas de acordo com um processo de apropriação pessoal de conhecimentos (técnicos e psico-pedagógicos), capacidades e atitudes, baseadas na reflexão, no sentido de desenvolver competências no supervisor que respondam às necessidades dos estudantes, da profissão e da sociedade;
- Seja desenvolvida uma supervisão de ensino clínico reflexiva que possibilite a articulação funcional da teoria e da prática, utilizando métodos e estratégias que favoreçam a participação activa dos estudantes, a reflexão sobre a realidade e a consequente mobilização de saberes;
- Seja reforçada a articulação, com o firmar de parcerias efectivas, entre as Escolas Superiores de Enfermagem e as Instituições de Saúde, integrando cada vez mais os enfermeiros nas diferentes fases de planeamento do ensino clínico e os professores nos problemas quotidianos dos serviços de saúde. Também em estreita colaboração devem reflectir e discutir

sobre modelos de formação e “modelos da prática”, no sentido de limitar dicotomias, discordâncias e contradições;

- Fazer participar os supervisores de ensino clínico, os mais experientes e mais dinâmicos, no acompanhamento da prática supervisiva dos que iniciam a função;
- Seja incentivada a investigação conjunta, relacionada quer com a prestação de cuidados, quer com a formação inicial e contínua dos enfermeiros, como forma de obter uma atitude de pesquisa permanente e de rigor perante o ensino;
- Seja promovida a análise de necessidades e a consequente negociação das representações e expectativas do formando e do formador, no quadro dos limites institucionais que a ambos condicionam.

Relativamente à metodologia utilizada, parece-nos que a entrevista semi-directiva permitiu detectar dificuldades de ordem geral, que podem constituir áreas temáticas ou temas de formação importantes, senão mesmo necessários, para os supervisores de ensino clínico. Contudo, permanece a questão de saber em que medida o discurso verbal dos entrevistados nos permite aceder às suas representações acerca das necessidades, nomeadamente àquelas de que o próprio não tem ainda consciência. Neste contexto, a utilização de outro dispositivo metodológico, para além da entrevista, poderia ter fornecido informação mais precisa ou colocado em evidência certos aspectos da informação recolhida.

Com efeito, a observação naturalista (Estrela, 1994) poderia aumentar a validade instrumental do estudo e o aprofundamento de algumas questões. Tratar-se-ia, no entanto, de ter acesso já não só ao pensamento do supervisor, mas à sua acção. Seria sempre interessante aprofundar o pensamento do supervisor a partir da análise da sua prática supervisiva em situações concretas. Neste sentido, julgamos que a recomendação de vários autores (Canário, 1990; Rodrigues 1991, Esteves, 1991; Leite, 1997; Amiguinho, 1997), que aponta para o

uso concomitante de outros instrumentos, é pertinente e relevante, pese embora a questão do tempo de realização deste trabalho e das próprias necessidades a que, muitas vezes, urge dar resposta.

Quanto à análise de conteúdo, tínhamos a noção de que era uma técnica trabalhosa, morosa e complexa mas, simultaneamente, sabíamos que a análise de conteúdo temática era a técnica indicada, segundo os autores consultados, para tratamento de dados obtidos através de entrevistas e o modo de efectuarmos o percurso que vai “(...) *da palavra dos sujeitos ao sentido pesquisado*” (Rodrigues, 1999).

Outra limitação deste estudo prende-se com o facto de ter sido efectuado apenas numa Instituição de Saúde de Lisboa e o número de sujeitos envolvidos na investigação ser reduzido. Salientamos contudo, que se trata de um estudo exploratório e que a preocupação fundamental do mesmo, é que possa servir de reflexão acerca da formação dos supervisores de ensino clínico em enfermagem, um contributo para a melhoria da formação inicial e contínua dos enfermeiros e também para a melhoria dos cuidados àqueles que dão razão de ser à nossa existência: *Os doentes*.

Contudo, este estudo exploratório facultou-nos um primeiro conjunto de dados que nos permite afirmar que os supervisores de ensino clínico entrevistados, gostam de exercer a função supervisiva, considerando-se modelos profissionais cujo papel pode ser operacionalizado em: ser *um prático* que orienta, facilita, avalia e transmite conhecimentos, mobilizando competências relacionais, pessoais, técnicas, comunicacionais e cognitivas, no sentido do desenvolvimento pessoal e profissional do estudante mas também do próprio supervisor.

Os resultados a que chegámos evidenciaram áreas problemáticas vividas como tal, pelos entrevistados, na sua actividade supervisiva. Constatámos porém, na generalidade, que se aproximavam das que tínhamos encontrado na literatura.

Assim, as grandes dificuldades enunciadas pelos supervisores polarizam-se, por um lado, na falta de interacção, de *feedback* e de apoio em geral, por parte das Escolas Superiores de Enfermagem em relação às instituições de saúde onde decorrem os ensinos clínicos, por outro, um sentimento geral de impreparação para a função supervisiva, manifestado por: dificuldades relacionadas com a avaliação dos estudantes, dificuldades relativas ao contexto, dificuldades na conciliação das funções supervisiva e de enfermeiro e, ainda, dificuldades relacionais supervisor-estudante. Foi também mencionada a falta de apoio e de envolvimento dos supervisores na definição/interpretação dos objectivos dos ensinos clínicos propostos pelas escolas e a inexistência de um perfil profissional de competências, que traduz o individualismo e modos de fazer diversos e específicos de cada supervisor, decorrentes das experiências prévias que vão sendo (re)elaboradas com as condições sociais de existência. Nestas condições participam circunstâncias várias, tais como, as condições de acesso à formação inicial, o currículo de formação inicial, a formação contínua, as condições de exercício profissional e a própria experiência de supervisão em ensino clínico.

Centrando a nossa atenção nas dificuldades enunciadas, bem como nas expectativas quanto à formação desejada, concluímos pelo estudo efectuado e apenas em relação aos sujeitos entrevistados, existirem necessidades de formação já consciencializadas e, por isso, verbalizadas mas também outras necessidades das quais os próprios aparentemente não têm consciência mas que puderam ser por nós inferidas, através da análise dos seus discursos e que, conforme foi referido anteriormente, de uma forma genérica, agrupámos em três domínios: necessidades de formação no domínio da *Relação pedagógica*, no domínio *planeamento e avaliação* e, ainda, no domínio da enfermagem

relativamente à obtenção de conhecimentos em áreas técnicas específicas no sentido da melhoria do desempenho ou em áreas lacunares que contudo, não foram afloradas nos seus discursos.

Face às necessidades de formação evidenciadas pelos supervisores de ensino clínico entrevistados, propomos um conjunto de objectivos e estratégias que nos parecem úteis, na elaboração de um plano de formação para os domínios da relação pedagógica, do planeamento e avaliação do processo de ensino-aprendizagem em ensino clínico:

➤ *Relação Pedagógica*

Partindo do reconhecimento de que o fenómeno que constitui o objecto da relação pedagógica é complexo, dado o conjunto de aspectos que nela estão em causa, resultantes da especificidade e disposições dos sujeitos em relação, dos elementos circunstanciais e dos objectivos que nela se têm em conta, uma hipotética formação nesta área deverá centrar os seus contributos exclusivamente nos domínios da relação supervisor↔estudante, no decorrer do ensino clínico, e poderá compreender, em nossa opinião, os seguintes *objectivos gerais e conteúdos*:

○ *Objectivos Gerais*

- ✓ Oferecer uma visão da complexidade e da especificidade do sistema de relações presentes no acto pedagógico em contexto clínico;
- ✓ Proporcionar uma reflexão sobre os factores determinantes da relação pedagógica;
- ✓ Proporcionar o reconhecimento de que os intervenientes da relação pedagógica, são sujeitos (pessoas), cuja complexidade individual determina a natureza e qualidade do contacto;

- ✓ Promover a reflexão sobre as implicações teóricas e práticas da fenomenologia da interacção (social e pedagógica) como núcleo central da relação pedagógica;
- ✓ Promover a reflexão sobre o papel determinante das representações sociais, de estudantes e supervisores de ensino clínico, na relação pedagógica

o *Conteúdos*

I. Introdução à problemática da relação Pedagógica

- Relação educativa e relação pedagógica: definição de campos e de conceitos
- O carácter multi-referencial da relação pedagógica supervisiva
- Relação e interacção pedagógica

II. Condicionantes gerais da relação pedagógica em ensino clínico

- Cultura e clima institucionais (relações interpessoais, projecto educativo, gestão participada)
- A instituição de saúde como espaço relacional de ensino-aprendizagem
- As relações de supervisão/mentoria/tutória

III. Os protagonistas e respectivos papéis na relação pedagógica supervisiva

- O estudante
- O supervisor de ensino clínico
- O docente da Escola Superior de Enfermagem

IV. Atitudes e valores no ensino superior

- Face à aprendizagem e ao saber
- Neutralidade, endoutramento e educação dos valores
- Educação para a cidadania
- A pedagogia da responsabilidade

➤ *Planificação e avaliação da formação em ensino clínico*

A *definição de objectivos educacionais* no ensino superior e particularmente nos ensinamentos clínicos em enfermagem, pode e deve ser compreendida à luz de diversas teorias científicas sobre a aprendizagem e a formação dos estudantes, jovens adultos, em função das quais e da responsabilidade do conhecimento a aprender, diversos cursos de acção são possíveis e legítimos por parte do supervisor de ensino clínico.

A diversidade de *estratégias de ensino-aprendizagem*, dos *métodos* e das *técnicas* em que as mesmas se exprimem, carece de um questionamento sobre o respectivo alcance e valor, para que os objectivos pretendidos sejam tão efectivamente quanto possível alcançados.

A *avaliação* é uma componente do currículo e um elemento-chave em todo o processo de ensinar e aprender. Com esta formação pretende-se abordar a avaliação das aprendizagens, nas perspectivas complementares de avaliação do produto e do processo. Considerando a dimensão pragmática da avaliação das aprendizagens em contexto clínico, será dada ênfase à aplicação de modelos e de técnicas de avaliação apropriadas ao paradigma actual da enfermagem (reflexivo-constructivista).

o *Objectivos Gerais*

- ✓ Conhecer diferentes modos de conceber os objectivos educacionais e de os definir;
- ✓ Discutir as relações entre objectivos e métodos;
- ✓ Distinguir estratégia, método e técnica no âmbito do processo de ensino-aprendizagem em ensino clínico;
- ✓ Analisar as condições de uma boa concretização dos diferentes métodos em contexto clínico;
- ✓ Discutir o papel das novas tecnologias da informação e da comunicação na renovação dos processos de ensino-aprendizagem em ensino clínico;
- ✓ Conhecer conceitos-chave na área da avaliação das aprendizagens;
- ✓ Discutir as relações entre objectivos e métodos e a avaliação;
- ✓ Tomar consciência do papel da avaliação como factor indutor de mudança das práticas de ensino-aprendizagem em contexto clínico;
- ✓ Considerar a utilidade e pertinência de diferentes técnicas de avaliação;
- ✓ Desenvolver competências de utilizadores conscientes da avaliação na prática supervisiva

o *Conteúdos*

- I. Pedagogia por objectivos e pedagogia por projecto: O lugar e o papel dos objectivos educacionais;
- II. A relação entre “competências” e “objectivos”, em ensino clínico;
- III. Noção de estratégia, método e técnica;
- IV. Congruência entre objectivos, estratégias e avaliação;
- V. As NTIC e os seus usos pedagógicos em ensino clínico;
- VI. Conceitos fundamentais na área da avaliação das aprendizagens;
- VII. Componentes essenciais do processo de avaliação;

-
- VIII. Diferentes funções, tipos e modalidades de avaliação;
 - IX. Qualidades de uma boa avaliação: validade, fiabilidade e exequibilidade;
 - X. Técnicas e instrumentos de avaliação: do teste ao *portfólio*.

Com efeito, não excluindo a hipótese dos supervisores de ensino clínico entrevistados enveredarem por uma formação formal e/ou escolarizada, os resultados deste estudo, parecem contudo, autorizar-nos a inferir que as necessidades de formação destes supervisores, de imediato, parecem situar-se a um nível mais próximo da acção. Neste sentido, pensamos que as necessidades detectadas poderão ser satisfeitas com uma formação não formal, isto é, uma formação de tipo cooperativo, de co-responsabilidade, que se deseja fundamentada numa cultura comum a docentes e supervisores de ensino clínico, que decorra de uma colaboração sistemática e que tenha em atenção aspectos tais como: o contexto do ensino clínico, as estratégias formativas, métodos e técnicas, critérios de avaliação, com o objectivo de melhorar o processo de ensino-aprendizagem em ensino clínico.

As necessidades de formação emergem assim, num plano de consciencialização, em que se cruzam as exigências sociais e institucionais que pendem sobre o supervisor de ensino clínico e de que ele toma consciência, e as exigências de um profissionalismo assente numa profissionalidade que se define pela posse de um conjunto de saberes e saberes-fazer especializados, resultantes das aquisições do conhecimento científico e da teorização do saber experiencial dos profissionais, bem como por uma prática, que longe de os aplicar como receitas prescritivas, os utiliza para criar, regular e avaliar dispositivos adequados aos contextos singulares da instituição de saúde onde exerce a sua profissão.

Uma vez que a investigação na área das necessidades de formação dos supervisores de ensino clínico é parca, outros estudos, exigiriam uma consulta alargada a outros intervenientes e o uso de outras metodologias de recolha e

análise de dados. Parece-nos ainda pertinente um estudo mais aprofundado da influência do supervisor na aquisição de competências do futuro profissional e em que medida as estratégias de supervisão utilizadas podem influenciar a construção do conhecimento dos estudantes.

Terminamos, sublinhando de novo o carácter exploratório e limitado do estudo, tanto no que se refere ao objecto como à metodologia. Não obstante, este trabalho constituiu uma etapa fundamental na nossa formação, pois permitiu-nos aprofundar, não só, uma área que muito nos preocupa - *a formação dos supervisores de ensino clínico em enfermagem*, mas sobretudo, possibilitou-nos continuar a enriquecer a nossa "arca pessoal de conhecimento", tendo porém a certeza de que, começando hoje, decerto faríamos diferente, pois tal como referem Nóvoa e Finger (1998):

"(...) O homem moderno aparece cada vez mais em todos os planos da sua existência, como um ser inacabado. O inacabamento da formação torna-se uma necessidade (...) o que implica uma educação (...) permanente".

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson Correia de (1997). Dinâmica da formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In CANÁRIO, Rui (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora. P.147-168.
- ABREU, Wilson Correia de (2003). "Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias Para a Excelência em Saúde?". Coimbra: Formasau.
- AFONSO, A. J. (1991). *Cadernos de Ciências Sociais*, 10, 132-155.
- ✓ ALARCÃO, Isabel (1991, 1996). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. In Alarcão, Isabel (Org.) - *Formação reflexiva de professores. Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora, coleção Cidine, 1, p. 5-22.
- ALARCÃO, Isabel (1997). Prefácio. In Sá-Chaves, I. (Org.). *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.
- ✓ ALARCÃO, Isabel (2001a). Escola Reflexiva e Supervisão: Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem" In Alarcão, Isabel (Org.) - *Escola Reflexiva e Supervisão: Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- ✓ ALARCÃO, Isabel (2002). Escola Reflexiva e Desenvolvimento Institucional: Que Novas Funções Supervisivas? In Oliveira-Formosinho, Júlia (Org.): *A Supervisão na Formação de Professores I: Da Sala à Escola*. Porto: Porto Editora. P. 217-238.
- ✓ ALARCÃO, Isabel (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Ed. Coimbra: Livraria Almedina.

AMADO, João (2004). *Apontamentos para Aulas - Documentos pessoais*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

AMADO, João (2000). *A técnica de análise de conteúdo*. Revista Referência, nº5, p.53-63.

AMADO, João (2001). *Relação Pedagógica - Relatório para efeitos de concurso de professor associado*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

AMADOR, M. F. (1991). *Educação em enfermagem*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Tese de doutoramento.

AMARAL, M. J. *et al* (1996). O papel do Supervisor no Desenvolvimento do Professor Reflexivo - Estratégias de Supervisão. In Alarcão, I. (Org.). *Formação Reflexiva de Professores: Estratégias Supervisão*. Porto: Porto Editora. ✓

AMIGUINHO, A. (1992). *Viver a formação, construir a mudança*. Lisboa: Educa.

AMIGUINHO, A. (1997). Formar-se no Projecto e pelo Projecto. In Canário, Rui (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora. P. 101-116.

ANDERSON, Gary; ARSENAULT, Nancy (1998). *Fundamentals of Educational Research*. London: RoutledgeFalmer.

ANTUNES, R. F. (1988). *Será a representação do enfermeiro docente ideal semelhante para docentes e para alunos?*. Dissertação apresentada à ESEMFR no âmbito do 1º CPAEE. Lisboa: s.ed.

AUGSPURGER, Phyllis Brink; RIEG, Linda-Pediatric Clinical experience: Preparation for the 21st century. "Journal of Nursing Education". New Jersey. 33:9 Nov/94, 426-427.

BARBIER, J. M.; LESNE, Marcel (1976). "Une recherche sur les pratiques d'analyses des besoins: modes de détermination des besoins de formation". *Pour*, 46, pp. 51-65.

BARBIER, J. M.; LESNE, Marcel (1986). *L'analyse des besoins en formation*. Paris: Robert Jauze.

BARBER, P.; NORMAN, I. (1987). Skills in supervision. "Nursing Times". 87 (1). P. 56-57.

BARDIN, L. (1991). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. ✓

BASTO, M. (1991). Cuidados de Enfermagem em Portugal: o como e o porquê? In "Servir", 39 (2) Mar/Abr. p. 75-80.

BELL, J. (1997). *Como realizar um projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva. ✓

BELO, A. P. (2003). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: perspectiva dos alunos*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado

BENTO, C. (2001a). "Aprender a ser Enfermeiro: Que Modelos de Formação?" In: *Sinais Vitais*, nº 34, pág. 25-29.

BERNARD, Alan G.; DUNN, Sandra V. (1994). Issues in the organization and structure of clinical education for undergraduate nursing programs. *Journal of Nursing Education*. New Jersey. 33:9 Nov. p. 420-422.

BLAIR, N. & LANGE, R. (1990). *A model for district staff development*. in: Burko, P. et.all. (orgs.). *Programming for staff development*. Londres: Falnes Press.

BLOOM, B. S.; HASTINGS, J. T.; MADAUS, G. F. (1975). *Evaluación del aprendizaje*. Buenos Aires: Troquel.

BOGDAN & BIKLEN (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

BOOTH, M.; HARGREAVES, D. H.; BRADLEY, H. G. (1995). Training of doctors in hospitals: A comparison with teacher education. *Journal of Education for Teaching*. 21 (2). p. 145-161.

BOTERF, G. (1995). *De la compétence*. Paris: Les Éditions d'organisation.

BOURDIEU, Pierre (1989). *Questions de Sociologie*. Paris: Les Éditions de Minuit.

BRITO & COSTA, M.M (1998). A procura de identidade. *Enfermagem*. (2ª série), nº 12 (Dezembro), p. 5-7.

BURTON, J. K. e MERRIL, P. F. (1977). *Needs Assessment: goals, needs, and priorities*. In: Briggs, L. (org.). *Instructional Design*. Educ. Tech. Public.

CAIRES, Susana (2001). *Vivências e Percepções do Estágio no Ensino Superior*. Braga: Universidade do Minho.

CANÁRIO, R. (1994). Centros de Formação das Associações de Escolas: que futuro? In AMIGUINHO, A.; CANÁRIO, R. (Org.). *Escolas e Mudança: O papel dos centros de formação*. Lisboa: Educa.

CANÁRIO, R. (1997). Formação e Mudança no Campo da Saúde. In CANÁRIO, R. (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

CARVALHAL, Rosa (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos - Perspectivas dos Actores*. Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

CARVALHAL, Rosa (1995). *Expectativas dos estudantes do curso superior de enfermagem face aos professores enfermeiros*. Dissertação apresentada à ESEPD no âmbito do CPAEE. Ponta Delgada: s.ed.

CARVALHO, M. M. Montezuma de (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures: Lusociência.

CAVACO, M. H. (1991). *Ser Professor em Portugal*. Lisboa: Editoreal Teorema.

COLE, A. L. & KNOWLES, J. G. (1993). Shattered images: Understanding expectations and realities of field experiences. *Teaching and Teacher Education*, 9 (5/6), p. 457-471.

COLL, C.; MARTIN, E. (2001). A avaliação da aprendizagem no currículo escolar: uma perspectiva construtivista. In COLL, C. et al. *O Construtivismo na sala de aula. Novas perspectivas par a acção pedagógica*. Porto: Edições Asa.

COLLIÈRE, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CORREIA, J. A. (1995). A escola enquanto organização qualificante: conferência apresentada no 2º Workshop sobre o tema "Actores, contextos e práticas de formação em enfermagem: que problemas?". Organização do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde. Coimbra: ESEB Barreto.

COSTA, M. A. (1994b). Humanizar no ensino de enfermagem: O tempo... e o contratempo. In "Servir". Lisboa, 42 (2), Mar/Abr, p. 85-90.

COSTA, M. A. (1998). *Enfermeiros. Dos percursos de formação à realização dos cuidados*. Lisboa: Fim de-século saúde.

COSTA, M. A. (2001). O ensino de enfermagem e o desenvolvimento da profissão. *Sinais vitais*, nº 37, p. 8-10.

CROTTY, Margaret (1993). The changing role of the nurse teacher. *Nursing Education Today*. Vol. 13, nº6, p. 415-420.

DELORS, J. (Org.) (2000). *Educação. Um tesouro a descobrir. Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. São Paulo: Cortez. Brasília, D. F.: MEC: UNESCO.

DELORS, J. *et al* (1996). *Educação: Um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Porto: Edições ASA.

D'ESPINEY, Luísa (1997). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contextos de trabalho. In Canário, Rui (Org.) *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

DIAS, J. M. (2004). *Formadores que desempenho?*. Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

D'HAINAUT, L. (1979). Les besoins en education. In *Programmes d` etudes et education permanent*, (coord. pour L. D`Hainaut), Paris, UNESCO, pp. 62-80.

DUQUETTE, C. (1994). The role of the cooperating teacher in a school-based teacher education program: Benefits and concerns. *Teaching & Teacher Education*, 10 (3), 345-353.

DUSSAULT, G. (1970). *A theory to practice in education*. New York: Teachers Colledge Press.

ERICKSON, Frederick (1986). Qualitative methods in research on teaching, in: M. C. Wittrock, *Handbook of research on teaching*. New York: Macmillan, p. 162-213.

ESPADINHA, A.; REIS, M. (1997). A colaboração escola/serviços. *Nursing* nº10, p.31-34.

ESTEVES, M. Manuela (1991). *Contributo para a análise de necessidades de formação contínua de professores do 2º ciclo do ensino básico*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado.

ESTEVES, M. e RODRIGUES, A. (2003). A Formação Inicial de Professores. In *Investigar em Educação*. Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências de Educação, nº2, Junho, pág. 16-68.

ESTRELA, Albano (1994). *Teoria e Prática de Observação de Classes: Uma Estratégia de Formação de Professores*. 4ª ed.. Porto: Porto Editora.

ESTRELA, Maria Teresa (2001). Realidades e perspectivas da formação contínua de professores. *Revista Portuguesa de Educação*, nº14, pp. 27-48.

FERNANDES, M. F. (2000). *Mudança e inovação na pós-modernidade*. Porto: Porto Editora.

- FERRY, Gilles. (1987). *Le trajet de la formation*. Paris: Dunod.
- FIGUEIREDO, M^a Do Céu Barbieri (1995). Do ensino à prática. *Enfermagem em Foco*. Ano V (n^o especial), P. 16-19.
- FONSECA, M. J. L. (2004). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem - perspectiva do docente*. Aveiro: Universidade de Aveiro. (Dissertação de Mestrado).
- FORTIN, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- FRANCO, J. (2000). Orientação de alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Investigação em enfermagem*, n^o1, Fevereiro, p. 32-50.
- FREIRE, P. (1972). *Pedagogia do Oprimido*. Porto: Edições Afrontamento.
- FURIÓ, C. J. (1994). *Tendências atuares en la formación del profesorado de ciencias. Enseñanza de las Ciencias*,. N^o 12 (2) (p. 188-199).
- GALHANAS, Caetano L. M. (1997). Da qualificação à produção de competências em enfermagem: A importância da formação em serviço. *Revista Pensar Enfermagem*, Vol. I, n^o 0; p. 5-9.
- GALVÃO, C. (1996). Estágio Pedagógico - Cooperação na formação. *Revista da Educação*, VI (1), p. 71-87.
- GARCIA, C. M. (1992). A formação de professores. In Nóvoa, A. (Org.). *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações D. Quixote.

GARCIA, M. (1999). *Formação de Professores. Para uma mudança educativa*. Porto: Porto Editora.

GARMSTON, R. J. et al (2002). *A Psicologia da Supervisão*. In Oliveira-Formosinho, Júlia (Org.). *Supervisão na Formação de Professores II: Da Organização à Pessoa*. Porto: Porto Editora. pp. 17-132.

GHIGLIONE, R. e MATALON, B. (1992). *O inquérito*. Oeiras: Celta Editora.

GIL, A. C. (2002). *Como elaborar projectos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A.

GLICKMAN, C. D. (1985). *Developmental Supervision: Alternative Approaches for Helping Teachers to Improve Instruction*. Alexandria, Virginia: Association for Supervision and Curriculum Development.

GONÇALVES, Carla N. (2004). *Supervisão Clínica de Enfermagem: Necessidades de formação dos docentes supervisores*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado.

GROSS, Judith W.; AYSSE, Patrícia; TRACEY, Penny (1993). A creative clinical education model: Three Views. *"Nursing Outlook"*. St. Louis. 41:4 Jul/Ago, p. 156-159.

GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna (1994). "Competing Paradigms in Qualitative Research". In Norman Denzin e Yvonna Lincoln (Ed.). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage, pp. 105-117.

GUERRA; Maria João Jacinto (2002). *Dignidade do Cuidar. O direito à recusa*. *Informar*. Porto. Ano VII: 27 (Janeiro/Abril). pp. 47-51.

GUERRISH, Kate (1992). The nurse teachers` role in the practice setting. *Nurse Education Today*. Vol. 12, nº 13, p. 227-232.

HADJI, C. (1994). *Avaliação, regras do jogo*. Porto: Porto Editora, col. Ciências da Educação, nº15.

HAYDT, R. C. (1995). *Avaliação do processo Ensino-Aprendizagem*. São Paulo: Ática.

HARGREAVES, A. (1998). *Os professores em tempos de mudança*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.

HESBEEN, W (2000). *Cuidar no-Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusociência.

HENDERSON, V. (1994). *La naturaleza de la enfermaria*. Reflexions 25 años después. Madrid: McGraw-Hill.

HINCHLIFF, Susan M. (1982). *Enseñanza de enfermaria clínica*. México: Nueva Editorial Interamericana.

HEWTON, E. (1988). *School Foused Staff Develapment*. London: Falmer.

JARVIS, Peter (1992). Theory and practice and the preparation of teachers of nurse. *Nurse Education Today*. Vol. 12, nº 4, p. 256-265.

KAUFFMAN, R. (1973). *Planificación de sistemas educativos. Ideias Básicas Concretas*. México: Trillas.

KIRKPATRICK, H. *et al* (1991). A Collaborate model for the clinical education of baccalaureate nursing students. In "*Journal of Advanced Nursing*". Oxford, 16 (1), Jan., 101-107.

KLEIN, S. P. (1971). *Choosing Needs for Needs Assessment in Procedures for Needs Assessment Education: a symposium*. Los Angeles, Center for Study of Evolution Report.

LAFON, R. (1979). *Vocabulaire de Psychopédagogie et de Psychiatrie de l'Enfant*. Paris: Presses Univeritaires de France.

LAFUENTE, Josefa Godinho F. (1991). *Opinião dos alunos e enfermeiros sobre os factores de caracterização do enfermeiro como modelo no estágio de enfermagem cirúrgica*. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende, no âmbito do 2º CPAEE. Lisboa s.ed.

LEITE, Teresa M. S. S. (1997). *Necessidades de Formação Contínua de Professores em Relação à Integração dos Alunos com Necessidades Educativas Especiais no Sistema Regular de Ensino*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado.

LEMOS, Valter *et al* (1993). *A nova avaliação da aprendizagem: O direito ao sucesso*. Lisboa: Texto Editora.

LESNE, M. (1984). *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

LINCOLN, I. S. (1992). Conexiones simpáticas entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. *Qualitative Health Research*. Vol.2, nº4, pp. 40-45.

LIVRAMENTO, O. *et al* (1998). *Papel dos enfermeiros como orientadores em ensino clínico*. Trabalho apresentado nas 1^{as} Jornadas do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo. Praia da Vitória. s/ed.

LONGARITO, Clementina S. (2002). O Ensino Clínico: A importância da orientação e a Construção do Saber Profissional. "*Sinais Vitais*". Coimbra; nº 5, p.26-33.

LUDKE, M. (1996). Sobre a socialização profissional de professores. *Cadernos de Pesquisa*, 99, 5-15.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: EPU.

MALGLAIVE, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora.

MARCELO, C. G. (1992). A formação de professores: novas perspectivas baseadas na investigação sobre o pensamento do professor. In: Nóvoa, A. (org.). *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Dom Quixote. ✓

MARTIN, C. (1991). *Soigner pour Apprendre-aquerir un Savoir Infirmière*. Paris: Loisir et Pedagogie.

MATOS, E. T. (1997). A colaboração escolas-serviços. *Nursing*. Ano 10, nº 114, p.31-34.

McNALLY, J. *et al* (1997). The student teacher in school: Conditions for development. *Teaching and Teacher Education*, 13 (5), 485-498.

McKILLIP, J. (1987). *Needs analysis. Tools for the Human Services in Education*. London: Stage Pub.

MELANDER, S. & ROBERTS, C. (1994). Clinical Teaching associate model: creating effective BSN student/faculty/staff nurse triads. In "Journal of Nursing Education". New Jersey, 33 (9) Nov., 422-425.

MENDES, P. (2002). *A formação inicial de professores e o choque com a realidade: experiências e vivências sobre o ano de estágio*. Évora: Universidade de Évora. Dissertação de Mestrado em Educação/Especialidade Supervisão Pedagógica.

MÉNDEZ, J. M. A. (2002). *Avaliar para Conhecer, Examinar para Excluir*. Porto: Edições ASA, Col. Cadernos CRIAP, nº30.

MENDONÇA, M^a Teresa (1986). Docentes de Enfermagem: Como articular teoria e prática? *Informar*. Ano II, nº 6 (Julho/Setembro), p. 18-20.

MERINI, Corinne (1996). Le partenariat en formation: espace d'interculturalité. In ESTRELA, Albano *et al* - Formação, saberes profissionais e situações de trabalho. Vol. I, VI Colóquio Nacional, 16, 17 e 18 de Novembro.

MERRIAM, S. (1998). *Qualitative Research and Case Study. Applications in Education*. 2^a Edição. California: Jossey-Bass.

MESA, M. L. et al (1990). "Análisis de Necesidades in formación de Profesorado". In: *Revista Investigación Educativa*, Vol. 8, nº16, pág. 175-182.

MESTRINHO, G. (2002). *Parcerias na formação inicial de enfermeiros. Um estudo de caso*. Lisboa: ESECGL. Dissertação apresentada à ESE Calouste Gulbenkian de Lisboa para concurso ao lugar de professora coordenadora. s/ed.

MILLER, Audrey (1991). The relationship between nursing theory and nursing practice. *Journal of advanced Nursing*. Nº10, p. 417-424.

MILES, M. B. e HUBERMAN, A. M. (1991). *Analyse des données qualitatives. Le recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: DeBoek.

MIRAS, M.; SOLÉ, I. (1996). A Evolução da Aprendizagem e a Evolução do Processo de Ensino Aprendizagem In COLL, C.; PALÁCIOS, J. A. (1996). *Desenvolvimento psicológico e educação: Psicologia da educação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

MISUKAMI, M. G. N. (1986). *Ensino: As abordagens do processo*. São Paulo: EPU.

MORIN, E. (1999a). *La tête bien faite*. Paris: Éditions du Senil.

MORGADO, J. (2001). *A relação Pedagógica*. 2ª Edição. Lisboa: Editorial Presença, col. Ensinar e Aprender, nº 13.

MORROW, R. A. & TORRES, C. A. (1997). *Teoria Social e Educação*. Porto: Edições Afrontamento.

MOSCOVICI, Serge (1961, 1ª ed.; 1976, 2ªed.). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris:PUF.

NÓVOA, A. (1988). O método (auto) biográfico na encruzilhada dos caminhos da formação de adultos. *Revista Portuguesa de Educação*, nº2 p. 7-10.

NÓVOA, A. (Org.) (1992). *Os professores e sua formação*. Temas de educação. Lisboa: Publicações Dom Quixote

OLIVEIRA, L. (1992). *O clima e o Diálogo na Supervisão de Professores*. Cadernos CIDinE, 5, p. 13-22.

OLIVEIRA, I. (1997). *Necessidades de formação contínua de professores do 1º ciclo face à integração de alunos com necessidades educativas especiais*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Dissertação de Mestrado).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

PACHECO, J. A. (2001). *Currículo: Teoria e Práxis*. Porto: Porto Editora.

PATTON, M. (1990). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, California: Sage.

PENNINGTON, F. C. (1985). Needs assessment in adult education, *International Encyclopedia of education*, ed. Húsen e Postlethaithe. U.K: Pergamon Press, pp. 3492-3496.

PEREIRA, M. A. G. (1996). *Percepção da relação professor/aluno na prática clínica de enfermagem: Comunicação e Assertividade*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado.

PERRENOUD, P. (2001). *Práticas pedagógicas, profissão docente e formação: perspectivas sociológicas*. Lisboa: Dom Quixote.

PETRELLA, R. (1990). *Reflexões sobre o futuro de Portugal (e da Europa)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

PINTO, C. B. (1995). *Colaboração escolas/serviços: a propósito das opiniões dos orientadores de alunos em enfermagem em ensino clínico*. Dissertação apresentada À ESEMFR no âmbito do 4º CPAEE. Lisboa: s.ed.

- PIRES, M. L. (1994). As novas competências profissionais. In "Formar". Lisboa, 10, Fev/Mar/Abr 4-19.
- PIRES, C. (1998). Estagiar, um verbo irregular. *Notícias Magazine*, nº 317, 21 de Junho.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. (1995). *Fundamentos da pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Porto: Editora Artes Médicas.
- PONTES, A. M. (1995). O papel do enfermeiro docente. Dissertação apresentada à ESEPD no âmbito do CPAEE. Ponta Delgada: s/ed.
- POSTIC, M. (1984). *A Relação Pedagógica*. Coimbra: Coimbra Editora.
- PORLÁN, A. R. (1998). *Teoría del conocimiento, teoría de la enseñanzay desarrollo profesional. Las concepciones epistemológicas de los profesores*. Tesis Doutoral. Universidad de Sevilla, España.
- PORTUGAL, Ministério da Educação e Ciência - *Decreto-Lei nº 185/81*: Cria a Carreira do pessoal docente do ensino superior politécnico. "Diário da República", Lisboa, I Série (148), 1 de Julho 1981, p. 1546.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - *Decreto-Lei nº 480/88*: Integra o ensino da enfermagem no sistema educativo nacional, a nível do ensino superior politécnico, ministrado em escolas superiores de enfermagem. Revoga os nºs 1 e 2 do artigo 14º e o nº 4 do artigo 19º do Decreto-Lei nº 178/85, de 23 de Maio, "Diário da República", Lisboa, I Série (295), 23 de Dezembro 1988, p. 5070.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - *Decreto-Lei nº 161/96*: Criou o Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. "Diário da República", Lisboa, II Série, 04 de Setembro de 1996.

PORTUGAL, Ministério da Saúde - *Decreto-Lei nº 8/90*: Determina a facilitação de campos de estágio de natureza e qualidade à formação de novos enfermeiros e permite a colaboração do seu pessoal de enfermagem na aprendizagem prática dos estudantes. "Diário da República", Lisboa, II Série (64), 17 de Março 1990, p. 2076.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, Luc Van (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

RAPOSO, M. M. (1995). Percepção dos enfermeiros do seu papel de orientador de alunos em estágio clínico. Dissertação apresentada à ESEPD no âmbito do CPAEE. Ponta Delgada: s.ed.

RAUEN, K. (1974). The clinical instructor as role model. In "Journal of Nursing Education". New Jersey, August, 13 (3), 33-40.

REID, B. (1994). The mentor's Experience - a personal perspective. In Palmer, A. *A reflexive practice in nursing. The growth of a professional practitioner*. Oxford: Blackwell Scientific publications.

REBELO, M. T. S. (1996). *Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributos para a análise das representações sociais de enfermagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (Dissertação de Mestrado).

REDMOND, G. M.; SORREL, J. M. (1996). Como Criar um Ambiente Facilitador da Aprendizagem. *Servir*. Lisboa, vol 47, nº 3, p. 160-166.

RODRIGUES, A. e ESTEVES, M. (1993). *A análise das necessidades na formação de professores*. Lisboa: Porto Editora, Lda.

RODRIGUES, Ângela (1991). *Necessidades de Formação. Contributo para o estudo das necessidades de formação dos professores de ensino secundário*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Dissertação de Mestrado).

RODRIGUES, Ângela (1999). *Metodologias de análise de necessidades de formação na formação contínua de professores - contributos para o seu estudo*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese de Doutoramento).

RODRIGUES, M. A. (2001). *A formação de Formadores para a prática na Formação Inicial de Professores*. Policopiado.

RODRIGUEZ, A. J. (1993). A dose of reality: Understanding the origins of the theory/practice dichotomy in teacher education from the student's point of view. *Journal of Teacher Education*, 44 (3), 213-222.

ROGERS, C. (1983). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Editores Moraes.

ROLDÃO, M. C. (2003a). *Gestão do Currículo e Avaliação de competências. As questões dos professores*. Lisboa: Editorial Presença, col. Ensinar e Aprender, nº 27.

ROSALES, C. (1992). *Avaliar é Reflectir sobre o Ensino*. Porto: Edições ASA, col. Práticas Pedagógicas, nº12.

RYAN, G. [et al] (1996). The purpose, value and structure of the practicum in the higher education: A literature review. *Higher Education*, 31, 355-377.

SÁ-CHAVES, I. (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão - Contributos nas Áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

SÁ-CHAVES, I. (1997). A formação de professores numa perspectiva ecológica. Que fazer com esta circunstância? Um estudo de caso na Universidade de Aveiro. In Sá-Chaves, I. (Org.). *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora.

SÁ-CHAVES, I.; AMARAL, Maria João (2001). Supervisão Reflexiva: A passagem do Eu Solitário ao Eu Solidário. In Alarcão, Isabel (Org.). *Escola Reflexiva e Supervisão: Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora. ✓

SANTOS, M^a TERESA S. (1986). A investigação como meio para desenvolver a relação docência-exercício de enfermagem. *Enfermagem*. Nº 5/6 (Jul/Dez), p. 28-31.

SANTOS, A. P. (1995). O orientador de estágio enquanto facilitador da aprendizagem. Dissertação apresentada à ESEPD no âmbito do CPAEE. Ponta delgada: s.ed.

SHULMAN, L. (1986). "Paradigms and Research Programs in the study of Teaching: a contemporary perspective". In M. C. Wittrock (ed), *Handbook of research on teaching*. Nova Iorque: Macmillan. ✓

SILVA, M. C. M. (1997). O primeiro ano de docência: O choque com a realidade. In M. T. Estrela (Org.). *Viver e Construir a Profissão Docente*. Porto: Porto Editora, Coleção Ciências da Educação. ✓

SILVA, Maria Odete Emygdio da (2000). *A análise de Necessidades de Formação na Formação Contínua de Professores: Um caminho para a integração escolar*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação (Tese de Doutoramento).

- SIMÕES, J. F. F. L. (2004). *Supervisão de Ensino Clínico de Enfermagem. A perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.
- SLOAN, G. (1998). *Focus Group interviews. Defining Clinical Supervision*. "Nursing Standard" 12;42, 40-43.
- SOUSA SANTOS, Boaventura (2003). *Um discurso sobre as Ciências*. Porto: Edições Afrontamento.
- SPENCE, DEBORAH (1994). The curriculum revolution: can education reform take place without a revolution in practice? *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 19, nº 1, p. 187-193.
- SPRINTHALL, N.; SPRINTHALL, L. (1996). Teacher Professional Development. In J. Sikula (ed), *Handbook of Research on Teacher Education*. Nova Iorque: Macmillan Publishing Company.
- STAKE, Robert (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata.
- STUBBE, B. R. N. (1974). Student and faculty perspective on the role of nursing instructor. In "Journal of Nursing Education". New Jersey, 19 (7) Set., 4-9.
- STUFFEBEAM, D.L. et al (1985). *Conducting Educational Needs Assessment*. Boston: Kluwer-Nijhoff Pub.
- SUAREZ, M. T. (1985). Needs Assessment Studies. *Internatonal Encyclopedia of Education*, ed. Húsen e Postlethaite. U.K: Pergamon Press, pp. 3496-3498.

TAVARES, J. (Org.) (1992). *Formação contínua de professores: realidades e perspectivas*. Universidade de Aveiro.

TAVARES, José (1997). A formação como construção do conhecimento científico e pedagógico. In: SÁ-CHAVES, I. (Org.) - *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora.

TAVARES, J.; ALARCÃO, I. (2002). *Psicologia do Desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

TEDESCO, J. C. (1999). *O novo pacto educativo*. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.

TEODORO, A. (1994). *A carreira docente*. Lisboa: Texto Editora.

TEODORO, A. (1999). *A construção social das políticas educativas. Estado, educação e mudança social no Portugal contemporâneo*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia. (Tese de Doutoramento).

TESCH, Renata (1990). *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*. London: Falmer Press.

TOMÉ, Clarisse (1992). Formação inicial dos jovens em regime de alternância. *Revista Educação*. Nº 5, p. 54-62.

TRILLO, A. F. (1995). *Avaliação e Aprendizagem*. In Colóquios sobre Questões Curriculares. Braga: Universidade do Minho.

TUCKMAN, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, Midwifery and Health Visiting (1996). *Position statement on clinical supervision for nursing and health visiting*. London, UKCC.

VIGOTSKY, L. S. (1977). *Psicologia e Pedagogia*. Lisboa: Estampa.

VIGOTSKY, L. S. (2000). *A formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes.

VALA, J.(1993). *Análise Social*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

VALA, J. (1986). *Análise de Conteúdo*. In: SILVA, A. Santos; PINTO, Madureira José (org.). *Metodologias das Ciências Sociais*. 7ª ed., Porto: Porto Editora.

VALSECCHI, E. A. (1999). *Fundamentos de Enfermagem: Incidentes críticos relacionados ao estágio supervisionado*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Dissertação de Mestrado).

VAN der MAREN, Jean Marie (1995). *Méthodes de Recherche pou l'éducation*. Bruxelles: De Boeck.

VASCONCELOS, Eduardo (1992). Receba bem o estagiário. *Formar*. N°7 (Ago/Set/Out), p. 28-31.

VIEIRA, F. (1993). *Supervisão - Uma prática reflexiva de formação de professores*. Rio tinto: Edições Asa.

VIEIRA, F. (2001). Pedagogia pára a autonomia. O papel do professor na construção do saber e na renovação das práticas. *Inovação*, Vol. 14, 1 e 2, p. 169-190.

- WONG, Júlia; WONG, Shirley (1987). Towards effective clinical taching in nursing. "*Journal of Advenced Nursing*", Oxford, 12 (4), p. 505-513.
- YIN, R. (2001). *Estudo de caso. Planejamento e Métodos*. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman.
- ZABALZA, M. A. (1998). *Planificação e desenvolvimento curricular na escola*. Lisboa: edições ASA.
- ZABALZA, M. A. (1994). *Diários de Aula*. Porto: Porto Editora.
- ZEICHNER, K. M. (1993). *A formação Reflexiva de Professores: Ideias e Práticas*. Lisboa: Educa.

ANEXOS

Anexo I

Guião das Entrevistas

TEMA: As necessidades de formação dos supervisores de ensino clínico em enfermagem

ENTREVISTADOS: Um grupo de onze sujeitos de uma Instituição Hospitalar Privada de Lisboa que colaboraram na supervisão de um ensino clínico em enfermagem.

OBJECTIVOS GERAIS:

- Obter elementos que caracterizem as representações dos supervisores face à sua actividade supervisiva
- Recolher informação sobre as práticas que proporcionam satisfação/insatisfação no âmbito supervisivo
- Diagnosticar necessidades de formação dos supervisores no campo da supervisão em contexto clínico
- Recolher informação sobre as práticas geradoras de dificuldades e problemas no quotidiano supervisivo
- Conhecer as expectativas dos supervisores quanto à formação desejada

BLOCOS TEMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	FORMULÁRIO DE QUESTÕES	TÓPICOS
A - Legitimação e motivação para a entrevista	<ul style="list-style-type: none">☞ Legitimar a entrevista.☞ Motivar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none">☞ Informar o supervisor acerca das linhas gerais da investigação☞ Solicitar a colaboração do supervisor, evidenciando o carácter indispensável dessa colaboração para o êxito do trabalho☞ Assegurar o carácter confidencial das informações prestadas e que a entrevista tem apenas o propósito de recolher as informações necessárias ao desenvolvimento de um trabalho académico☞ Pedir autorização para gravar a entrevista	<ul style="list-style-type: none">☞ Tempo médio previsto para a entrevista: 60 minutos☞ Responder de modo claro, breve, conciso e preciso a todas as perguntas do entrevistado.☞ Esclarecer as dúvidas do entrevistado sem desvio dos objectivos específicos de cada bloco.

<p>B - Posicionamento face à profissão</p>	<p>☞ Tomar contacto com o percurso profissional do supervisor</p>	<p>☞ Pedir ao supervisor que descreva, de uma forma breve e sucinta o seu percurso profissional;</p> <p>☞ Solicitar ao supervisor que refira as razões do seu ingresso na enfermagem, se gosta de ser enfermeiro e porquê;</p> <p>☞ Pedir ao supervisor que indique as razões o levaram a colaborar na supervisão de estudantes em contexto clínico.</p>	<p>☞ Tentar que as respostas do entrevistado sejam o mais pormenorizadas possível.</p>
<p>C - Trabalho do orientador/supervisor</p>	<p>☞ Perceber/identificar discrepâncias entre a percepção que o supervisor tem do seu trabalho tal como é e como deveria de ser</p>	<p>☞ Pedir ao supervisor para explicitar, quando questionado, se se sente mais enfermeiro ou supervisor quando em exercício supervisivo;</p> <p>☞ Pedir ao supervisor para explicitar, a alguém que não é supervisor, em que consiste o seu trabalho.</p>	
<p>D - Práticas satisfatórias/insatisfatórias</p>	<p>☞ Recolher opiniões acerca das representações que os supervisores têm acerca das práticas que desenvolvem no decurso dos ensinamentos clínicos</p>	<p>☞ Pedir ao supervisor para explicitar o que mais gosta no trabalho supervisivo e o que menos gosta, justificando;</p> <p>☞ Pedir ao supervisor para descrever como considera que um supervisor deverá ser;</p>	

<p>E - Dificuldades percebidas pelos orientadores/supervisores relativamente à função supervisiva</p>	<p>☞ Caracterizar as dificuldades percebidas pelos supervisores</p>	<p>☞ Pedir ao supervisor que explicita as dificuldades experimentadas no âmbito da supervisão dos estudantes em contexto clínico (dificuldades ligadas ao contexto, à relação com a Escola, à relação supervisiva, à avaliação, etc.);</p> <p>☞ Pedir ao supervisor, relativamente às dificuldades referidas anteriormente para dizer, na sua opinião, quais considera que poderão ser supridas com formação.</p>	
<p>F - Expectativas quanto à formação desejada</p>	<p>☞ Recolher opiniões e expectativas quanto à formação que desejada</p>	<p>☞ Pedir ao supervisor para, perante a hipótese de ser o próprio a organizar uma formação, explicitar as suas propostas e que áreas destacaria (objectivos, conteúdos, actividades, meios, com que formadores);</p> <p>☞ Pedir ao supervisor para explicitar as suas expectativas acerca dessa formação.</p>	<p>☞ Tentar que as respostas do entrevistado sejam o mais pormenorizadas possível.</p>
<p>G - Informações complementares</p>	<p>Recolher elementos de carácter complementar</p>	<p>Pedir ao supervisor para referir aspectos que não tenham sido questionados/abordados e que considere relevantes.</p>	

Anexo II

Pedido de Autorização para a Recolha de Dados na Instituição

Exmo. Senhor
Enfermeiro Supervisor
Do Hospital dos SAMS

João José Rolo Longo, com o nº de trabalhador 6443.2 a exercer funções no Departamento de Cirurgia desse hospital, actualmente a frequentar o Curso de Mestrado em Ciências da Educação – Pedagogia do Ensino Superior, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, no âmbito do qual pretende desenvolver um trabalho de investigação que permita compreender as necessidades de formação dos enfermeiros orientadores/supervisores das práticas clínicas na formação inicial, vem solicitar a V.Ex^a que se digne autorizar a aplicação do instrumento de colheita de dados, que junto anexo, aos referidos enfermeiros.

Solicita também, a V.Ex^a que se digne autorizar a utilização do nome dessa Instituição, na sua dissertação de Mestrado. A confidencialidade é assegurada pelo anonimato (de quem responde e/ou é referido).

Ciente que será dispensada a atenção e colaboração necessária, antecipadamente agradece.

Lisboa, 22 de Outubro de 2004

Pede deferimento

(João José Rolo Longo)

Anexo III

Ficha biográfica das entrevistas



FICHA BIOGRÁFICA

☛ IDENTIFICAÇÃO

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Filhos:

Local de Residência:

☛ FORMAÇÃO

Habilitações:

- Académicas:

- Profissionais:

- Cursos de formação que frequentou na área da orientação/supervisão de alunos em contexto de práticas clínicas:
 -
 -
 -
 -

☛ CARREIRA PROFISSIONAL

- Tempo global de serviço:

- Tempo de serviço efectivo na Instituição:

- Enquanto orientador/supervisor de alunos em contexto clínico:

Anexo IV

Análise de conteúdo das entrevistas



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: <i>Motivações Intrínsecas na Escolha da Profissão</i>							
SUBCATEGORIA	INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA				
			U.R.		U.E. (N=11)		
			N	%	N	%	
Altruísmo	➤ Gostava de Ajudar os Outros	E1,E2,E3,E6,E9,E10	6	44,4%	6	54,5%	
	➤ Gostava de Cuidar	E2,E3,E6,E9,E10	6	16,7%	5	45,4%	
	➤ Sempre Quis Ser Enfermeiro(a)	E8	2	5,6%	1	9,1%	
Gosto Pelas Relações Humanas	➤ Queria uma Profissão que Permitisse o Contacto com Outras Pessoas	E2,E6,E7,E9	12	33,3%	4	36,4%	
TOTAL DA CATEGORIA			36	100%	8	72,7%	

CATEGORIA: <i>Motivações Extrínsecas na Escolha da Profissão</i>							
SUBCATEGORIA	INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA				
			U.R.		U.E. (N=11)		
			N	%	N	%	
Atração Pelo Ambiente Hospitalar	➤ Gostava do Meio Hospitalar	E1,E9	2	11,2%	2	18,2%	
	➤ Tinha Curiosidade Acerca do Meio Hospitalar	E3,E7	3	16,7%	2	18,2%	
Realização Material	➤ Saída Profissional Fácil	E9	1	5,5%	1	9,1%	
	➤ Realização Material	E9	1	5,5%	1	9,1%	
Estímulos ao Acesso	➤ Facilidade de Acesso ao Curso de Enfermagem comparativamente a outras licenciaturas	E3,E4,E5,E7	4	22,2%	4	36,3%	
	➤ Influência de Terceiros	E4,E7,E10	3	16,7%	3	27,2%	
	➤ Flexibilidade de Horários	E7	1	5,5%	1	9,1%	
	➤ Não ter que ser deslocado(a) Geograficamente	E5	1	5,5%	1	9,1%	
	➤ Progressão na Carreira Militar	E10,E11	2	11,2%	2	18,2%	
TOTAL DA CATEGORIA			18	100%	8	72,7%	



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: <i>Atitude Face à Profissão</i>						
SUBCATEGORIA	INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
			U.R.		U.E. (N=11)	
			N	%	N	%
Gosto Pela Profissão	➤ Gostar de ser Enfermeiro(a)	E1,E2,E3,E4,E5, E8,E9,E10	16	48,5%	8	72,7
	➤ Contributo para a Melhoria dos Utentes	E2, E4, E6, E7, E11	4	12,1%	5	45,4%
Atractivos da Profissão	➤ Sentimento de Autonomia Profissional	E1	9	27,3%	1	9,1%
	➤ Questionamento	E1;E9	3	9,1%	2	18,2%
Aspectos Negativos da Profissão	➤ Aspecto Salarial	E3	1	3,0%	1	9,1%
TOTAL DA CATEGORIA			33	100%	11	100%



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: <i>Papéis e Funções</i>						
SUBCATEGORIA	INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
			U.R.		U.E. (N=11)	
			N	%	N	%
Ensino/ Aprendizagem	➤ Ensinar Práticas	E1,E4,E6,E8	5	3,9%	4	36,4%
	➤ Transmitir Conhecimentos Técnicos, Científicos e Pedagógicos	E1,E5,E6,E8	12	9,6%	4	36,4%
	➤ Formar	E1,E4,E7, E9,E10	15	11,9%	5	45,5%
	➤ Promover a Reflexão sobre as Práticas Desenvolvidas	E1,E6,E7,E9	12	9,6%	4	36,4%
	➤ Facilitar o Processo	E1,E5,E6,E7, E8,E10,E11	18	14,2%	7	63,6%
	➤ Esclarecer Dúvidas	E3,E5	2	1,7%	2	18,2%
	➤ Pesquisar/Investigar	E7,E11	2	1,7%	2	18,2%
	➤ Dar "Feedback"	E7	1	0,8%	1	9,1%
Avaliação	➤ Avaliar/Classificar	E1,E2,E4,E5, E7,E8,E11	12	9,5%	7	63,6%
	➤ Corrigir	E1,E5,E8,E11	5	3,9%	4	36,4%
Socialização, Organizacional	➤ Promover a Integração dos Estudantes nas Organizações da Saúde	E2,E3,E5, E8,E11	8	6,3%	5	45,5%
Ser "Modelo Profissional"	➤ Transmitir uma Visão da Profissão "Sem Vícios"	E5,E7,E8,E9, E10,E11	11	8,7%	6	54,5%
	➤ Transmitir Valores	E2,E3,E4,E5, E6,E7,E8,E9, E10,E11	16	12,7%	10	90,9%
Multiplicidade de Papéis	➤ Colega/Amigo/Confidente/ Conselheiro	E1,E3,E5, E6,E8,E9	7	5,5%	6	54,5%
TOTAL DA CATEGORIA			126	100%	11	100%



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: <i>Competências Requeridas para Ser Supervisor</i>						
SUBCATEGORIA	INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
			U.R.		U.E. (N=11)	
			N	%	N	%
Competências Pessoais	➤ Ter estabilidade emocional/maturidade	E1,E2,E9	4	3,4%	3	27,3%
	➤ Ter Postura/Saber-Estar	E3,E4,E5,E6, E7,E8,E9	15	12,6%	7	63,6%
	➤ Ser "Bem-Formado(a)"	E5,E11	2	1,7%	2	18,2%
	➤ Ser Exigente	E8	4	3,4%	1	9,1%
	➤ Estar Motivado(a) para a Função	E11	1	0,8%	1	9,1%
Competências Cognitivas	➤ Ter Conhecimentos Técnicos e Científicos	E2,E4,E6,E7, E8,E11	10	8,4%	6	54,5%
	➤ Ter Conhecimentos Pedagógicos	E4,E7,E8,E9,E10	7	5,9%	5	45,5%
	➤ Ter Espírito Crítico	E6,E7,E11	3	2,5%	3	27,3%
Competências Técnicas	➤ Ter Domínio das Práticas/Ter Experiência Clínica	E1,E2,E4,E5,E6, E7,E9,E10	16	13,4%	8	72,7%
Competências Comunicacionais	➤ Ser Bom Comunicador	E1,E2,E4,E7,E9, E10,E11	10	8,4%	7	63,6%
Competências Relacionais	➤ Estabelecer uma Relação Empática	E2,E5,E6,E9	8	6,7%	4	36,4%
	➤ Ter Capacidade de Ouvir	E5,E7	2	1,7%	2	18,2%
	➤ Ser Disponível	E1,E3,E4,E6,E8, E9,E10	13	11,0%	7	63,6%
	➤ Ser Acessível	E4	1	0,8%	1	9,1%
	➤ "Pôr o Aluno à Vontade"	E1,E2,E3,E5, E6,E8	14	11,8%	6	54,5%
	➤ Ser Presente	E4,E8	3	2,5%	2	18,2%
	➤ Ser Pouco Directivo	E3,E7	2	1,7%	2	18,2%
	➤ Ser Capaz de Gerir Conflitos	E5	2	1,7%	1	9,1%
	➤ Ser Paciente	E5	1	0,8%	1	9,1%
	➤ Ser Simpático	E11	1	0,8%	1	9,1%
TOTAL DA CATEGORIA			119	100%	11	100%



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: <i>Gosto Pessoal pela Função</i>					
INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
➤ Gostar de Ser Supervisor. (em termos Gerais)	E3,E4,E5,E6,E9	12	100%	5	45,5%
TOTAL DA CATEGORIA		12	100%	5	45,5%

CATEGORIA: <i>Contributo para a Formação de Outros</i>					
INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
➤ Gostar de ensinar	E4,E5,E6,E7, E8,E9	11	33,3%	6	54,5%
➤ Gostar de Assistir ao Desenvolvimento e Evolução Profissional do Estudante	E1,E2,E3,E4,E5, E7,E8,E9,E10,E11	21	63,6%	10	90,9%
➤ Fazer a Ponte entre a Teoria e a Prática	E8	1	3,1%	1	9,1%
TOTAL DA CATEGORIA		33	100%	11	100%

CATEGORIA: <i>Contributo para a Auto-Formação</i>					
INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
➤ Predisposição para a Actualização de Conhecimentos	E1,E2,E3,E4,E6,E7, E8,E9,E10,E11	23	65,7%	10	90,9%
➤ A Aprendizagem é Mútua	E1,E3,E5,E6,E7,E9	12	34,3%	6	54,5%
TOTAL DA CATEGORIA		35	100%	11	100%



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: <i>Condições de trabalho Favoráveis</i>					
INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
		U.R.		U.E. (N=11)	
		N	%	N	%
➤ Disponibilidade de Tempo	E1,E3,E6,E11	5	19,2%	4	36,4%
➤ Boas Condições Físicas, Técnicas e Materiais	E4,E6,E8,E9,E10,E11	10	38,5%	6	54,5%
➤ É Fácil Conciliar as Funções de Supervisor e Enfermeiro	E5,E10	3	11,6%	2	18,2%
➤ Profissionais Motivados para Supervisionar os Ensinos Clínicos	E6,E8,E10	4	15,4%	3	27,3%
➤ Bom Acolhimento aos Estudantes por Parte dos Utentes	E8	1	3,8%	1	9,1%
➤ Não permite a rotina	E9	1	3,8%	1	9,1%
➤ Permanece mais Tempo Junto do Utente	E10	2	7,7%	1	9,1%
TOTAL DA CATEGORIA		26	100%	9	81,8%



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: <i>Dificuldades e Problemas Experimentados na Prática Supervisiva</i>							
SUBCATEGORIA	INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA				
			U.R.		U.E. (N=11)		
			N	%	N	%	
Dificuldades com o Contexto	➤ Carácter Impositivo da Função de Supervisor	E1,E3,E4,E5,E6, E9,E11	16	8,0%	7	63,6%	
	➤ "Quarto privado"/Privacidade do Utente	E1, E7	6	3,0%	2	18,2%	
	➤ O Sistema Informático	E1, E9	2	1,0%	2	18,2%	
	➤ Horários/Escalas/Trocas	E1,E2,E3,E4,E7	7	3,5%	5	45,5%	
	➤ Ausência de Compensação Monetária pela Função Supervisiva	E7,E11	3	1,5%	2	18,2%	
	➤ A Grande Rotatividade dos Utentes	E9,E11	2	1,0%	2	18,2%	
	➤ O Espaço Físico do Serviço Distribuir-se por Dois Pisos	E9	2	1,0%	1	9,1%	
➤ A "Postura de Alguns Colegas" Face aos Estudantes	E8,E9	4	2,0%	2	18,2%		
Dificuldades Relacionadas com a Avaliação	➤ É Difícil Avaliar	E1,E2,E3,E4,E5,E6, E7,E8,E9,E10,E11	21	10,5%	11	100%	
	➤ Avaliar é Subjectivo	E1,E3,E5,E7,E11	10	5%	5	45,5%	
	➤ Reprovar Alguém é Difícil	E1,E2,E4,E7,E9	5	2,5%	5	45,5%	
	➤ Inexistência de Avaliações Formativas	E6,E7,E9	8	4,0%	3	27,3%	
	➤ Medo de Ser Injusto	E1,E2,E5,E8,E10	5	2,5%	5	45,5%	
	➤ Metodologias de Avaliação Desadequadas	E7	1	0,5%	1	9,1%	
	➤ Inexistência de uma Meta Avaliação	E7	1	0,5%	1	9,1%	
Dificuldades na Conciliação das Funções Supervisor e Enfermeiro	➤ Na Articulação entre Supervisores, Quando em Situações de Co-Orientação	E1,E3,E4,E5,E6,E7	7	3,5%	6	54,5%	
	➤ Sobrecarga de Trabalho pela Acumulação das Funções Orientador e Enfermeiro	E3,E5,E6,E7	13	6,5%	4	36,4%	



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

	➤ Ser Responsável Pela Actuação do Estudante	E1,E3,E9	5	2,5%	3	27,3%
Dificuldades de Relação com a Escola/Professores	➤ A Relação Instituição/Supervisor - Escola/Professor é Distante e Pontual	E1,E2,E3,E4,E5,E6,E7,E8,E9,E10,E11	31	15,5%	11	100%
	➤ Falta de Preparação Conjunta dos Ensinos Clínicos	E1,E3,E4,E6,E9,E10	26	13,0%	6	54,6%
	➤ Falta de Apoio	E1,E3,E7,E9	8	4,0%	4	36,4%
	➤ Falta de Feedback sobre o Desempenho Supervisivo	E7,E9	6	3,0%	2	18,2%
	➤ Ausência de Gosto/Vocação dos Professores Pelo Ensino	E1	1	0,5%	1	9,1%
	➤ Falta de Preparação Pedagógica dos Professores	E4	1	0,5%	1	9,1%
	➤ Afastamento dos Professores d Prática Clínica	E1,E9	2	1,0%	2	18,2%
Dificuldades Relacionais Supervisor/ Estudante	➤ Relacionadas com as Características do Supervisor;	E7	1	0,5%	1	9,1%
	➤ Estudantes Introversos/"Fechados"	E4,E6,E8	3	1,5%	3	27,3%
	➤ Relacionadas com os "Medos" dos Estudantes	E6,E7	2	1,0%	2	18,2%
	➤ Estudantes desinteressados	E11	1	0,5%	1	9,1%
TOTAL DA CATEGORIA			200	100%	11	100%



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: Razões Explicativas das Dificuldades						
SUBCATEGORIA	INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
			U.R.		U.E. (N=11)	
			N	%	N	%
Dificuldade na Separação de Papéis	➤ É Difícil Separar os Papéis de Supervisor e de Enfermeiro	E1,E3,E6,E9	10	10,6%	4	36,4%
	➤ É Difícil Explicar o Papel de Supervisor	E1,E2,E9	7	7,4%	3	27,3%
Déficit de preparação para Exercer o Papel de Supervisor	➤ Não Estar à Vontade no Papel de Supervisor	E2,E6	5	5,3%	2	18,2%
	➤ Falta de Conhecimentos Pedagógicos	E1,E2,E3,E4,E5 E6,E8,E9,E10	30	31,9%	9	81,8%
	➤ O Trabalho do Supervisor é Empírico	E1,E5,E7,E9,E11	11	11,8%	5	45,5%
	➤ Sente Necessidades de Formação	E2,E4,E5,E7, E9,E11	12	12,8%	6	54,6%
Déficit de Conhecimento Acerca do Percorso Académico do Estudante	➤ Sobre Conteúdos/Matérias/ Disciplinas / Avaliações Anteriores	E1,E3,E5,E6,E7, E9,E10,E11	13	13,8	8	72,7%
Déficit de Conhecimento Acerca dos Estudantes	➤ Ter um Conhecimento Geral Acerca do perfil Psicológico do Estudante	E5,E6,E9,E10	5	5,3%	4	36,4%
Critérios Economicistas na Organização da Formação	➤ Racionalidade Económica/Rentabilização de Recursos	E7	1	1,1%	1	9,1%
TOTAL DA CATEGORIA			94	100%	11	100%



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: Agentes e Modalidades de Formação Obtida						
SUBCATEGORIA	INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
			U.R.		U.E. (N=11)	
			N	%	N	%
Formação Institucionalizada	➤ Curso de Complemento de Formação em Enfermagem	E2,E3,E6,E8, E9,E10	8	19,5%	6	54,6%
	➤ Licenciatura em Ciências da Educação	E7	2	4,9%	1	9,1%
	➤ Curso de Formação de Formadores	E7	2	4,9%	1	9,1%
	➤ Acções de Formação em Serviço	E4,E5	3	7,3%	2	18,2%
	➤ Formação obtida no âmbito de Parceria com uma Escola Superior de Enfermagem	E5,E6,E8	3	7,3%	3	27,3%
Autodidatismo	➤ O Próprio Supervisor Pesquisa...	E1,E3,E5,E6,E7	8	19,5%	5	45,5%
Intercâmbio com Outros Profissionais	➤ Com os Colegas e Outros Profissionais da Equipa Multidisciplinar	E1,E2,E4,E6,E9, E10,E11	15	36,6%	7	63,6%
TOTAL DA CATEGORIA			41	100%	11	100%



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: <i>Finalidades Desejadas</i>						
SUBCATEGORIA	INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
			U.R.		U.E. (N=11)	
			N	%	N	%
Obter mais e Melhores Conhecimentos	➤ Obter Formação em Áreas Lacunares	E2,E3,E4,E9	17	32,0%	6	54,6%
		E10,E11				
Melhorar o Desempenho	➤ Valorização Pessoal	E7	1	1,9%	1	9,1%
	➤ Obter Segurança e Correção nas Práticas Supervisivas	E1,E2,E4,E5,E6	14	26,4%	5	45,5%
	➤ Obter Melhores Profissionais	E1,E5,E6,E9	4	7,5%	4	36,4%
	➤ Aumentar a Qualidade dos Ensinos Clínicos	E5	1	1,9%	1	9,1%
	➤ Melhorar os Cuidados aos Utentes	E5,E6	2	3,8%	2	18,2%
Obter Apoio nas Práticas	➤ Apoio Pedagógico Genérico	E3	1	1,9%	1	9,1%
	➤ Explicitação dos Objectivos do Ensino Clínico	E2,E3	3	5,7%	2	18,2%
	➤ Paralelamente, Ter apoio de Alguém do Serviço/Instituição	E8,E9	10	18,9%	2	18,2%
TOTAL DA CATEGORIA			53	100%	11	100%



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: <i>Dispositivo Organizacional Desejado</i>						
SUBCATEGORIA	INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
			U.R.		U.E. (N=11)	
			N	%	N	%
Organização Formal Desejada	➤ Deverá ser Frequentado em Regime de Voluntariado	E1	4	11,5%	1	9,1%
	➤ Deverá ser Uma Formação Teórico-Prática	E1,E7,E9	3	8,6%	3	27,3%
	➤ Deverá ter Metodologias, Conteúdos e Estratégias Definidas	E1	2	5,7	1	9,1%
Formar em Parcerias	➤ Através de "Colaborações Pontuais" com as Escolas Superiores de Enfermagem	E3,E5,E6	7	20,0%	3	27,3%
	➤ Através de "Protocolos" entre a Instituição de Saúde e as Escolas Superiores de Enfermagem	E4,E7,E8,E9	6	17,1%	4	36,4%
Estratégias Desejadas	➤ Uso de Estratégias Diversificadas; (Expositiva, Brainstorming, Partilha de Vivências, Role-Play, Discussão de Casos, etc.)	E4,E6,E7,E8, E9,E11	13	37,1%	6	54,6%
TOTAL DA CATEGORIA			35	100%	9	81,8%



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: <i>Conteúdos Desejados</i>						
SUBCATEGORIA	INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
			U.R.		U.E. (N=11)	
			N	%	N	%
Psicologia	➤ Psicologia	E4,E6,E11	3	6,3%	3	27,3%
Ciências da Educação	➤ Pedagogia	E1,E2,E4,E5,E7, E8,E9,E11	12	25,0%	8	72,7%
	➤ Estratégias de Supervisão	E4,E5,E6,E7,E9	5	10,4%	5	45,5%
	➤ Avaliação	E1,E2,E3,E4,E5, E6,E7,E8,E10,11	16	33,3%	10	90,9%
	➤ Metodologias de Formação	E1,E5,E6,E8,E10	8	16,6%	5	
	➤ Metodologias Reflexivas	E7	1	2,1%	1	9,1%
Enfermagem	➤ Areas Técnicas e/ou Específicas da Enfermagem	E2,E5,E8	3	6,3%	3	27,3%
TOTAL DA CATEGORIA			48	100%	11	100%



Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA: <i>Formadores Desejados</i>						
SUBCATEGORIA	INDICADOR	SUJEITOS	FREQUÊNCIA			
			U.R.		U.E. (N=11)	
			N	%	N	%
Formadores do Serviço de Saúde	➤ Pessoas com Disponibilidade e Capacidade para Colaborar na Formação e Apoio dos Supervisores	E1,E3,E4,E5, E7,E8,E9	9	16,1%	7	63,6%
Formadores das Escolas Superiores de Enfermagem	➤ Para Transmitirem Conhecimentos Pedagógicos aos Supervisores	E1,E4,E5,E8, E9,E10	7	12,5%	6	54,5%
Formadores Organizados em Parcerias (Serviço de Saúde - Escolas Superiores de Enfermagem)	➤ Aliar a Experiência Clínica ao Conhecimento Pedagógico	E2,E5,E7, E10,E11	5	8,9%	5	45,5%
Perfil Ideal de Formador	➤ Com Experiência Teórico-Prática	E1,E2,E3,E4, E8,E10	8	14,3%	6	54,5%
	➤ Com Características Pessoais Adequadas	E1	1	1,8%	1	9,1%
	➤ Ter Postura	E1,E2,E10	3	5,4%	3	27,3%
	➤ Ser Paciente	E1	1	1,8%	1	9,1%
	➤ Ser Competente	E1,E2,E3,E5,E7, E8,E10,E11	11	19,6%	8	72,7%
	➤ Ser Bom Comunicador	E1,E2,E3,E6,E7, E10,E11	7	12,5%	7	63,6%
	➤ Que saiba comunicar	E3	1	1,8%	1	9,1%
	➤ Ter formação	E1,E7,E10	3	5,4%	3	27,3%
TOTAL DA CATEGORIA			52	100%	10	90,9%

Faculdade de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade de Lisboa
BIBLIOTECA

Impressão e acabamento
David J.B. Barreira
Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa
Alameda da Universidade
1600-214 Lisboa
Tel./Fax: 21 797 20 49
E-mail: davidjbarreira@sapo.pt