



Universidade do Minho
Instituto de Educação

**Supervisão no ensino clínico em enfermagem:
um estudo com alunos do 3º ano de
enfermagem no serviço de cirurgia**

Maria Isabel Marques Rodrigues Correia

UMinho | 2011

Maria Isabel Marques Rodrigues Correia

**Supervisão no ensino clínico em enfermagem:
um estudo com alunos do 3º ano de
enfermagem no serviço de cirurgia**

Outubro de 2011



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Maria Isabel Marques Rodrigues Correia

**Supervisão no ensino clínico em enfermagem:
um estudo com alunos do 3º ano de
enfermagem no serviço de cirurgia**

Relatório de Estágio
Mestrado em Educação
Área de Especialização em Mediação Educacional e
Supervisão na Formação

Trabalho realizado sob a orientação da
Doutora Maria Teresa Machado Vilaça

Outubro de 2011

DECLARAÇÃO

Nome: Maria Isabel Marques Rodrigues Correia

Endereço electrónico: isabel.correia@iol.pt

Telemóvel: 962415236

Número do Bilhete de Identidade: 12159291

Título do relatório de estágio: Supervisão no ensino clínico em enfermagem: um estudo com alunos do 3º ano de enfermagem no serviço de cirurgia

Orientadora: Doutora Maria Teresa Machado Vilaça

Ano de conclusão: 2011

Designação do Mestrado: Mestrado em Educação, Área de Especialização em Mediação Educacional e Supervisão na Formação

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES RELATÓRIOS, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 28 de Outubro de 2011

(Maria Isabel Marques Rodrigues Correia)

AGRADECIMENTOS

Procurar uma formação ao longo da vida que promova a qualidade e a excelência de uma profissão depende apenas de cada um de nós. No entanto, este percurso só pode ter o verdadeiro êxito se acompanhado por profissionais competentes, motivados e ávidos de mais conhecimento. Neste meu percurso de mestrado tive o privilégio de encontrar uma dessas pessoas. Uma professora sensível, atenta, curiosa, e que sempre me motivou para a procura de mais conhecimento. Com a sua digna e cuidada orientação consegui transpor no papel toda a minha experiência profissional como supervisora das práticas clínicas em enfermagem de forma a deixar um documento que possibilitasse retratar toda a minha (con) vivência supervisiva e que de alguma forma se pudesse tornar um contributo para outros actores supervisivos. Neste sentido gostaria de expressar todo o meu agradecimento e reconhecimento à dedicada Professora Doutora Maria Teresa Machado Vilaça, que em muito contribuiu para que este projecto se tornasse exequível.

Agradeço também aos demais profissionais de ensino que espicaçaram o meu gosto pelo ensino e pela aprendizagem de novas experiências e aquisição de novos saberes.

Quero agradecer aos meus colegas enfermeiros, aos meus queridos alunos e à minha enfermeira chefe pelo apoio, disponibilidade e colaboração neste projecto. As suas reflexões, as suas acções e as suas posturas profissionais foram eixos centrais na consecução deste trabalho. É a eles que eu dedico este trabalho e àqueles que, como eles procuram zelar pela excelência dos cuidados de enfermagem através de uma prática reflexiva.

Finalmente um especial agradecimento à minha família e aos meus amigos pela paciência e generosidade que me concederam e que me permitiu ter espaço, tempo e disponibilidade para este mestrado. Ao meu pai, que sempre me “empurrou” para os livros e de quem herdei a teimosia e a coragem para o empreendimento de obras como esta, um muito obrigada. Obrigada a todos os que acreditaram em mim e nas minhas capacidades para terminar este trabalho.

Supervisão no ensino clínico em enfermagem: um estudo com alunos do 3º ano de enfermagem no serviço de cirurgia

RESUMO

Fazer supervisão em clínica em enfermagem é (re) pensar as práticas e o processo formativo, de modo a aprofundar no aluno, futuro enfermeiro, não só o cariz científico da profissão, como também o desenvolvimento das suas capacidades de análise crítica e reflexiva que contribuem para o seu desenvolvimento pessoal e profissional ao longo da vida. Assim, este estágio retratou o meu percurso supervisivo numa unidade hospitalar com base nos seguintes objectivos: analisar a percepção da supervisora sobre as características da reflexão desenvolvida por alunos de enfermagem durante o estágio no ensino clínico; descrever as características principais dos níveis de reflexão nuclear de alunos de enfermagem no final desse estágio; identificar as opiniões dos alunos de enfermagem sobre o processo de supervisão durante o estágio e as características de um bom supervisor.

Para a consecução desses objectivos foi utilizada uma metodologia de investigação qualitativa em que a recolha de dados foi feita durante o processo de supervisão no ensino clínico através da observação participante e com recurso a estratégias de supervisão como diários de sessões, semanários reflexivos dos estagiários, portefólios da terapêutica e das patologias, estudos de caso, reflexões críticas no final do ensino clínico e grelhas de avaliação intercalar e final do ensino clínico. Finalmente, procedeu-se a uma entrevista semi-estruturada de reflexão nuclear sobre o estágio e as competências desejáveis no supervisor.

A reflexão desenvolvida por alunos de enfermagem durante o estágio no ensino clínico mostrou que: à medida que o ensino clínico decorria, estes, iam interiorizando as orientações, reajustavam comportamentos e posturas e progrediam gradualmente no seu desempenho e na aquisição de competências; nas situações de maior ansiedade, o papel da supervisora foi fundamental; a relação supervisiva assentou num clima afectivo-relacional e cultural, de entajuda, abertura, cordialidade, empatia, autenticidade e motivação; o semanário foi considerado uma estratégia importante no relato e expressão dos factos e opiniões, publicamente difíceis de revelar, mas os alunos sentiram algum constrangimento na sua redacção; o estudo de caso foi valorizado por possibilitar uma reflexão sobre a prática; a reflexão crítica no final do estágio mostrou que os alunos confrontam o “eu” pessoal com o “eu” do futuro enfermeiro ao analisar criticamente o seu percurso; o facto de a supervisora pertencer à instituição onde está a ser realizado o estágio é uma mais-valia, embora existam outras características necessárias a um bom supervisor. Os resultados desta investigação mostraram que a prática e investigação sobre as estratégias supervisivas acima descritas, deverão ser aprofundadas no futuro para se promover um ensino clínico que seja mais eficaz no desenvolvimento pessoal e profissional dos alunos futuros enfermeiros.

Supervision de l'enseignement clinique en soins infirmiers: une étude avec des élèves infirmiers de 3ème année dans un service de chirurgie.

RÉSUMÉ

Faire la supervision de l'enseignement clinique en soins infirmiers c'est (re) penser les pratiques et le processus formatif, de manière à approfondir chez l'élève, futur infirmier, non seulement le caractère scientifique de la profession, comme aussi le développement de ses capacités d'analyse critique et réflexive qui contribuent à son développement personnel et professionnel au long de la vie. Ainsi, ce stage a décrit mon parcours supervisé dans un service hospitalier reposant sur les objectifs suivants: analyser la perception de la superviseuse sur les caractéristiques de la réflexion développée par les élèves infirmiers durant le stage en soins cliniques; décrire les principales caractéristiques des niveaux de réflexion nucléaire des élèves infirmiers en final de stage; identifier les opinions des élèves infirmiers sur le processus de supervision durant le stage et les caractéristiques d'un bon superviseur.

Pour la réalisation de ces objectifs il a été utilisée une méthodologie d'investigation qualitative où le relevé des données s'est fait pendant le processus de supervision en soins cliniques au travers d'une observation participante et utilisant des stratégies de supervision comme les carnets de bords, les hebdomadaires réflexifs des stagiaires, les portfolios de la thérapeutique et des pathologies, les études de cas, les réflexions critiques en fin de soins cliniques et les grilles d'évaluation intercalaires et finales des soins cliniques. Finalement, il a été réalisée une entrevue semi-structurée de réflexion nucléaire sur le stage et les compétences souhaitables chez le superviseur.

La réflexion développée par les élèves infirmiers durant le stage en soins cliniques a démontrée que: à mesure que le stage en soins cliniques decourrait, les élèves infirmiers, interiorisaient les orientations, réajustaient leurs comportements et leurs postures et progressaient peu à peu au niveau de leurs performances et acquisition de compétences; face aux situations de grande anxiété, le rôle de la superviseuse s'est révélé fondamental; la relation supervisée c'est basée sur un climat affectivo-relationnel et culturel, d'entraide, d'ouverture, de cordialité, d'empathie, d'authenticité et de motivation; l'hebdomadaire a été considéré une stratégie importante de rapport et d'expression des faits et des opinions, publiquement difficiles de révéler, cependant les élèves ont quand même sentit une certaine contrainte à sa rédaction; l'étude de cas a été valorisé par la possibilité qu'il proporcionne de réfléchir sur la pratique; la réflexion critique finale a montrée que les élèves confrontent le "moi" personnel avec le "moi" futur infirmier en analysant de façon critique leurs parcours; le fait que la superviseuse fasse partie de l'institution de stage c'est révélé um atout, bien qu'existent d'autres caractéristiques nécessaires à un bon superviseur.

Les résultats de cette investigation ont montrés que la pratique et l'investigation au niveau des stratégies supervisées supra-citées, deveront être approfondies dans le futur pour que l'on puisse promouvoir un enseignement clinique qui soit encore plus efficace au développement personnel et professionnel des élèves, futurs infirmiers.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vii
ÍNDICE	ix
LISTA DE QUADROS	xiii
LISTA DE TABELAS	xv
LISTA DE FIGURAS	xvii

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1 Introdução	1
1.2 Apresentação sumária do tema do estágio	1
1.2.1 Contextualização geral do estágio	1
1.2.2 Actualidade e pertinência do estágio na supervisão em clínica na enfermagem	2
1.3 Estrutura do relatório de estágio	7

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTÁGIO

2.1 Introdução	11
2.2 Enquadramento do estágio na instituição	11
2.2.1 Caracterização da instituição em que decorreu o estágio	11
2.2.2 Âmbito específico da realização do estágio	14
2.2.3 Público-alvo	17
2.3 Apresentação da área problemática e objectivos de intervenção e investigação	20
2.3.1 Importância do estágio no âmbito da área de Especialização em Mediação Educacional e Supervisão na Formação	20
2.3.2 Identificação e avaliação do diagnóstico de necessidades, motivações e expectativas	23
2.3.3 Finalidade e objectivos do estágio	27

CAPÍTULO III – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PROBLEMÁTICA DO ESTÁGIO

3.1	Introdução	29
3.2	Referencial teórico e investigação em supervisão	30
3.2.1	Perspectiva histórica da Enfermagem	30
3.2.2	Enfermagem, formação e supervisão no contexto e práticas profissionais	43
3.2.3	Supervisão em contexto clínico	56
3.2.4	Supervisão, desenvolvimento pessoal e profissional e competências do supervisor	68
3.3	Identificação dos contributos teóricos mobilizados para a problemática específica da intervenção e investigação	108
3.3.1	Contributos para o desenvolvimento e regulação do processo supervisiivo neste estágio	108
3.3.2	Contributos para ser um bom supervisor	116

CAPÍTULO IV – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTÁGIO

4.1	Introdução	119
4.2	Descrição geral do estágio	119
4.3	Apresentação e fundamentação da metodologia de intervenção e investigação no estágio	121
4.3.1	Fundamentação e apresentação da metodologia usada no estágio durante o processo de supervisão	121
4.3.2	Fundamentação e apresentação do desenho de investigação usado no estágio	137
4.3.3	Seleção e validação dos instrumentos de recolha de dados	139
4.3.4	Procedimentos usados na recolha de dados	150
4.3.5	Tratamento e análise de dados	151
4.3.6	Identificação dos recursos mobilizados e das limitações do processo	151

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
5.1 Introdução	153
5.2 Apresentação e discussão do trabalho de intervenção e investigação desenvolvido no estágio	153
5.2.1 Percepção da supervisora sobre as características da reflexão dos estagiários durante o ensino clínico	153
5.2.2 Níveis de reflexão nuclear dos estagiários no final do ensino clínico	185
5.2.3 Opinião dos estagiários no final do ensino clínico sobre o estágio e as características de um bom supervisor	211
5.3 Resultados previsíveis e imprevisíveis: uma síntese final baseada em evidências	231
5.3.1 Resultados previsíveis	231
5.3.2 Resultados imprevisíveis	234
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	
6.1 Introdução	237
6.2 Análise crítica dos resultados e suas implicações	237
6.3 Impacto do estágio	239
6.3.1 Impacto do estágio a nível pessoal	239
6.3.2 Repercussões do estágio na instituição	240
6.3.3 Impacto do estágio a nível de conhecimento na área de especialização	241
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	243
APÊNDICES	253
Apêndice 1- Informação complementar	255
Apêndice 2- Protocolo da entrevista “Reflexão nuclear sobre o estágio e competências de um bom supervisor”	259
ANEXOS	265
Anexo 1. Grelha de avaliação sumativa intercalar e final do ensino clínico	267
Anexo 2. Exemplo do portefólio de um aluno futuro enfermeiro	271
Anexo 3. Excerto do semanário de um aluno futuro enfermeiro	277
Anexo 4. Excerto da reflexão de uma aluna futura enfermeira	281
Anexo 5. Excerto da reflexão de um aluno futuro enfermeiro	285
Anexo 6. Excerto do estudo de caso de uma aluna futura enfermeira	289

LISTA DE QUADROS

1. Caracterização dos alunos de enfermagem público-alvo deste estágio	19
2. Ciclo do processo de supervisão no contexto clínico	58
3. Ciclo do processo de supervisão clínica	58
4. Processo de aprendizagem em situações clínicas	61
5. Descrição do estágio por aluno	126
6. Mapa de trabalho dos supervisores	127
7. Estrutura do protocolo de entrevista a alunos estagiários futuros enfermeiros	149
8. Medicamentos escolhidos por aluno no Portefólio sobre a principal terapêutica utilizada no Serviço de Cirurgia	155
9. Patologia escolhida por aluno no Portefólio	155
10. Doente do estudo de caso por aluno	166
11. Responsabilidade dos alunos no ensino clínico	176
12. Prática ética e legal dos alunos no ensino clínico	177
13. Prestação de cuidados dos alunos no ensino clínico	178
14. Gestão de cuidados dos alunos no ensino clínico	179
15. Desenvolvimento profissional dos alunos no ensino clínico	180

LISTA DE TABELAS

1. Primeiro contacto com o contexto de estágio	185
2. Contributo da visita ao serviço no início do estágio para a adaptação ao contexto de estágio	186
3. Caracterização do primeiro doente para a planificação dos cuidados de enfermagem	187
4. Percepção da integração na equipa de enfermagem	188
5. Percepção da integração no grupo de estágio	190
6. Impressões mais positivas no contexto de trabalho	191
7. Impressões mais negativas no contexto de trabalho	192
8. Estratégias utilizadas para estabelecer prioridades no cuidar de mais do que um doente	193
9. Tipo de colheita de dados para a identificação dos diagnósticos de enfermagem	194
10. Dificuldades sentidas na aplicação da prática segundo os padrões de qualidade instituídos pela Ordem dos Enfermeiros	195
11. Estratégias utilizadas no cumprimento da administração da terapêutica ao doente	197
12. Estratégias utilizadas na correlação da terapêutica pós-operatória com o tipo de intervenção cirúrgica e/ou o estado de saúde inicial do doente	197
13. Estratégias utilizadas em situações problemáticas do pós-operatório para distinguir intervenções de enfermagem autónomas e intervenções de enfermagem por prescrição médica	198
14. Organização dos cuidados de higiene e conforto ao doente	199
15. Responsabilidades e cuidados na implementação e administração da dieta do doente	201
16. Tipo de relação criada com o doente	202
17. Crenças nos conhecimentos adquiridos durante o estágio para o exercício de funções	205
18. Competências consideradas necessárias ao exercício de funções	206
19. Crenças nos contributos do processo formativo para o desenvolvimento pessoal	207
20. Papéis atribuídos ao enfermeiro	208
21. Missões atribuídas ao enfermeiro	210

22. Contributos do portefólio da terapêutica para o cumprimento da prescrição médica	212
23. Papéis atribuídos ao semanário no processo de desenvolvimento pessoal e profissional	213
24. Reuniões individuais com a supervisora	215
25. Assuntos das reuniões de grupo com a supervisora	215
26. Características de um/a supervisor/a ideal	216
27. Aspectos considerados essenciais existir no/a supervisor/a para motivar o interesse pela prática clínica e pelos conteúdos no processo de aprendizagem	218
28. Condições ideais para o processo supervisivo	220
29. Percepção do processo de avaliação	222
30. Contributos do processo de avaliação para a melhoria do desempenho	223
31. Contributos do ambiente afectivo-relacional criado durante o processo supervisivo entre o aluno e a supervisora para o desenvolvimento pessoal e profissional	224
32. Contributos da estratégia de distribuição dos doentes proposta pela supervisora para o desenvolvimento de competências para o cuidar	226
33. Estratégias utilizadas na adaptação do plano de cuidados aos imprevistos encontrados e inerentes ao contexto de estágio e à condição de saúde do doente	227
34. Crenças no/a supervisor/a como modelo de boas práticas de enfermagem e de bom exercício profissional	229

LISTA DE FIGURAS

1. Organograma Serviço de Cirurgia II	15
2. Competências do enfermeiro de cuidados gerais	51
3. Orientações adaptativas do processo de aprendizagem	69
4. Processo de aprendizagem e formas básicas de conhecimento	70
5. Processos de construção e desenvolvimento profissional	77
6. Concepção e práticas de supervisão	79
7. Natureza dos contextos e sua articulação	81
8. Modelo de reflexão nuclear	95
9. Ambiente ecológico de desenvolvimento do aluno de enfermagem em contexto de ensino clínico de Bronfenbrenner	104
10. Transição ecológica de Bronfenbrenner	105
11. Estratégias de aprendizagem/supervisão	106
12. Visão geral do estágio	120
13. Visão geral do processo de investigação durante estágio	138

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Introdução

Este capítulo faz uma apresentação sumária do tema do estágio realizado no serviço de Cirurgia do Hospital. Numa primeira secção, faz-se uma apresentação sumária do tema de estágio (1.2) contextualizando o estágio (1.2.1), e relevando a sua actualidade e pertinencia na supervisão em clínica na enfermagem (1.2.2). Para terminar, descreve-se a estrutura geral do relatório de estágio (1.3).

1.2 Apresentação sumária do tema do estágio

1.2.1 Contextualização geral do estágio

Exercendo funções de orientadora pedagógica há cerca de doze anos e trabalhando com várias escolas de saúde e com alunos de enfermagem de diferentes anos de formação, encarei este projecto como sendo um projecto desafiador e interessante pela possibilidade de estruturar um projecto de investigação/intervenção que retratasse o meu percurso de trabalho em supervisão numa Unidade Hospitalar e que permitisse identificar problemas/situações profissionais em contexto de Formação e Supervisão da Formação, que eu pudesse analisar criticamente e construir estratégias de investigação-intervenção sobre as situações identificadas. Esta investigação/intervenção por mim iniciada visou analisar a percepção da supervisora sobre as características da reflexão desenvolvida por alunos de enfermagem durante o estágio no ensino clínico; as características principais dos níveis de reflexão nuclear desses alunos no final do estágio

e as suas opiniões sobre o processo de supervisão durante o estágio e as características de um bom supervisor. Por um lado, pretende-se contribuir para que os alunos entendam a supervisão como um processo emancipador e facilitador da aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional e, por outro lado, para que a supervisora melhore a sua prática supervisiva.

1.2.2 Actualidade e pertinência do estágio na supervisão em clínica na enfermagem

Considerando que a Enfermagem como disciplina científica que se quer viva, requer a constante renovação e produção de conhecimento na área, pressupondo que os seus profissionais adquirem durante a formação uma atitude de questionamento face às suas práticas e aos contextos em que elas se exercem, seja a nível institucional, organizacional, grupal ou individual, torna-se necessário garantir um ensino exigente e eficaz, formando enfermeiros capazes de dar resposta a uma sociedade exigente e complexa.

Para dar resposta a esta prerrogativa, o papel da Supervisão em Clínica torna-se fundamental. Do mesmo modo, importa referir a importância e a responsabilidade que tem cada actor social envolvido neste processo de formação, assim como se realça que o sucesso da formação se deve basear numa estreita articulação entre o mundo do trabalho e a escola, numa partilha sistemática de experiências onde o processo formativo é o seu principal objectivo.

Pode-se entender a Supervisão em Clínica como um processo em que um docente, ou profissional experiente sustenta, orienta, ajuda a reflectir e aconselha um estudante, na construção do seu conhecimento em enfermagem tal como referiu Alarcão e Tavares (2003) a propósito de supervisão na formação inicial de professores.

Evoluir é próprio de uma sociedade, próprio do ser humano e do cidadão. Esta evolução deve ser direccionada para a emancipação e valorização do indivíduo como pessoa e como profissional, tal como tem vindo a acontecer na Enfermagem que foi evoluindo ao longo dos anos, a nível do seu desenvolvimento teórico e evolução das suas práticas clínicas.

O(a) enfermeiro(a) foi conquistando o reconhecimento do seu papel social e da

sua autonomia no exercício da sua profissão. A prestação dos cuidados de enfermagem é, hoje, definida no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, Decreto-Lei nº161/96) e tem por objectivos fundamentais, promover a saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes (artigo 9º do REPE) e executadas por profissionais qualificados e competentes (artigo 4º do REPE). A criação da Ordem dos Enfermeiros, em 1998, veio consolidar o domínio das suas competências. Efectivamente, a Ordem tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional (artigo 3º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). Perante isto, torna-se imprescindível uma constante reflexão no que concerne à melhoria dos cuidados de enfermagem e uma constante reflexão sobre o próprio exercício profissional. Como é referido no ponto 6 do artigo 9º do REPE, os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente organizando, coordenando, executando, supervisando e avaliando a formação dos enfermeiros (alínea a) e colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos (alínea e).

Nos últimos anos da década de noventa, a multiplicação de estudos na área de supervisão na clínica em enfermagem, acabou por consolidar a supervisão no ensino clínico em enfermagem como um processo de acompanhamento de competências clínicas dos alunos e da formação em exercício dos enfermeiros (Abreu, 2003). Actualmente, a acreditação concedida pelo *King's Fund Health Quality Service*, referentes aos serviços de enfermagem, inclui uma referência expressa à supervisão das práticas clínicas (Abreu, 2003).

O termo “clínico” é central na área da saúde. Por definição, desenvolvem actividades clínicas os profissionais de saúde que se “debruçam” (cuidam, tratam, curam) sobre os doentes, orientando, ajudando ou mesmo substituindo-os no desenvolvimento das suas actividades de vida (Abreu, 2007, p. 16). Como refere Abreu

(2003), "a clínica é um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais. Implica a articulação de processos de reflexão na e sobre a acção" (p. 9). Matos (1997, cit. por Silva & Silva, 2004), considera que 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" (p.103).

A aprendizagem em contexto clínico surge através de múltiplas actividades que vão propiciar aos alunos um leque variado de experiências das quais se pretende que eles retirem o máximo proveito e que lhes permita a aplicação de conhecimentos, mediante formulação do juízo clínico, o qual conduz a uma intervenção reflectida, ao combinar os elementos do saber, saber fazer e do saber estar, no processo de cuidados ao utente/família que experimenta uma transição de saúde-doença (Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, 2010).

No regulamento geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem (Portaria nº799-D/99, de 18 de Setembro) refere-se que "o plano de estudos inclui de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico" (Artigo 3º). Mais, no artigo 5º da mesma legislação, refere-se que "o ensino clínico é assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração do pessoal de saúde qualificado".

Como referem Garrido e Simões (2007), a formação dos profissionais de saúde tem por objectivo prepará-los para tomar decisões e agir em contextos complexos, difíceis e mutáveis. Na sua opinião, não se deve limitar apenas a um ensino teórico mas também incorporar um ensino prático, onde possam ser desenvolvidas competências individuais. O ensino clínico, como estratégia para a aprendizagem e aperfeiçoamento do cuidar profissional, valoriza o pensamento crítico e reflexivo do aluno sobre o seu desempenho, considerando-o fundamental na sua orientação. Assim, as estratégias de ensino e aprendizagem são sempre de natureza reflexiva e de interacção entre professor/aluno e aluno/equipa de saúde.

Courtois (1992, cit. por Silva & Silva, 2004) acentua que "...não é suficiente que a situação de trabalho possua um potencial formativo. É preciso, também, que a

interacção das pessoas com esta situação faça sentido para elas” (p.104). Nos tempos actuais, com a crescente procura da excelência dos cuidados e da promoção da qualidade dos cuidados, as Escolas de Enfermagem e Instituições de Saúde trabalham em parceria, sendo que a Escola tem um papel preponderante na preparação dos alunos para a filosofia da qualidade dos cuidados e desenvolvimento de competências clínicas, e as Instituições de Saúde uma importância central na formação dos enfermeiros. Este pensamento é apoiado por Silva e Silva (2004, cit. por Garrido & Simões, 2007), que referem que para que estas competências se desenvolvam, torna-se necessário que exista uma colaboração/articulação entre os dois locais de formação (escolas e organizações de saúde) de modo a que a teoria se repercute na prática e que as práticas influenciem e actualizem o processo de ensino e aprendizagem.

Neste contexto, explorar o estudo da supervisão das práticas clínicas em enfermagem, mostra *per si* a importância deste estágio, que se revela de todo interessante e pertinente dada a importância que estes profissionais de saúde têm actualmente como comunidade profissional e científica no sistema de saúde e na garantia de cuidados de saúde de qualidade para a população. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem colocados ao mais alto nível de qualificação técnica, científica e ética para satisfazer as necessidades dos utentes, requerem que os enfermeiros adquiram um nível de competências que satisfaça todos estes requisitos. Por estes motivos, a supervisão em clínica em enfermagem tem um papel de grande responsabilidade e, a possibilidade de um largo campo de actuação para atingir a excelência dos cuidados de enfermagem, torna claro a necessidade de conhecer a percepção dos alunos de enfermagem sobre a importância da supervisão na sua formação, com vista a melhorar a prática supervisiva dos seus intervenientes.

A realização deste estágio, como já fui referindo ao longo deste relatório, tem na sua base, e este é outro motivo pelo qual me inscrevi neste mestrado, uma preocupação constante, como enfermeira e supervisora, com a excelência dos cuidados de enfermagem. Não se formam bons enfermeiros, capazes de prestar cuidados de enfermagem de qualidade à população, se os seus modelos de formação não tiverem em consideração o papel dos formadores e dos supervisores das práticas clínicas na formação inicial dos alunos de enfermagem.

O que mostra também a pertinência da realização deste estágio, é ele permitir adquirir e reforçar conhecimentos sobre supervisão na formação e contribuir, de alguma forma, para que os alunos de enfermagem entendam a supervisão das práticas clínicas como um processo emancipador e facilitador da aprendizagem e do desenvolvimento pessoal e profissional. Este estágio também se torna pertinente, porque o relatório pode eventualmente servir de guia de orientação ou de reflexão para quem, como eu, integra funções de supervisão e procura melhorar as suas competências e aptidões.

A supervisão, pelas suas características emancipadora e transformadora dos actores e dos contextos, surge e assume-se como uma modalidade formadora que valida a qualidade e adequação das práticas aos contextos socioprofissionais, mas também participa no desenvolvimento pessoal e socioprofissional do sujeito (Costa, Silva, & Moreira, 2009). A supervisão em ensino clínico constitui um momento privilegiado de reflexão e de comunicação, devendo ser realizada de forma contínua e orientada para o desenvolvimento pessoal, profissional e para o desenvolvimento da sociedade humana (Garrido & Simões, 2007). O conceito de responsabilidade social do educador enquanto parte do processo supervisivo, assim como a promoção da indagação e intervenção crítica, democraticidade, dialogicidade e participação dos intervenientes, são condições essenciais neste processo (Vieira, 2009). Estas linhas orientadoras para a prática de um supervisor, que estão subjacentes a este estágio, são, também, evidências da importância deste estágio para a evolução dos participantes na supervisão no contexto clínico, no sentido de tornar estes princípios práticas activas no seu quotidiano.

Esta minha preocupação com a supervisão em clínica não é uma preocupação recente. Segundo Abreu (2003), já no século X, Al Rashid, em Bagdad, defendia a necessidade de acompanhamento clínico dos médicos por profissionais experientes e, Hildegarde Peplau, nas suas teorias relativas à epistemologia de formação em enfermagem, explicava que o acompanhamento das práticas clínicas se identificava com um processo integrado onde ao desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais se associavam a inteligência emocional, preocupações éticas e pensamento relacional. Peplau mais tarde deu corpo à supervisão clínica em enfermagem, sistematizando uma série de preocupações no contexto de enfermagem e, Jean Watson considerou a supervisão em clínica como um processo que também

permite o “crescimento” e a “maturação” pessoal e espiritual dos enfermeiros (Abreu, 2003).

De uma forma geral, todos os autores que retrataram a supervisão em clínica, estabeleceram uma articulação efectiva entre a prática clínica, o desenvolvimento profissional e a formação de uma inteligência emocional (Abreu, 2003). Assim, e atendendo ao facto de exercer funções de enfermeira e supervisora de ensinamentos clínicos em enfermagem, com a legítima preocupação de sustentar teoricamente a minha prática supervisiva e desempenhar com competência o papel que me foi atribuído, considere útil e necessário investigar aspectos dessa supervisão com os quais me fui deparando ao longo do meu exercício profissional e que me foram suscitando reflexões e preocupações, mas também me foram inculcando responsabilidades sociais, morais e éticas na formação de novos profissionais, perante os utentes dos cuidados de enfermagem e perante toda uma equipa multidisciplinar envolvida no processo de formação.

Por todas estas razões, a opção de realizar o estágio em contexto hospitalar foi, para mim, a mais pertinente, na medida em que a supervisão é um tema que está actualmente a ser explorado pelos enfermeiros com grande interesse e motivação, e porque o contexto e o tema em questão fazem parte integrante do meu percurso profissional e pessoal.

1.3 Estrutura do relatório de estágio

Este relatório está dividido por capítulos. No primeiro capítulo (introdução) foi feita uma apresentação sumária do tema do estágio (1.2), onde se fez uma contextualização geral do estágio (1.2.1) e se analisou a actualidade e pertinência do estágio na supervisão em clínica na enfermagem (1.2.2). Por fim, apresentou-se a estrutura geral do relatório de estágio (1.3).

O segundo capítulo (enquadramento contextual do estágio) inicia-se com uma breve introdução (2.1) e seguem-se duas secções. A primeira secção faz o enquadramento do estágio na instituição (2.2) e subdivide-se em três partes: caracterização da instituição em que decorreu o estágio (2.2.1), o âmbito específico da

realização do estágio (2.2.2) e a descrição do público-alvo (2.2.3). A segunda secção apresenta a área problemática e objectivos de intervenção e investigação (2.3) e subdivide-se em três partes: importância do estágio no âmbito da área de Especialização em Mediação Educacional e Supervisão na Formação (2.3.1), a identificação e avaliação do diagnóstico de necessidades, motivações e expectativas (2.3.2) e a finalidade e objectivos do estágio (2.3.3).

O terceiro capítulo (enquadramento teórico da problemática do estágio) inicia-se com uma introdução (3.1) e seguem-se duas secções. A primeira secção apresenta o referencial teórico e a investigação em supervisão (3.2) e subdivide-se em quatro partes: a perspectiva histórica da enfermagem (3.2.1), a Enfermagem, formação e supervisão no contexto e práticas profissionais (3.2.2), a supervisão em contexto clínico (3.2.3) e a supervisão em contexto clínico (3.2.4). A segunda secção propõe identificar os contributos teóricos mobilizados para a problemática específica da intervenção e investigação (3.3) e subdivide-se em duas partes: contributos para o desenvolvimento e regulação do processo supervisivo neste estágio (3.3.1) e contributos para ser um bom supervisor (3.3.2).

O quarto capítulo (enquadramento metodológico do estágio) inicia-se com uma introdução (4.1) e seguem-se duas secções. A primeira secção faz a descrição geral do estágio (4.2) e a segunda secção faz a apresentação e a fundamentação da metodologia de intervenção e investigação no estágio (4.3). Esta segunda secção subdivide-se em seis partes: fundamentação e apresentação da metodologia usada no estágio durante o processo de supervisão (4.3.1), fundamentação e apresentação do desenho de investigação usado no estágio (4.3.2), selecção e validação dos instrumentos de recolha de dados (4.3.3), procedimentos usados na recolha de dados (4.3.4), tratamento e análise de dados (4.3.5) e identificação dos recursos mobilizados e das limitações do processo (4.3.6).

O quinto capítulo (apresentação e discussão dos resultados) inicia-se com uma introdução (5.1) e seguem duas secções. A primeira secção faz a apresentação e discussão do trabalho de intervenção e investigação desenvolvida no estágio (5.2) e subdivide-se em três partes: percepção da supervisora sobre as características da reflexão dos estagiários durante o ensino clínico (5.2.1), níveis de reflexão nuclear dos

estagiários no final do ensino clínico (5.2.2) e opinião dos estagiários no final do ensino clínico sobre o estágio e as características de um bom supervisor (5.2.3). A segunda secção aponta os resultados previsíveis e imprevisíveis: uma síntese final baseada em evidências (5.3) e subdivide-se em duas partes: resultados previsíveis (5.3.1) e resultados imprevisíveis (5.3.2).

Finalmente o sexto capítulo (considerações finais) inicia-se com uma introdução (6.1) e seguem-se duas secções. A primeira secção faz a análise crítica dos resultados e suas implicações (6.2) e a segunda secção apresenta o impacto do estágio (6.3) subdividindo-se em três partes: impacto do estágio a nível pessoal (6.3.1), repercussões do estágio na instituição (6.3.2) e impacto do estágio a nível de conhecimento na área de especialização (6.3.3).

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTÁGIO

2.1 Introdução

Neste capítulo, faz-se o enquadramento do estágio na instituição (2.2), a caracterização da instituição em que este decorreu (2.2.1), o âmbito específico da realização do mesmo (2.2.2) e a identificação do público-alvo (2.2.3). Posteriormente é apresentada a área problemática e os objectivos de intervenção e investigação (2.3), realçando a importância deste estágio no âmbito da área de especialização em mediação educacional e supervisão na formação (2.3.1), a identificação e avaliação do diagnóstico de necessidades, motivações e expectativas (2.3.2) e por último, apresenta-se a finalidade e os objectivos do estágio (2.3.3).

2.2 Enquadramento do estágio na instituição

2.2.1 Caracterização da instituição em que decorreu o estágio

O Hospital onde foi realizado o estágio foi fundado em 1508 pelo Arcebispo D. Diogo de Sousa. Com a categoria de Hospital Central desde 1992, está integrado na rede hospitalar nacional e é considerado de referência para o seu Distrito, constituindo a última linha de cuidados de saúde hospitalares, sendo de cerca de 1.100000 habitantes a população abrangida pelas diferentes áreas assistenciais. As instalações hospitalares eram inicialmente constituídas por vários pavilhões situados em duas freguesias da cidade e, mais tarde, em 1992 surgiu noutra freguesia o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (antigamente denominado por Centro de Saúde Mental). A lotação praticada é de 509 camas, 50 berços e 37 camas destinadas à Psiquiatria.

Há várias valências médicas neste Hospital (Apêndice 1, Quadro 1) com

serviços de apoio a toda a sua actividade (Apêndice 1, Quadro 2) e vários serviços com internamento: Cardiologia/UCIC (Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia); Cirurgia; Medicina Física e Reabilitação; Ginecologia; Medicina I; Medicina II; Neonatologia/UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais); Neurocirurgia; Neurologia; Obstetrícia; Bloco de Partos; Ortopedia Homens; Ortopedia Mulheres; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Pediatria Adolescentes; Pediatria; Psiquiatria; UCIP (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente); Urologia.

Encontram-se em funções neste Hospital, até Outubro de 2009, 1861 funcionários, dos quais 505 são enfermeiros pertencentes ao quadro do Hospital, 130 são enfermeiros com contratos a termo certo e 472 são médicos, o que perfaz um total de 1107 profissionais. O restante pessoal hospitalar conta com 754 funcionários distribuídos pelas carreiras técnicas, administrativas, pessoal operacional (encarregados e assistentes) e serviço religioso. Os utentes acedem ao Hospital através da Consulta Externa, Hospital de Dia e Serviço de Urgência. A última acreditação do Hospital data de 2008 e até Setembro de 2009 era um hospital público com uma gestão do Estado. Em 9 de Fevereiro de 2009 foi celebrado um Contrato de Gestão por concepção, construção, organização e funcionamento do Hospital em regime de parceria público-privada. Na sequência da concessão do respectivo Visto do Tribunal de Contas, a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar teve lugar no dia 1 de Setembro de 2009. Esta nova sociedade construiu um novo hospital central que entrou em funcionamento em Maio de 2011. Esta sociedade tem como accionista o maior grupo privado de gestão e prestação de cuidados de saúde na Península Ibérica, com uma experiência de mais de 65 anos.

Após a transmissão da gestão do Hospital, a Comissão Executiva do actual hospital, elaborou e publicou em 22 de Setembro de 2009, uma comunicação interna do Presidente da Comissão Executiva para todos os profissionais do Hospital, que descreve a estrutura organizacional do Hospital. A nova administração ficou composta por vários órgãos (Apêndice 1, Figura 1): o *Conselho de Administração*, composto por nove elementos, é responsável pela nomeação da Comissão Executiva, pelo acompanhamento da actividade e pelas grandes decisões estratégicas e de investimento; a *Comissão Executiva*, composta por três administradores executivos da sociedade, reúne pelo menos uma vez por semana para deliberações e tem a responsabilidade pela gestão da

sociedade, funcionando em equipa, com uma organização por pelouros. O pelouro do presidente da Comissão Executiva, compreende a actividade assistencial, o pelouro do Administrador Executivo compreende todas as actividades de apoio e, finalmente, o pelouro do outro Administrador Executivo compreende as ligações do hospital com a Universidade, com a rede de cuidados de saúde e com a comunidade em geral.

A *actividade assistencial*, reporte directo ao presidente da Comissão Executiva, é constituída pela Direcção Clínica, a Direcção de Enfermagem, a Direcção de Produção e a Direcção de Farmácia. À Direcção Clínica cabe garantir a gestão técnica dos serviços clínicos, identificar e promover a melhoria da qualidade e eficiência da prestação de cuidados, zelar pela correcta integração da actividade dos vários serviços clínicos e desenvolver, em articulação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e com os directores dos serviços clínicos, protocolos de actuação clínica na área do medicamento, do uso de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de outros que se venham a mostrar serem necessários para o desempenho clínico. A Direcção de Enfermagem coordena os serviços de enfermagem e dos assistentes operacionais, garante a prestação de cuidados de enfermagem com eficiência e qualidade, zela pelo uso de boas práticas e promove uma maior eficiência no uso de materiais clínicos e dos recursos humanos necessários ao bom desempenho dos serviços. A Direcção de Produção garante a coordenação da gestão da actividade produtiva, contratualizando a actividade com os serviços clínicos e facultando-lhes os meios necessários para o seu desempenho e identifica e promove a melhoria da qualidade e eficiência da operação com vista a maximizar os resultados de exploração. A Direcção de Farmácia promove uma terapêutica racional, segura, eficaz e atempada, aos doentes, de forma integrada com a restante equipa de saúde.

As actividades de apoio, reportes directos ao administrador executivo, são constituídas por sete Direcções (Apêndice 1, Figura 1). A *Direcção de Planeamento e Controlo* é responsável pela: coordenação dos processos de planeamento da actividade, de orçamentação e de acompanhamento da execução do contrato, nomeadamente através do desenvolvimento e exploração de um sistema de informação de gestão; coordenação dos processos de mudança e de melhorias operacionais e centralização do relacionamento com a gestão do contrato. A *Direcção da Qualidade e Gestão do Risco*

é responsável pelas tarefas relacionadas com a qualidade, a gestão de risco e o controlo de infecção. A *Direcção de Logística*, é responsável pela gestão das áreas de aprovisionamento, serviços hoteleiros, manutenção, instalações e equipamento e pelo relacionamento com a Entidade Gestora do Edifício (entidade responsável pela construção do novo hospital). A *Direcção Jurídica e Secretaria-geral* dão o apoio jurídico em todas as áreas necessárias, com excepção de serviços de contencioso e laboral. A *Direcção de Recursos Humanos, Comunicação e Sustentabilidade* é responsável pelas tarefas relativas à gestão de recursos humanos, à comunicação interna e externa e à sustentabilidade da organização. A *Direcção de Sistemas de Informação* é responsável pela implementação e gestão das aplicações e infra-estruturas de sistemas de informação do hospital. E, para terminar, a *Direcção Financeira, de Facturação e Cobranças* é responsável pela gestão financeira da sociedade (contabilidade, tesouraria e bancos) e pela implementação e execução rigorosa dos procedimentos de facturação e cobrança do hospital.

Quanto às ligações do hospital com a Universidade, com a rede de cuidados de saúde e com a comunidade em geral, reportes directos ao administrador executivo, estas são estabelecidas através da Direcção de Formação, Ensino e Investigação e a Direcção de Integração de Cuidados e da Comunidade.

A Direcção de Formação, Ensino e Investigação, é responsável pela promoção e coordenação das actividades de carácter formativo, ensino pré e pós graduado e de investigação, e pela gestão e articulação das diferentes estruturas hospitalares ligadas aquelas áreas, de modo a rentabilizar meios humanos, equipamentos e instalações. A Direcção de Integração de Cuidados e da Comunidade é responsável pela agilização dos processos que promovam a articulação e prestação integral de cuidados entre as várias instituições parceiras do Hospital.

2.2.2 Âmbito específico da realização do estágio

O presente estágio decorreu no Serviço de Cirurgia II, do Piso 2 do Hospital, serviço onde exerço funções desde Março de 1994. É um serviço de Cirurgia Geral com capacidade para 22 camas de internamentos provenientes do Serviço de Urgência, da

Consulta Externa, do Hospital de Dia, do Bloco Operatório e da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente ou Intermédios. Eventualmente por falta de vaga nos seus serviços de origem, o serviço de Cirurgia II pode acolher doentes de Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Estomatologia, Urologia e Cirurgia I. Também são realizadas cirurgias programadas pelo que os doentes são admitidos no serviço com data marcada e depois de realizada a preparação pré-operatória (consulta médica de Cirurgia e Anestesia e respectivos exames analíticos e radiológicos).

Este Serviço situa-se no pavilhão Sul com camas no 2º piso, do lado nascente e possui oito quartos perfazendo, na totalidade, 22 camas. O Serviço de Cirurgia II representa-se pelo organograma que se apresenta na figura 1.

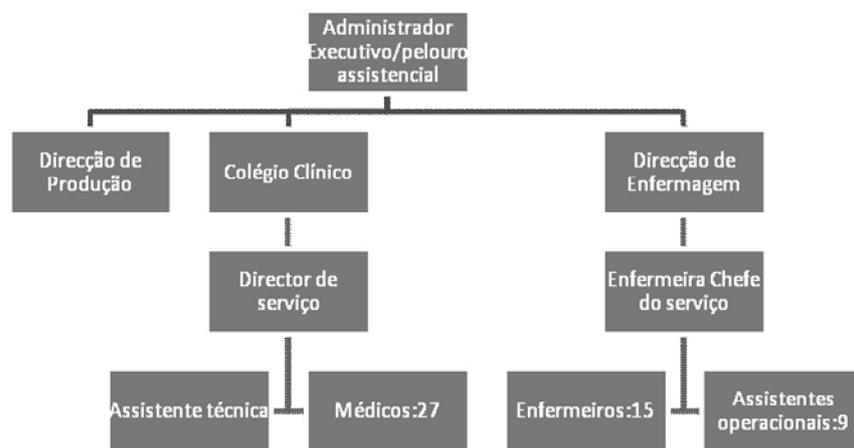


Figura 1. Organograma Serviço de Cirurgia II

A *Direcção de Produção*, o *Colégio Clínico* e a *Direcção de Enfermagem* têm como responsável máximo o Administrador Executivo, sabendo que qualquer decisão organizacional passa pela sua autorização. A *Direcção de Produção* gere os assistentes técnicos, ou seja, a secretária de unidade. O *Colégio Clínico*, através do Director de Serviço, gere as equipas médicas e a secretária, mas, também, as equipas de enfermagem e assistentes operacionais da unidade através da enfermeira chefe do serviço, que representa a Direcção de Enfermagem. Digamos que o Director de Serviço é o pivô central que faz a ligação com as três ordens de direcção. A Direcção de Enfermagem, através da enfermeira chefe, faz a gestão dos enfermeiros e assistentes

operacionais da unidade. Cada Direcção tem o papel de gestão de recursos humanos e de materiais, assim como de zelar pelo bom funcionamento do serviço de Cirurgia 2.

Este projecto de estágio foi elaborado para ser desenvolvido durante a supervisão do estágio de estudantes de enfermagem realizado, como já foi referido, no serviço de Cirurgia 2 do Hospital, na área da Supervisão em Clínica. Este projecto comportou um público-alvo que sofreu uma influência multidisciplinar na medida em que o processo de formação e supervisão envolveu, em contexto clínico, vários intervenientes com implicações e actuações diversas, diferentes, directas ou indirectas na formação e supervisão de alunos de enfermagem.

Os profissionais do serviço de Cirurgia 2 do Hospital constituem-se por uma equipa multidisciplinar. Entende-se por equipa multidisciplinar, o grupo de profissionais médicos composto por 3 equipas médicas, chefiadas pelo Director de Serviço, as equipas de enfermagem e de Assistentes Operacionais, chefiadas pela Enfermeira Chefe, e a Secretária de Unidade. Durante o período do ensino clínico integram nesta equipa multidisciplinar a enfermeira supervisora dos alunos e o docente responsável pelo ensino clínico, sendo que a enfermeira supervisora é enfermeira do serviço.

Os ensinamentos clínicos pedidos pelas Instituições de Ensino em Enfermagem são autorizados pelo Conselho Executivo do Hospital. A repartição do número de alunos de enfermagem por campo de estágio é discutida em reunião com os diferentes enfermeiros chefes de serviço e os docentes responsáveis das instituições de ensino. O número de alunos a estagiar no serviço de Cirurgia 2 é ponderado pela Enfermeira Chefe com base no número de doentes que comporta o serviço, ou seja, vinte e dois doentes, de modo a permitir aos alunos maximizar as várias oportunidades de experiências.

Tendo o serviço de Cirurgia 2, oito quartos, seis com três camas cada e dois com duas camas cada, a Enfermeira Chefe considera que seis alunos é o número adequado à sua unidade, para que o ensino clínico decorra com todo o aproveitamento possível para todas as partes envolvidas no processo de ensino e aprendizagem. É permitido um grupo de oito alunos, quando dois desses alunos são escalados diariamente para o Bloco Operatório ou para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente para o estágio de observação. Neste caso, ficam sempre seis alunos no serviço.

O plano de estudos do Curso de Enfermagem da Escola Superior de

Enfermagem da Universidade integra 50% de carga horária total do Curso na componente de prática clínica. A Directiva 2005/136/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005 através do nº5 do artº31 define, oficialmente, o ensino clínico de Enfermagem ao nível Europeu como a vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende, integrado numa equipa e em contacto directo com a pessoa sã ou doente e/ou uma comunidade, a planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas.

O candidato a enfermeiro aprende a trabalhar em equipa, a gerir uma equipa e a organizar cuidados de enfermagem globais. Esta aprendizagem inclui educação para a saúde do indivíduo ou colectividade, em instituição de saúde ou na comunidade. O ensino clínico é ministrado em hospitais ou outras instituições de saúde e na comunidade, sob supervisão de enfermeiros docentes em parceria com enfermeiros qualificados das instituições em causa, e através de actividades inerentes aos cuidados de enfermagem com a pretensão de desenvolver atitudes, competências e responsabilidades profissionais no candidato a enfermeiro.

2.2.3 Público-alvo

O ensino clínico em enfermagem médica e cirúrgica vem dar cumprimento ao plano de estudos da licenciatura em enfermagem e constitui uma componente prática das unidades curriculares de todos os anos de formação. No entanto, no contexto clínico de cirurgia apenas estagiam alunos do 2º, 3º e 4º ano de licenciatura, porque o plano de estudo do 1º ano de formação apresenta o indivíduo na sua globalidade e não, necessariamente, na condição de doente. É neste ano que são leccionados os fundamentos da enfermagem, a sua epistemologia e a sua história. É igualmente, feita nos dois semestres, uma introdução à saúde pública e educação para a saúde, assim como são leccionadas, entre outras unidades curriculares básicas, a anatomia-fisiologia, microbiologia, biofísica, bioquímica e socioantropologia da saúde. Assim, os seus respectivos ensinamentos clínicos são programados em serviços de saúde comunitária e de cuidados de saúde primários. Nos anos seguintes de formação, as unidades curriculares

são mais específicas no que respeita às patologias e campos de intervenção da enfermagem, por isso, os ensinamentos clínicos são realizados em especialidades médicas e cirúrgicas.

O planeamento dos ensinamentos clínicos é realizado de acordo com a disponibilidade dos serviços e os protocolos estabelecidos entre as escolas e o hospital, e alternam entre as várias instituições de ensino que tenham esse protocolo acordado. Assim, durante o ano, realizam estágios clínicos alunos de diferentes escolas e anos diferentes. O que se recomenda a nível institucional, é que haja um número aceitável de alunos por serviço de forma a rentabilizar o ensino clínico. A título de exemplo, no ano lectivo 2008/2009, estiveram presentes no campo de estágio da cirurgia 2: seis alunos do 3º ano de licenciatura em enfermagem de uma instituição no período compreendido entre 27 de Outubro de 2008 e 19 de Dezembro de 2009; de 9 de Fevereiro de 2009 a 22 de Maio de 2009, foram supervisionados sete alunos do 2º ano de enfermagem do mesmo instituto de ensino; de 25 de Maio de 2009 a 17 de Julho de 2009, estagiaram 9 alunos do 2º ano de enfermagem, de uma Escola Superior de Enfermagem. No ano lectivo, 2009/2010, estiveram em estágio sete alunos do 2º ano de enfermagem, da ES, de 17 de Maio de 2010 a 23 de Julho de 2010.

No presente ano lectivo 2010/2011, de 10 de Janeiro de 2011 a 25 de Fevereiro de 2011, foram supervisionados seis alunos do 3º ano de enfermagem do Instituto já referido. Está programado outro ensino clínico no serviço de cirurgia 2 desde o início em Junho até finais de Julho de 2011, para alunos do 2º ano de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem, já nas instalações novas do hospital. Todos estes ensinamentos clínicos foram por mim supervisionados, assim como o será este último no novo hospital.

Neste sentido, para a construção e elaboração deste relatório, foram envolvidos neste estágio, os seis alunos do 3º ano de enfermagem do Instituto, que realizaram o ensino clínico no período compreendido entre 10 de Janeiro de 2011 e 25 de Fevereiro de 2011, no serviço de cirurgia 2.

Sujeitos envolvidos neste estágio

Esta amostra foi considerada uma amostra de conveniência (Gall, Borg, & Gall,

1996), porque estes seis alunos de enfermagem foram supervisionados por mim, enfermeira do serviço e estagiária de mestrado, tal como todos têm sido supervisionados, mas o que levou à sua selecção foi o facto de na altura em que estavam a realizar o estágio ser a altura adequada para o desenvolvimento desta fase do meu estágio de supervisão na e sobre a prática supervisiva. Os estagiários acompanhados para atingir os objectivos deste estágio estão caracterizados no quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos alunos de enfermagem público-alvo deste estágio

Nomes	Idade	Estágios anteriores
Hélder*	20	1º Ano - Lar. 2º Ano - Centro de Saúde e Hospital - serviço de Ortopedia. 3º Ano - Extensão de Saúde e Hospital - Departamento de Psiquiatria.
Maria*	21	1º Ano - no Lar. 2º Ano - Unidade de Saúde Familiar e Hospital - Cuidados Continuados. 3º Ano - Unidade de Saúde Familiar e Hospital - Departamento de Psiquiatria.
Sofia*	22	1º Ano - Lar. 2º Ano - Unidade de Saúde Familiar e Hospital - Cuidados Continuados. 3º Ano - Unidade de Saúde Familiar e Hospital - Departamento de Psiquiatria.
Rafaela*	23	1º Ano - Lar. 2º Ano - Unidade de Saúde Familiar e Hospital - Cuidados Continuados. 3º Ano - Unidade de Saúde Familiar e Hospital - Departamento de Psiquiatria.
Karina *	32	1º Ano - Lar. 2º Ano - Centro de Saúde e hospital. 3º Ano - Centro de Saúde.
Joana *	34	1º Ano - Lar. 2º Ano - Centro de Saúde e Hospital - Serviço de Medicina. 3º Ano - Unidade de Saúde Familiar e Unidade Local de Saúde - Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria.

* Os nomes são fictícios

Este grupo é constituído só por alunos, entre os 21 e 34 anos. A programação e estruturação dos ensinamentos clínicos pelos anos de formação destes alunos seguem um padrão: antes de realizarem o ensino clínico em especialidades médicas e cirúrgicas, passam por ensinamentos clínicos em unidades de saúde que prestam cuidados de saúde primários, cuidados a utentes idosos nos lares ou a utentes de psiquiatria. Estes ensinamentos têm por objectivo fazer com que o aluno de enfermagem percepcione a enfermagem como uma prestação de cuidados de saúde pública, mas também permitem ao aluno entender o indivíduo na sua globalidade e privilegiar a educação para a saúde, aperfeiçoar a comunicação terapêutica e uma relação de ajuda. Aqui o indivíduo é entendido como um todo, com necessidades específicas e onde o campo de intervenção da enfermagem é, num primeiro nível, meramente de carácter preventivo. A

especificidade do indivíduo e da sua condição de doença será trabalhada nos ensinamentos clínicos mais diferenciados.

2.3 Apresentação da área problemática e objectivos de intervenção e investigação

2.3.1 Importância do estágio no âmbito da área de Especialização em Mediação Educacional e Supervisão na Formação

A supervisão em clínica na enfermagem é um processo que tem por base uma relação estreita com o supervisor e o seu supervisionado ou, como refere Garrido e Simões (2007), entre um profissional que exerce práticas clínicas de saúde e um aluno em formação. É a partir dessa relação e deste processo de colaboração formal estruturado, que se desenvolvem, passo a passo, competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade (Garrido & Simões, 2007), cuja finalidade será o desenvolvimento pessoal e profissional de cada um dos intervenientes.

Apesar de estar sujeita às limitações e entraves que cada contexto clínico tem por inerência, e de estar sujeita ao tipo de parceria que se delinea quando o processo supervisiivo está em desenvolvimento, com todos os intervenientes envolvidos, sejam eles da instituição de ensino ou de saúde, a supervisão em clínica deve ser, mesmo assim, encarada como um processo colaborativo, formal, estruturado e emancipador no qual o candidato a enfermeiro desenvolve capacidades e competências que lhe permitirão exercer o seu percurso profissional com proficiência, ética e deontologia. Do mesmo modo, a supervisão em clínica na enfermagem possibilita ao supervisor uma constante reflexão sobre as suas práticas supervisivas e, conseqüentemente, o desenvolvimento pessoal e profissional que é intrínseco a esse (re) pensar das práticas.

O Departamento de Saúde do Reino Unido, definiu supervisão clínica em enfermagem como “um processo formal de apoio profissional e acompanhamento que permite aos formandos desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pelo próprio desempenho profissional e proteger os utentes em situações clínicas complexas...” (Department of Health, 1993, cit. por Abreu, 2007, p.18).

Segundo Garrido, Simões e Pires (2008), umas das preocupações actuais das instituições de ensino é organizar e implementar um processo de supervisão em clínica

de enfermagem que promova o desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes e profissionais de enfermagem através de um processo reflexivo e com o objectivo de os formar para uma prática efectiva e eficiente, executando intervenções adequadas e realistas, em contextos imprevisíveis. Por outro lado, e segundo os mesmos autores, as instituições de saúde, hoje submetidas a processos de acreditação, no que respeita a qualidade das práticas assistenciais, vêm-se obrigadas a participar activamente na supervisão em contexto clínico, sendo ela uma das normas que garanta a acreditação da instituição. Uma das normas a respeitar para que a instituição seja acreditada, é esta ter, na área de supervisão em clínica: “implementado um programa eficaz e contínuo para medir, avaliar e melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem aos utentes” (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2003, cit. por Abreu, 2003, p. 42).

Há alguns anos atrás, a supervisão de alunos de enfermagem em ensinamentos clínicos era exclusivamente da responsabilidade dos docentes, ficando os enfermeiros das instituições de saúde à margem deste processo de formação, ou porque não lhes era pedida colaboração ou porque se considerava que a prática destes profissionais tinha carências científicas (Carvalho, 2003). Para Gago (2008), a consciencialização de que este tipo de orientação fomentava a dicotomia teoria/prática e as dificuldades na integração de profissionais recém-formados, e aliada a mudanças sociopolíticas, levaram à reformulação do processo formativo apelando à envolvimento e responsabilidade dos docentes e enfermeiros, assim como das escolas e instituições.

Como refere Abreu (2007), na base da supervisão clínica em enfermagem está o princípio do desenvolvimento pessoal e profissional. Hawkins e Shohet (1989, cit. por Abreu, 2007), sugerem mesmo que a supervisão clínica é um processo desenvolvimental cuja ênfase é colocada no desenvolvimento da relação supervisiva, como uma forma de proporcionar suporte e apoiar o supervisionado. Para Garrido et al. (2008), “o impacto potencial da supervisão em clínica na enfermagem manifesta-se fundamentalmente a nível da qualidade de cuidados e no desenvolvimento pessoal e profissional” (p. 80). Ou seja, a supervisão proporcionará ao aluno uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, com os seus deveres e responsabilidades perante ele próprio e a sociedade.

Como consequência, este estágio revelou-se importante em dois aspectos: o primeiro, foi promover a melhoria da supervisão nos cuidados de enfermagem através de uma prática supervisiva consciente e competente e, o segundo, foi desenvolver no aluno, futuro enfermeiro, esse mesmo sentido de responsabilidade na promoção da qualidade de cuidados e na percepção do processo supervisivo, como motor do seu desenvolvimento pessoal e profissional. Desta forma, este estágio contribuiu para uma melhor compreensão dos estudantes de enfermagem sobre o papel da supervisão no seu desenvolvimento pessoal e profissional e para que entendessem a supervisão como um processo de acompanhamento das práticas clínicas e facilitador da aprendizagem. Mais, contribuiu, também, para que a prática supervisiva da supervisora fosse melhorada.

Existem já muitos trabalhos realizados sobre a supervisão na formação inicial de professores, e muitos deles serviram de base de sustentação para este estágio e, consequentemente, para a elaboração deste relatório. Assim, no âmbito da área de especialização deste Mestrado, e à luz da minha prática profissional como enfermeira e supervisora das práticas clínicas, este trabalho permitiu tornar evidentes os elementos comuns que existem entre a supervisão na formação inicial de professores e a supervisão na formação inicial de enfermeiros. Além disso, explorar os conceitos de supervisão, perceber qual a importância da supervisão como motor do desenvolvimento pessoal e profissional no que respeita à formação de professores, permitiu-me transferir esta prática da supervisão, para o meu campo profissional. Efectivamente, o nível de exigências, cada vez mais alto, colocado actualmente na área da saúde, obriga os prestadores desses cuidados a (re) pensarem continuamente as suas práticas. O confronto diário com a tomada de decisão em situações cada vez mais complexas, em contextos cada vez mais diferenciados, obriga os profissionais a procurarem atingir um nível de competências que converge para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Neste sentido, a supervisão no contexto clínico assume todo o seu sentido e todo o seu valor formativo, transformador e emancipador. Segundo Alarcão e Tavares (2003), a supervisão é dinamizadora e acompanha o desenvolvimento qualitativo da organização escola e dos que nela trabalham. Assim, considero que o mesmo se pode aplicar à organização hospital (ou outra instituição de saúde). A supervisão das práticas clínicas acompanha o desenvolvimento qualitativo da organização hospital (ou outra

instituição de saúde) e dos que nele trabalham. Parafraseando Alarcão e Tavares (2003), a construção de uma escola reflexiva ou de um hospital reflexivo cabe aos seus actores educativos. Daí a relevância e pertinência deste estágio no contexto da clínica.

2.3.2 Identificação e avaliação do diagnóstico de necessidades, motivações e expectativas

Na área da formação constata-se grande empenho da Enfermagem em (re) pensar constantemente as suas práticas para fazer face às exigências cada vez mais crescentes da sociedade actual em matéria de saúde.

Durante a minha experiência de supervisão, fui constatando que a formação em contexto de trabalho confronta diariamente o profissional de saúde e o aluno com a sua tomada de decisão frente a uma determinada situação com a qual se depara. Numa mesma perspectiva, Abreu (2003), diz da supervisão, que esta ocorre em contextos reais, sobre indivíduos que interagem e sobre dinâmicas de colaboração. Acrescenta que “a resolução de problemas, a tomada de decisão ou a definição de uma profissionalidade estão dependentes da dialéctica entre teoria e prática, de um certo “modus operandi” e de processos de autonomização progressiva” (Abreu, 2003, p.19). Assim, podemos deduzir que os conhecimentos adquiridos em contexto de sala de aula são importantes para poderem ser mobilizados juntamente com estratégias e processos cognitivos, pessoais e experiências, próprios do indivíduo, quer seja aluno ou profissional, de modo a resolver a problemática em questão e fazer face à situação em curso.

Constato, no entanto, actualmente, algum desfasamento entre os conteúdos teóricos e a realidade da prática profissional nos contextos de trabalho. Abreu (2003), já tinha referido a esse respeito “a existência de “decalages” entre os modelos profissionais teóricos e os emergentes das “realidades profissionais” (Abreu, 2003, p.24). Efectivamente, pela minha experiência como enfermeira, a prestação dos cuidados de enfermagem apela a uma constante mobilização do saber, saber-fazer e saber-ser numa perspectiva holística e sempre com o maior rigor e qualidade no agir profissional para paliar às necessidades do utente. Isto significa, que o desenvolvimento profissional contínuo do enfermeiro deve ser encorajado a partir da formação inicial, ao

desenvolver-lhe competências de reflexão “na” e “sobre” a acção (nível cognitivo) e a reflexão sobre a reflexão na acção (nível metacognitivo), tal como defendido inicialmente por Schön (1991, cit. por Alarcão & Tavares, 2003) e desenvolvido, pela primeira vez no cenário reflexivo de supervisão.

As dinâmicas do cuidar, como refere Abreu (2003), serão tanto ou mais respeitadas, se ao aluno se disponibilizar as “ferramentas” que lhe possibilitarão a melhor tomada de decisão possível quanto à sua actuação nos cuidados a prestar. Assim, para mim, é fundamental que estes saberes se conjuguem equilibradamente num processo formativo e que se proporcione ao estudante em enfermagem, não só o conhecimento científico e desenvolvimento de competências técnicas, como também, capacidades reflexivas e espírito crítico que lhe permitam articular de forma coerente com os cuidados e com as suas próprias crenças, os conhecimentos teóricos aprendidos e os saberes práticos dos contextos de trabalho, tal como é defendido pelos modelos supervisivos dialógicos (Alarcão & Tavares, 2003).

Abreu (2003), acrescenta que esta fase de acompanhamento do aluno pelo docente ou supervisor, é fundamental para o seu desenvolvimento como pessoa e profissional, porque os problemas que lhe vão surgindo, foram abordados em sala de aula, mas só agora é que ele tem verdadeiramente a consciência deles.

Do mesmo modo, podemos dizer que o saber prático pode e deve ser encarado como parte integrante da actualização do ensino teórico. A esse respeito, Abreu (2003), refere que “o processo contínuo de supervisão, vai permitir ao aluno conceptualizar a sua própria prática, recompondo e acondicionando os novos saberes e os que anteriormente adquiriu, mesmo os que derivam da consciência que de si possuem como pessoas e futuros enfermeiros” (p. 38). A reflexão na prática profissional e no contexto supervisivo, sobre estes níveis de identidade e missão são defendidos por Korthagen (2009) no seu, tão conhecido, modelo de reflexão nuclear, ou “modelo de cebola”, que será posteriormente explorado (ver secção 3.2.4). Durante a minha vida profissional, também tenho recolhido evidências de que a supervisão tem um papel crucial para que o formando cresça durante o seu percurso de ensino e aprendizagem tanto a nível pessoal como profissional.

Vários são os autores, como por exemplo, Abreu (2003, 2007), Alarcão e

Tavares (2003), ou Fonseca (2006), que defendem que a supervisão promove todo este processo de desenvolvimento pessoal e profissional quando se interage com o aluno, permitindo-lhe o seu espaço de reflexão e actuação, facilitando a sua tomada de decisão sem nunca se substituir a ele.

Alarcão e Tavares (2003), no que respeita à formação de professores e referindo-se ao modelo da supervisão clínica, caracterizam-no como a colaboração (elemento chave neste modelo) entre professor e supervisor com vista ao aperfeiçoamento da prática docente com base na observação e análise das situações reais de ensino. Os mesmos autores, também defendem que o professor deve ter uma atitude activa e o supervisor uma atitude de apoio e de recurso, para ajudar o professor a ultrapassar as dificuldades sentidas na sua profissão. Mais acrescentam, que para que a supervisão decorra de forma a resolver situações complexas ou problemas, é necessário que se estabeleça entre o supervisor e o professor, uma relação de trabalho, baseada na confiança, sem tensões, para que o professor se sinta confiante e partilhe as suas preocupações e dificuldades com o supervisor. Numa evolução dos estudos sobre a dinâmica supervisiva, Alarcão e Tavares (2003) enfatizam, no cenário dialógico da supervisão, o papel da linguagem e do diálogo crítico na construção da cultura e do conhecimento dos professores (enfermeiros) como profissionais, acentuando duas dimensões na formação, as dimensões política e emancipadora, dentro de um processo de supervisão onde supervisor e supervisado estabelecem entre si relações de partilha num processo mútuo de auto-conhecimento, descoberta, desenvolvimento pessoal e desenvolvimento profissional.

Este modelo, no meu entender, pode ser adaptado ao contexto clínico na medida em que propicia um diálogo aberto para chegar a acordo em determinadas situações de maior complexidade e ponderar decisões e estratégias de intervenção, num clima de respeito, confiança e calma que abarca não só o ambiente hospitalar, como também, o social e político.

A supervisão tem intrínseco um processo de mediação e construção do processo de formação onde ambas as partes (supervisor e supervisado) devem procurar cada qual o seu ponto de satisfação. À luz do que refere Sá-Chaves (2009), “a acção supervisiva ao procurar conhecer e ajudar nos processos formativos que se vão instituindo na acção

relacional pressupõe, dada a sua inacessibilidade, a necessidade de encontrar formas de mediação através das quais a comunicação possa estabelecer-se... a essência da supervisão é mesmo a acção mediadora em toda a sua complexidade” (p. 52).

Pela minha experiência, o aluno aprende com a ajuda do docente ou supervisor ou supervisor e docente, mas o docente ou o supervisor também aprende com o aluno podendo (re) pensar também a prática supervisiva para actualizá-la, alterá-la ou melhorá-la. Considero também que o crescimento pessoal e profissional de todos os intervenientes na formação é possível quando se estabelece um feedback pessoal e profissional contínuo durante o processo formativo. Por outras palavras, é importante que cada actor no processo ensino-aprendizagem conheça o seu papel e conheça, entenda e respeite o do outro, para que cada um tire o aproveitamento que necessita para evoluir pessoal e profissionalmente.

Sendo eu, enfermeira de base e porque me foi dada, há já alguns anos, a oportunidade de adquirir experiência como supervisora das práticas clínicas, a minha principal motivação é a necessidade que eu sinto de promover nos outros enfermeiros não só o meu gosto pela supervisão como também o sentido de responsabilidade que lhe está intrínseco, e porque da sua boa prática, depende a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem e a qualidade formativa de quem os presta. O que eu constato, actualmente, é alguma desmotivação ou desinteresse dos profissionais de saúde pela prática supervisiva. Na minha opinião, isto acontece porque, atendendo à conjuntura socioeconómica actual e ao estabelecimento de novas políticas de saúde, de contenção de recursos não só materiais como humanos, a disponibilidade dos próprios profissionais de ensino e de saúde tem vindo a sofrer alguma limitação. Efectivamente, os serviços de saúde que recebem alunos em ensino clínico deparam-se, com maior frequência, com um acompanhamento supervisivo pouco experiente tanto a nível de conhecimento de supervisão como a nível de conhecimento profissional da enfermagem. Assim, a supervisão das práticas clínicas é realizada num ambiente pouco seguro e pouco confortável para quem supervisa e para quem é supervisionado, porque a falta de experiência e perícia dos seus actores não permite estabelecer a tão referida relação de partilha e confiança no processo de ensino e aprendizagem. Do mesmo modo, a articulação que existia (e felizmente alguma ainda existe) entre a instituição de

ensino e a instituição de saúde, através do elo de ligação que estava representado pelo enfermeiro do serviço, nem sempre se verifica actualmente. Assim, no meu entender, esta “falha” na parceria escola-hospital, já fortemente consolidada e comprovada cientificamente, faz com que os enfermeiros desvalorizem o papel que têm na supervisão dos alunos de enfermagem e deleguem simplesmente essa função ao supervisor da escola. Daí resulta uma quebra no estímulo ao desenvolvimento de uma boa prática profissional e ao desenvolvimento de uma prática reflexiva. Na minha opinião, isto acontece porque os alunos, de acordo com a minha experiência profissional, frequentemente referem, que a presença do enfermeiro do serviço na supervisão das suas práticas lhes proporciona estabilidade, segurança e confiança nas suas intervenções e que essa presença ameniza o stress associado à prática clínica.

Com este estágio, pretendo contribuir para que todos os intervenientes neste processo de formação e supervisão entendam a necessidade de se implementar boas práticas nesta área. Como iremos ver nos próximos capítulos deste relatório, não existe um único modelo de supervisão. Diferentes contextos socioclínicos e políticos podem conduzir a modelos diferenciados de supervisão. O que importa, é que o propósito da supervisão em clínica seja proporcionar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, que está focalizada nas necessidades do enfermeiro, que pressupõe uma atitude ética, uma relação de confiança e de compromisso entre o supervisor e o supervisionado num ambiente complexo e imprevisível que é o do cuidar. A supervisão em clínica implica o desenvolvimento pessoal e profissional, assim como a sustentação da profissão e o empenho dos seus intervenientes. Por tudo aquilo que foi aqui descrito pretendo com este trabalho dar alguma visibilidade ao que é o trabalho de supervisão mas também fazer com que supervisores e supervisionados entendam a supervisão em clínica como um processo necessário e emancipador e não como um processo controlador ou constrangedor.

2.3.3 Finalidade e objectivos do estágio

Motivada pela concepção da supervisão como um processo fundamental tanto no desenvolvimento pessoal e profissional dos seus intervenientes como na articulação

entre as instituições de ensino e de saúde, e zelosa pela excelência dos cuidados de enfermagem, decorreu do diagnóstico de necessidades/interesses a definição da seguinte finalidade e objectivos para o presente estágio:

Finalidade

Analisar as características do estágio no ensino clínico, supervisionado pela estagiária, a nível da percepção da supervisora sobre o tipo de reflexão desenvolvido pelos alunos de enfermagem durante o estágio, das características da reflexão nuclear dos alunos sobre a prática no final do processo de estágio e da sua opinião sobre o processo supervisorio e as características de um bom supervisor.

Objectivos

Neste contexto, os objectivos gerais da intervenção e investigação foram os seguintes:

- 1- Averiguar qual é a percepção da supervisora sobre as características da reflexão desenvolvida por alunos de enfermagem durante o estágio no ensino clínico;
- 2- Descrever as características principais dos níveis de reflexão nuclear de alunos de enfermagem no final do estágio no ensino clínico;
- 3- Identificar as opiniões dos alunos de enfermagem sobre o processo de supervisão durante o estágio no ensino clínico e as características de um bom supervisor.

CAPÍTULO III

ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PROBLEMÁTICA DO ESTÁGIO

3.1 Introdução

Este capítulo visa fazer uma revisão de literatura acerca dos pressupostos teóricos subjacentes a este estágio, referindo algumas investigações em supervisão em enfermagem e na formação de professores que fundamentaram, em parte, a discussão das evidências obtidas durante o processo supervisivo que ocorreu durante este estágio (3.2) e uma secção de síntese, sobre os contributos teóricos, anteriormente referidos, que foram mobilizados para a problemática específica da intervenção e investigação neste estágio (3.3).

Assim, depois desta breve introdução (3.1), surge o referencial teórico e a investigação em supervisão (3.2) dando a perspectiva histórica da enfermagem (3.2.1), a enfermagem, formação e supervisão no contexto das práticas profissionais (3.2.2), a supervisão em contexto clínico (3.2.3) e a supervisão, desenvolvimento pessoal e profissional e competências do supervisor (3.2.4).

Este capítulo será terminado com um subcapítulo de síntese, sobre os contributos teóricos, anteriormente referidos, que foram mobilizados para a problemática específica da intervenção e investigação neste estágio (3.3), nomeadamente, os contributos para o desenvolvimento e regulação do processo supervisivo desenvolvido durante o estágio (3.3.1) e os contributos para ser um bom supervisor (3.3.2).

3.2 Referencial teórico e investigação em supervisão

3.2.1 *Perspectiva histórica da Enfermagem*

Perspectiva histórica do cuidar

A história da enfermagem portuguesa retrata uma prática do cuidar que foi passando ao longo dos anos, do cuidar dos enfermos e necessitados para um cuidar mais técnico e mais científico (Cunha-Oliveira, 1989, cit. por Pedrosa, 2004, p.69).

Na fase pré-histórica, a doença era entendida como um castigo divino ou resultante do poder do demónio (Cruz, Moreira, Lessa & Silva, 2005) e eram as mulheres e os curandeiros que desempenhavam o papel de curadores (Martín-Caro & Martín, 2001 cit. por Cruz et al., 2005). Na Babilónia, os três principais cuidadores eram os sacerdotes, os escribas (estrato social alto) e os cirurgiões (estrato social baixo) e o povo Hebreu considerava que a doença aparecia como castigo por um estado de impureza do espírito, sendo os sacerdotes-médicos os responsáveis pela saúde pública e os pioneiros em questões de prevenção das doenças, pelos avanços que propiciaram no que respeita à higiene e saneamento (Martín-Caro & Martín, 2001 cit. por Cruz et al., 2005). Do mesmo modo, segundo Martín-Caro e Martín (2001 cit. por Cruz et al., 2005), o povo egípcio acreditava que a saúde e a doença eram desígnios dos deuses e, por isso, privilegiou uma assistência sanitária e reforçou os cuidados de higiene com o corpo. Na Índia, o conceito de saúde e doença estava sob a influência das correntes filosóficas que imperavam, o bramanismo e o budismo, que privilegiavam as medidas preventivas às curativas e na China antiga, a saúde era o resultado de um estado de harmonia entre o espírito e o universo – o Yin (escuro, negativo e feminino) e o Yang (claro, positivo e masculino) – que se estava em desequilíbrio provocariam o estado de doença (Cruz et al., 2005). Da mesma maneira, Cruz et al. (2005) explicam que, neste contexto, não era privilegiada a construção de hospitais porque os doentes eram tratados no seio familiar ou em salas construídas junto dos templos para permitir a oração.

Segundo Martín-Caro e Martín (2001, cit. por Cruz et al., 2005), no mundo clássico, e nomeadamente na Grécia Antiga, a medicina tornou-se científica porque os gregos consideravam que existia uma razão natural à doença e, por isso, nada tinha a ver com maus espíritos ou desígnios divinos, tendo Hipócrates, hoje considerado o Pai da

Medicina, observado doentes, feito diagnósticos e prognóstico e instituído terapêuticas, tendo reconhecido doenças como malária, tuberculose, histeria, neurose, luxações e fracturas. O seu princípio fundamental era não contrariar a natureza mas sim auxiliá-la a reagir.

Para Martín-Caro e Martín (2001 cit. por Cruz et al., 2005), em Roma, a medicina não teve grande prestígio porque o povo romano era essencialmente um povo guerreiro e os doentes eram tratados por escravos ou estrangeiros, como os médicos gregos que deram à doença uma interpretação natural. Segundo Calder (1960, cit. por Cruz et al., 2005), não foi na medicina-praticada principalmente por sábios gregos trazidos para Roma como prisioneiros de guerra, mas na ciência da higiene pública, que brilhou o génio dos romanos: abasteceram de água pura as cidades, construíram aquedutos, pontes, esgotos e empregaram nas casas de banho públicas ou privadas, um processo de aquecimento.

Segundo Pedrosa (2004), o cristianismo foi a maior revolução social de todos os tempos, pois os cristãos praticavam caridade, que movia os pagãos, e a Igreja protegia os pobres e os enfermos, o que era considerado um dever sagrado, uma obra de caridade e de misericórdia. Neste sentido, foram criadas inúmeras instituições que se dedicavam ao cuidar de doentes e necessitados. Martín-Caro & Martín (2001, cit. por Cruz et al., 2005), reforçam que a presença da Igreja foi-se tornado cada vez mais forte pelo que o progresso científico e a evolução dos conhecimentos já adquiridos sofreram um retrocesso, porque as decisões em questões de saúde eram tomadas não por quem cuidava mas sim pelos sacerdotes a quem eram submetidas para ver se concordavam. Nesta altura, a prioridade era cuidar solícitamente, isto é, cuidar o outro com amor e dedicação e a doença já não era interpretada como castigo mas sim como uma graça recebida e um modo de redenção e purificação: “o sofrimento e mesmo a mortificação do corpo adquirem um valor positivo para conseguir a salvação da alma” (Colliére, 1989, p.67). O primeiro hospital público cristão da Europa foi construído no ano 394 no palácio de Fabíola, por uma mulher romana rica que acabou por se converter e dedicar-se a cuidar dos doentes (Cruz et al., 2005).

Segundo Martín-Caro e Martín (2001, cit. por Cruz et al., 2005), depois da queda do império romano a Europa foi palco de imensas guerras, invadida pelos

bárbaros e fustigada por imensas epidemias, tendo desaparecido os escravos e surgido os pobres que nem classe social eram considerados. O papel da Igreja continua a ser o de proteger os pobres e os doentes, todos os hospitais eram construídos junto a um mosteiro ou catedral e tinham como objectivo a caridade e a misericórdia, exclusivamente destinada às classes mais baixas ou desprotegidas e os cuidadores eram os monges e as mulheres dos senhores feudais com os seus remédios caseiros.

Segundo Cruz et al. (2005), do ano 1000 a 1500, os hospitais começam a organizar-se, também devido aos progressos na escrita, na arquitectura e na medicina e os cuidados começam a ser prestados por cuidadores de classes sociais e intelectuais elevadas e com grande vontade de aprender “o cuidar”: surge a divisão do trabalho nos hospitais, a criação de serviços como o de cozinha e lavandaria e o tratamento dos doentes nas vinte e quatro horas do dia; aparece entre outras a figura de enfermeira e a Igreja reestrutura as congregações religiosas de forma a ficarem ligadas a uma determinada área de atendimento (como S. João de Deus em 1538 e S. Vicente de Paulo no século XVII, que foi considerado o grande impulsionador da enfermagem moderna).

Nos finais do século XVIII, os hospitais passam a ser instituições civis e considera-se que o Estado tem a obrigação de cuidar dos doentes tendo qualquer cidadão direito à assistência à saúde, no entanto, os profissionais continuavam a ser religiosos ou mulheres apesar de a gestão ser do Estado (Cruz et al., 2005).

Ainda segundo Cruz et al. (2005), no início do século XIX assiste-se a uma transformação da prática de enfermagem, quando o Pastor Fliedner, juntamente com a sua esposa, reformou a enfermagem em 1836 na Alemanha, preparando o que ele denominava de diaconisas protestantes para a prestação de cuidados de enfermagem. O Instituto de Kaiserswerth (onde residia o pastor Fliedner) tornou-se a principal organização de diaconisas protestantes a prestar cuidados de enfermagem e, mais tarde, o principal modelo para vários países de instituições de formação de enfermeiras. Segundo Martín-Caro e Martín (2001 cit. por Cruz et al., 2005), o sistema implantado pelos Fliedner no que concerne à organização da aprendizagem pressupunha: três anos de formação, ensino teórico com conhecimentos de ética e doutrina religiosa e práticas alternadas entre hospital e escola. Segundo estes investigadores, neste período, vigorava o princípio que todas as enfermeiras deviam cumprir exactamente a prescrição do

médico, único responsável pelos cuidados de saúde. A opinião pública inglesa, face à proliferação de instituições similares às do pastor Fliedner, começou a dividir-se sobre os requisitos que deviam possuir as enfermeiras: uns alegavam a manutenção do carácter religioso do cuidar, enquanto outros advogavam a profissionalização (Cruz, et al. 2005).

Neste contexto social nasce, em 1820, na Inglaterra, o grande vulto da enfermagem, Florence Nightingale e com o seu trabalho e dedicação, a profissionalização da enfermagem que passou a ser aceite por todos (Graça & Henriques, 2000). Em 1860, da escola de Florence Nightingale no hospital Saint Thomas, em Londres, onde se ensinava a “arte de enfermagem”, saíram os pioneiros que fundaram outras semelhantes no Canadá, América, Austrália e Portugal (Cruz et al. 2005). Desta forma, estava instituída a educação formal das enfermeiras.

Segundo Silva (2001), Florence Nightingale considerou necessário desenvolver uma formação específica e sistemática para as enfermeiras e, por isso, desenvolveu o primeiro programa organizado de formação para enfermeiras, a Escola Nightingale, que foi de uma enorme importância para a enfermagem. Esta escola, além de servir de modelo para outras escolas, elevou a enfermagem ao nível de uma profissão. Segundo Graça e Henriques (2000), o percurso de vida profissional e formativo de Florence Nightingale, assim como a construção do ensino teórico e esquematizado da enfermagem, foi construído através da sua aprendizagem individual com o contacto com os doentes e com outras realidades e através das informações que retirava das suas viagens ao estrangeiro sobre os cuidados prestados aos doentes. Nightingale integrou parte da obra dos Fliedner para prosseguir no sistema Nightingale e foi considerada a primeira teórica em enfermagem. Ela defendia que o propósito da enfermagem era "colocar a pessoa na melhor condição possível para que a natureza pudesse restaurar ou preservar a saúde, prevenir ou curar as doenças" (Abreu, 2007, p.52).

No entanto, é em 1854, quando a França, a Inglaterra e a Turquia declaram guerra à Rússia e se dá a guerra da Crimeia, que a grandeza de Florence Nightingale se faz notar (Cruz et al. 2005). Como referem Martín-Caro e Martín (2001, cit. por Cruz et al., 2005), “as experiencias vividas neste conflito deram-lhe a oportunidade de conceptualizar sobre a profissão de enfermagem” (p. 138) e, quando convidada pelo

Ministro da Guerra, da Inglaterra, para trabalhar junto dos soldados feridos em combate na guerra da Crimeia, conseguiu, com o seu grupo de enfermeiras, que a mortalidade decrescesse de 40% para 2% (Graça & Henriques, 2000). Graça e Henriques (2000) acrescentam que passou a ser imortalizada pelos soldados como a "Dama da Lâmpada" porque percorria as enfermarias de lanterna na mão para atender os doentes e, segundo Cruz et al. (2005), quando terminou a guerra em 1856, regressou à Inglaterra onde foi recebida e condecorada com distinção pela Rainha Vitória, tendo morrido em 1910, com 90 anos, deixando em plena ascensão o ensino de Enfermagem e deixando irremediavelmente e para sempre a enfermagem associada à sua obra.

A evolução do ensino de enfermagem

Retomando o anteriormente dito, Florence Nightingale fundou, após a guerra da Crimeia, uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, em Londres, que serviria de modelo para as demais escolas fundadas posteriormente (Silva, 2001). Nightingale organizou o ensino e a educação da enfermagem, procurando atribuir-lhe um corpo de conhecimento próprio e iniciou a investigação em enfermagem sendo a primeira a escrever sobre a disciplina, deixando inúmeros documentos escritos (Cruz et al., 2005). Cruz et al. (2005), referem que as escolas nightingaleanas tinham uma disciplina rigorosa e eram exigentes quanto à moralidade das candidatas.

Recordámos, que no final do século XIX, na maioria dos países da Europa as enfermeiras nas instituições hospitalares não tinham qualquer formação ou educação e eram mulheres marginalizadas que procuravam trabalho nos hospitais como forma de abrigo e alimentação (Nogueira, 1990). Do mesmo modo, Parreira Mendes e Mantovani (2009), referem que a partir do avanço científico do século XIX, tornou-se imperioso formar enfermeiras com o domínio dos conhecimentos de princípios de higiene, submissas ao médico e à administração hospitalar, que conhecessem e respeitassem quais eram os limites das suas funções. Nóvoa (1987, cit. por Parreira Mendes & Mantovani, 2009) acrescenta que a sua formação era deficiente e que este era o aspecto que se destacava nesta época. Assim, nestes contextos de transformação, a Enfermagem surge como uma actividade com um saber especializado e uma prática social específica que visa atender às necessidades dos hospitais e adquire um estatuto socioprofissional e

uma nova representação social (Graça & Henriques, 2000).

Segundo Graça e Henriques (2000), paralelamente, mas menos conhecida da maior parte dos enfermeiros portugueses, Ethel Bedford Fenwick (1857-1947) também contribuiu para o desenvolvimento e a profissionalização da enfermagem. Na sua perspectiva, enquanto Nightingale está ligada ao modelo inglês de enfermagem, onde a enfermeira é sobretudo aquela que administra os cuidados básicos ao doente e a subserviência ao médico era constante, Fenwick está ligada ao modelo americano, embora curiosamente tenha tido origem na Grã-Bretanha.

Whittaker e Olesen (1978, citado por Graça & Henriques, 2000), referem que o modelo de Fenwick, embora próximo do modelo de Nightingale, se lhe opunha, na medida em que Fenwick queria profissionalizar a enfermagem no verdadeiro sentido sociológico do termo. Ou seja, empenhou-se na inscrição das enfermeiras num organismo de controlo (à semelhança da Ordem dos Médicos) e autorizado pelo Estado, na definição de critérios específicos de recrutamento e selecção das enfermeiras, na separação das escolas de enfermagem em relação aos serviços hospitalares e na eliminação da remuneração hospitalar aos estudantes. Este modelo integrou-se muito rápido na América, fazendo com que a enfermagem evoluísse positivamente tanto ao nível do ensino superior com a formação dada pelas universidades, e não mais pelas escolas baseadas nos hospitais, como a nível da prática, autonomizando-se em relação aos médicos e hospitais, ocupando cargos na administração hospitalar, nas associações profissionais, no ensino e na investigação em saúde (Graça & Henriques, 2000).

Em 1896, foi fundada a American Nurses Association (ANA) e em 1899 Fenwick criou, em associação com as líderes de enfermagem noutros países, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), cujos princípios são o estabelecimento de normas em todo o mundo para o serviço de enfermagem, o ensino e a ética profissional, sendo Portugal admitido a este conselho em 1969, após fazer prova de alto nível de ensino bem como de boas condições do exercício (Donahue, 1985).

Como foi referido por Graça e Henriques (2000), com um atraso de algumas décadas em relação às ideias pioneiras dos reformadores da enfermagem, Fliedner e Nightingale no século XIX, as primeiras iniciativas no domínio da formação profissional de enfermeiros portugueses remontam ao final da Regeneração. A

necessidade de formar pessoal de enfermagem minimamente qualificado é sentida sobretudo nos hospitais de Coimbra, Lisboa e Porto, onde é ministrado o ensino oficial da Medicina.

De acordo com Ferreira (1990), os primeiros cursos de *enfermagem científica* em Portugal datariam de 1881, 1886 e 1887, respectivamente nos Hospitais de Coimbra, Lisboa e Porto. Marques (1976), refere que muitas congregações se instalaram em Portugal com o fim de fundar escolas, hospitais e outras instituições de assistência, sobretudo no norte do país. No fundo, como referem, Mendes e Mantovani (2009), todas estas transformações até ao final do século XIX, incidiam sobre a filiação dupla da enfermagem: a religiosa (servir um ideal, uma vocação) e a médico-técnica (capacidade de execução). Ou seja, como refere Nunes (2003), por um lado o peso da herança de um modelo religioso e, por outro, a submissão à autoridade/modelo médico.

Graça e Henriques (2000) referem que, curiosamente, a necessidade de formar pessoal de enfermagem partiu da classe médica. Detentores de uma preparação académica diferente, os médicos pretendiam umas assistentes também elas, clinicamente qualificadas.

Assim, segundo Fernandes (1998), seriam criados os primeiros cursos e escolas profissionais, por iniciativa e liderança médica, como a Escola Artur Ravara em Lisboa (1930) e Ângelo da Fonseca em Coimbra (1931). A mesma autora refere que “o ensino dos alunos era organizado de forma a atender às necessidades do hospital e, por conseguinte, aqueles integravam as escalas hospitalares” (Fernandes, 1998, p. 34). Mais acrescenta, que o ensino teórico competia aos médicos e o ensino prático pertencia ao pessoal de enfermagem dos serviços clínicos. Fernandes (1998), baseando-se nos modos de trabalhos pedagógicos de Lesne, refere que este tipo de ensino era do tipo transmissivo, porque a sua função era preparar o aluno para determinados papéis.

Através do Decreto-Lei nº204, de Setembro de 1901, foram aprovados os estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de São José e Anexos, com sede no Hospital de São José, que se propunha ministrar “a instrução doutrinária, técnica e os conhecimentos de prática que as exigências da ciência actual reclamam a todos aqueles que, no hospital, tenham de cumprir prescrições médicas ou cirúrgicas e de prestar cuidados de enfermagem a doentes” (Nogueira, 1990, p. 134). O curso básico

tinha duração de um ano e o curso completo, duração de dois anos.

Em 1912 foi criada a Escola de Enfermagem pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Braga e no decorrer dos anos 1918 a 1930, por sucessivos decretos-lei, foram reorganizados os serviços dos Hospitais Civis de Lisboa e dos Hospitais da Universidade de Coimbra e aprovados os regulamentos da Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra e da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa (Graça & Henriques, 2000).

A partir desta altura, a evolução das Escolas de Enfermagem em Portugal foi contínua. O Decreto-Lei nº19060/30 de Novembro de 1930, reorganizou a Escola Profissional de Enfermagem, denominando-se Escola de Enfermagem Artur Ravara e passa a funcionar no Hospital de Santo António dos Capuchos. Um ano depois, a Portaria nº7001, de 31 de Janeiro de 1931, determinou que a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra se passasse a denominar Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca e, em 1937, a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo foi pioneira no que respeita ao ensino de enfermagem quando procurou “pôr em prática um curso de três anos, no qual eram incluídas matérias de cariz humanístico, como higiene mental, psicologia, sociologia, etc.” (Nogueira, 1990, p. 135). Outra escola que teve um papel importante na evolução do ensino da enfermagem em Portugal, sob os auspícios da Fundação Rockfeller, foi a Escola Técnica de Enfermeiras do Instituto Português de Oncologia, criada pelo Ministério da Educação em 1940 e homologada pelo Decreto nº30447 de 17 de Junho (Ferreira, 1990).

O ensino de enfermagem foi sofrendo alterações e reformas no pós-guerra, e a organização do ensino de enfermagem, com vista a assegurar a melhor preparação do pessoal e a sua mais rigorosa selecção técnica e moral, dando-se preferência ao sexo feminino, passou a ser regulamentada no Decreto-Lei nº 36219 de Abril de 1947, datando-se também desta altura a criação da figura da *auxiliar de enfermagem* a fim de paliar à falta de enfermeiras que já se fazia sentir (Graça & Henriques, 2000).

Segundo Nogueira (1990), os D.L.nºs 38884 e 38885, de Agosto de 1952, vieram finalmente disciplinar e organizar o ensino da enfermagem nas escolas oficiais. Surgem então três cursos distintos:

Curso geral com duração de três anos e 1º ciclo liceal como habilitações mínimas;
Curso de auxiliares com duração de um ano, seis meses de estágio e instrução primária como habilitações mínimas;
Curso complementar com duração de um ano e 2º ciclo liceal e Curso de Enfermagem Geral e prática profissional como habilitações mínimas. Este curso é específico à formação de monitores (p.137).

De acordo com Nogueira (1990), foram introduzidas no mesmo ano outras reformas importantes, tais como: a exclusividade do ensino às escolas de enfermagem, oficiais ou particulares; novos requisitos de admissão como idade mínima de 18 anos, robustez física e comportamento moral irrepreensível; um plano de estudos com obrigatoriedade de frequência, a todas as aulas, fossem elas teórico-práticas ou estágio e a admissão, no final do curso, em escola oficial, ao Exame de Estado.

No entanto, e ainda de acordo com Nogueira (1990), estas reformas foram insuficientes na medida em que subsistia: a indefinição dos objectivos de ensino/aprendizagem; a natureza meramente selectiva dos exames; o aproveitamento oportunista do trabalho dos estagiários pelos hospitais, com grave prejuízo para a sua formação; o enfoque hospitalocêntrico e tutela médico-hospitalar da enfermagem; e a carência de monitores em qualidade e quantidade.

Fernandes (1998) reforça que com estas reformas “esboça-se um objecto de enfermagem diferente, porquanto o homem começa a ser estudado na sua forma tridimensional biológica, psíquica e social; o doente, é considerado na sua dignidade de ser humano; começa a desenhar-se um perfil desejável ao enfermeiro” (p. 35).

Só com o D.L. nº 46448 de Julho de 1965, que remodela o Curso de Enfermagem Geral, é que o ensino de enfermagem consegue libertar-se do “domínio” médico e adquirir a sua autonomia e especificidade, estendendo o seu campo de actuação às áreas de saúde pública e psiquiatria, permitindo uma formação mais equilibrada e polivalente do enfermeiro e enfatizando a necessidade de uma pedagogia activa e participativa como preconizam as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros, que, recorde-se, foi criado por Fenwick em 1899 (Parreira Mendes & Mantovani, 2009).

Por outro lado, como refere Nogueira (1990), após um percurso lento das escolas

de enfermagem para tentar ganhar a sua autonomia técnica e administrativa e desvincular-se das direcções dos hospitais, em 1970, com a Portaria nº34 de 17 de Janeiro, as direcções foram entregues aos enfermeiros com funções de ensino e apelou-se à efectiva participação dos alunos e da comunidade na organização e funcionamento dos estabelecimentos de ensino de enfermagem.

Fernandes (1998) enfatizou a viragem na ligação escola-hospital que surgiu na sequência desta portaria. Ou seja, os alunos deixam de integrar as escalas hospitalares, isto é, passam a ter estágios independentes e com ensino teórico-prático ministrado por um monitor responsável, alternando blocos de teoria com blocos de prática, visando uma certa articulação entre a teoria e a prática. Embora segundo Nogueira (1990), poucas escolas tenham conseguido aplicar na prática esta portaria. Neste mesmo ano, em 1970, foram criados grupos de trabalho para a avaliação do Curso de Enfermagem e para se saber se a formação ia de encontro ao exigido e se era adequada aos enfermeiros (Pedrosa, 2004).

Mais tarde, foi extinto por D.L. nº212 de Setembro de 1974, o curso de auxiliar de enfermagem, permitindo, no entanto com o D.L. nº107 de Fevereiro de 1975, regulamentar os cursos de promoção dos auxiliares de enfermagem a enfermeiros (Graça & Henriques, 2000). A formação de enfermagem passou a sofrer alterações na sua estrutura e conteúdos curriculares em 1976, com o trabalho dos representantes das escolas realizado em conjunto com os sindicatos de enfermagem recém-criados e a Associação Portuguesa de Enfermagem (Nogueira, 1990). Este notável trabalho alterou a orgânica curricular do Curso de Enfermagem, por Despacho do Secretário de Estado da Saúde, em 9 de Agosto de 1976, atribuindo-lhe as seguintes finalidades (Pedrosa, 2004, p. 76):

- Fornecer uma formação básica polivalente, preparando os Enfermeiros para actuar na Comunidade a todos os níveis de prevenção;
- Preparar os enfermeiros para se tornarem agentes de mudança e de renovação na Comunidade;
- Preparar os enfermeiros para participarem no diagnóstico e na solução dos problemas de Saúde;
- Preparar os enfermeiros para se enquadrarem na planificação global do País, no

- contexto do Serviço Nacional de Saúde;
- Definir com clareza os objectivos institucionais;
 - Manter a duração de três anos para o Curso de Enfermagem, repartindo-os por áreas de aprendizagem;
 - Fazer com que o Curso fosse leccionado essencialmente por Enfermeiros-Docentes, constituídos em Equipas Pedagógicas;
 - Obrigatoriedade de frequência de cursos teórico-práticos;
 - Obrigar as Escolas a organizar Campos de Estágio que assegurassem aos alunos a melhor integração de conhecimentos e de experiências, com a colaboração dos enfermeiros dos locais de estágio;
 - Integrar, ao longo do plano de Curso, os conceitos de Saúde, Pedagogia, Gestão e Investigação.

Fernandes (1998) referiu que com esta reforma se criou em Portugal uma modalidade única de formação baseada no enfermeiro e que, de acordo com Nóvoa, foi dada ao aluno a liberdade de intervir no seu projecto de formação e no seu projecto profissional, partindo da história de vida de cada um.

Em substituição à pedagogia tradicional começou a aparecer uma aprendizagem activa e não selectiva, que Fernandes (1998) caracterizou como exigindo do aluno o desenvolvimento de uma atitude de análise crítica frente a situações concretas. Mais refere, que o objecto de estudo da enfermagem é agora o homem na sua globalidade e que as competências do enfermeiro devem conciliar o saber, o saber fazer e o saber ser. Assim, Fernandes (1998) referiu que este tipo de ensino passa a ser do tipo incitativo e de orientação pessoal, susceptível de uma adaptação social.

Nóvoa afirma que “a formação faz-se na produção (e não no consumo) do saber”, e que o enfermeiro precisa de adoptar uma postura de investigador, ligado necessariamente a uma prática” (Fernandes, 1998, p. 36).

Sucessivas avaliações e alterações ao plano curricular do ensino de enfermagem foram realizadas nos dez anos a seguir à reforma de 1976, de forma a integrar o ensino de enfermagem no sistema educativo nacional. Em 1981, com o D.L. nº 305, de 12 de Novembro, foi aprovada a carreira de enfermagem, que foi posteriormente revista, em 1985, com o D.L. nº 178, de 23 de Maio, e cujo regime legal foi aprovado em 8 de Novembro de 1991, com o D.L. nº437. A alteração e regulamentação dos cursos de

especialização em enfermagem foram homologadas pela Portaria nº 1144, de 13 de Dezembro de 1982 (Graça & Henriques, 2000).

O curso de enfermagem passou a delinear-se de forma a preparar enfermeiros generalistas que possam actuar na sociedade contemporânea e que sejam capazes de intervir e de se ajustar às mudanças sociais e profissionais no futuro (Fernandes, 1998). Assim, em 1988, com o D.L. nº 490 de 23 de Dezembro, regulamentado pela Portaria nº65-A/90, de 26 de Janeiro, foi integrado o ensino da enfermagem no ensino superior politécnico, sob a tutela dupla do Ministério da Educação e da Saúde (Graça & Henriques, 2000).

Após o ensino e o exercício da enfermagem conquistar a sua idoneidade através da organização do Curso de Enfermagem (com a Reforma de 1976), a sua autonomia e especificidade profissional e a sua autonomia técnica e administrativa, os enfermeiros tinham a oportunidade de conquistar, com esta integração ao ensino superior, a sua autonomia científica, o que passa (também) pela valorização do seu pessoal docente e pelo desenvolvimento de investigação científica (Graça & Henriques, 2000). Assim, a Portaria nº821/89 de 15 de Setembro, criou as Escolas Superiores de Enfermagem e a carreira dos docentes de enfermagem foi equiparada com a do politécnico, através do D.L. nº166/92 de 5 de Agosto.

Além disso, o registo dos profissionais de enfermagem, por Despacho Ministerial nº21/89 de 20 de Dezembro, veio reforçar a credibilidade da profissão e permitir ao Estado, através das instâncias competentes, exercer a sua função de vigilância e fiscalização do bom exercício da profissão.

Segundo Pedrosa (2004), “a este passo fundamental, seguir-se-ia o D.L. nº437/91, de 8 de Novembro, alterado pelo D.L. nº412/98, de 30 de Dezembro, o qual veio aprovar o regime legal da Carreira de Enfermagem, tendo em conta a integração do ensino da Enfermagem no sistema educativo nacional a nível superior, com a conseqüente atribuição dos correspondentes graus académicos ou das suas equivalências” (p. 77). De acordo com esse D.L., são então reconhecidos três níveis e categorias na Carreira de Enfermagem: Nível 1 - Categoria de Enfermeiro e Enfermeiro Graduado; Nível 2 - Categoria de Enfermeiro Especialista e Enfermeiro- Chefe; Nível 3 - Categoria de Enfermeiro Supervisor.

O mesmo D.L., definiu que: à área de actuação da prestação de cuidados correspondem as categorias de Enfermeiro, Enfermeiro Graduado e Enfermeiro Especialista; à área de actuação de gestão correspondem as categorias de Enfermeiro-Chefe, Enfermeiro Supervisor e o cargo de Enfermeiro Director; à área de actuação de assessoria técnica corresponde o cargo de Assessor de Enfermagem. Para além disso, também define o conteúdo funcional das categorias de Enfermeiro (Pedrosa, 2004).

Em 4 de Dezembro de 1998, por resolução do Conselho de Ministros, foi definido o conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, reorganizando as redes de escolas públicas integrando-as nos institutos politécnicos ou universidades (alínea b), transitando as escolas públicas de enfermagem e de tecnologias da saúde para a tutela do Ministério da Educação até ao final do ano de 1999 (alínea a) e reorganizando o modelo de formação de enfermeiros, no sentido de passar a formação geral para o nível de licenciatura (ponto 4.2.1, alínea a) e realizar a formação especializada ao nível de diplomas de especialização de pós-licenciatura não conferentes de grau (ponto 4.2.1, alínea b).

Estas medidas viriam a ser conseguidas em Setembro de 1999, quando o Ministério da Educação, aprovando a criação do Curso de Licenciatura em Enfermagem, do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem e do Curso de Complemento de Formação, integrou definitivamente o ensino de enfermagem em politécnicos ou universidades (Decreto-Lei nº 353/99) e quando com as Portarias nº799-D, 799-E, 799-F e 799-G se regulamentou todos os cursos de enfermagem.

Fernandes (1998) referiu que actualmente, num ensino que se quer profissionalizante e participado, o tipo de ensino de enfermagem deve ser do tipo apropriativo, centrado na inserção social. Explicou, ainda, que a relação com o saber se sustenta na utilização de uma pedagogia de relação dialéctica entre a teoria e a prática e que os efeitos na sociedade se revelam pela sua função produtora e transformadora, enfatizando a progressão dos modelos pedagógicos na formação dos enfermeiros, desde os tradicionais aos modernos e desde os mais centrados no professor aos mais centrados no aluno.

3.2.2 Enfermagem, formação e supervisão no contexto e práticas profissionais

Formação em enfermagem e competências do enfermeiro

O desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão está intrinsecamente ligado à evolução dos cuidados de saúde determinados pelo avanço técnico-científico da medicina, e à garantia dada pelo Estado da distribuição equitativa desses mesmos cuidados à população que deles necessita. Nesta perspectiva, os enfermeiros investiram na aquisição de conhecimentos teórico-práticos que sustentassem as suas práticas.

A disciplina de enfermagem, enquanto disciplina orientada para a prática compreende, segundo Carper (1997, cit. por Abreu, 2007), quatro padrões fundamentais de conhecimento: o empírico (a ciência de enfermagem); o estético (a arte de enfermagem); o conhecimento pessoal (que se refere à qualidade das relações interpessoais, promoção das relações terapêuticas e cuidados individualizados) e o ético (a componente do conhecimento moral em enfermagem). Do mesmo modo, Kolb (1984, cit. por Abreu, 2007), dá à experiência, na sua teoria de aprendizagem, um papel central no processo de formalização do conhecimento, pois este “resulta da combinação de compreender a experiência e transformá-la” (p. 41). No entender de Kolb, todo o saber enraíza na experiência concreta e passa pela reflexão sobre essa experiência observada, até à concepção da nova experiência (Fernandes, 2008).

Para além dos quatro padrões fundamentais de conhecimento identificados, Carper (1997, cit. por Abreu, 2007) acrescenta mais três à disciplina de enfermagem: o processual (referente à linguagem profissional da enfermagem); o cultural (referente aos conhecimentos que permitem ao enfermeiro compreender a forma como os indivíduos veem, sentem e pensam o seu próprio mundo); o tácito (conhecimento adquirido na prática, espontâneo e intuitivo).

Segundo Sousa (1995), em 1974, e de forma a reter alguns marcos históricos, salvaguardando contudo os outros acontecimentos históricos importantes na evolução da enfermagem, a enfermagem foi-se construindo como profissão e conquistou a sua autonomia, consolidando, ao longo dos anos, instrumentos essenciais que estão na base de quatro pilares que sustentam actualmente a profissão de enfermagem:

- 1º- A criação de um só nível de formação básica para a prestação de cuidados gerais (1974) estruturando conceitos unificadores para a prática profissional.
- 2º- A aprovação de uma carreira única de enfermagem (1981) que define categorias profissionais e seus conteúdos funcionais assim como sua delimitação hierárquico-funcional.
- 3º- A integração do ensino da enfermagem no ensino superior (1988) reconhecendo em definitivo o cariz científico da profissão e com um saber próprio.
- 4º- A criação do REPE (1996) e da Ordem dos Enfermeiros (1998), instrumentos legais para o estatuto e exercício profissional (Sousa, 1995, pp. 8-9).

De acordo com Sousa (1995), em 1988, a Enfermagem assume o seu próprio “saber”, o que lhe permite efectivar o cariz científico da profissão e competir, em pé de igualdade, com outros técnicos na investigação. A profissão deixa de ter apenas um cariz técnico-profissional e passa a ter também um cariz científico. Criam-se, então, Escolas Superiores de Enfermagem (1989), o Curso Superior de Enfermagem (1990), os Cursos Superiores Especializados e aplica-se o Estatuto da Carreira Docente do Ensino Superior Politécnico aos docentes de enfermagem (Fernandes, 1998). Também são atribuídas equivalências a graus académicos de Bacharel e Licenciatura possibilitando acessos a mestrados em várias áreas das ciências da saúde e da educação. Consequentemente, os enfermeiros passam a beneficiar de uma revalorização salarial (Sousa, 1995).

De acordo com o Ministério da Saúde pelo D.L nº161/96, de 4 de Setembro, o exercício e estatuto profissional passam a ser regulamentados pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE/Estatuto Profissional), instrumento fundamental na caminhada da autonomia profissional e vinculativo para todas as instituições, abrangente a todos os enfermeiros, independentemente do local e forma de exercício da profissão. O REPE define os conceitos de Enfermagem, caracteriza os cuidados de enfermagem, o acesso ao exercício profissional, o âmbito de intervenção da Enfermagem e os tipos de intervenção. Nele também são descritos os direitos, deveres e incompatibilidades do exercício profissional (Sindicato dos Enfermeiros, 1996).

Em 1998, é criado o Órgão de Controlo Autónomo denominado Ordem dos Enfermeiros que tem como desígnio fundamental promover a excelência dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como “o desenvolvimento, a

regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional” (Artigo 3º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 1998).

Assim, e legalmente, a Enfermagem abriu caminho para o seu desenvolvimento como disciplina da saúde e profissão com utilidade reconhecida pela sociedade. Com a Ordem dos Enfermeiros, fica reconhecido formalmente que os “enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem, (...) [e que] a própria evolução da sociedade portuguesa elevou as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem da mais elevada qualificação técnica, científica e ética para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população, não só em instituições de carácter hospitalar ou centros de saúde, públicos ou privado, mas também no exercício liberal...” (Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril).

A Ordem dos Enfermeiros definiu em 2003, no Conselho de Enfermagem, as competências do enfermeiro de cuidados gerais, determinando que os cuidados de enfermagem são fundamentais e imprescindíveis à saúde da população e que estes têm um âmbito de actuação alargada, seja a nível individual ou dentro da comunidade. Mais, sustentam-se numa relação interpessoal entre enfermeiro-pessoa ou enfermeiro-família/comunidade, relação esta que respeita as crenças e valores de cada um e abstém-se de juízos de valor relativamente à pessoa utente dos cuidados de enfermagem.

O Royal College of Nursing (2003, cit. por Abreu, 2007), define enfermagem como o uso do julgamento clínico para a disponibilização de cuidados de saúde de forma a melhorar, manter ou recuperar a saúde, adaptar-se aos problemas de saúde e facultar o melhor nível de qualidade de vida, sendo que esta perspectiva se alicerça em seis características definidoras da enfermagem:

- Uma finalidade específica: o propósito da enfermagem consiste em promover a saúde, a assistência, o crescimento, o desenvolvimento e prevenir a doença, o mal-estar e as limitações. Face à doença e à limitação das actividades de vida, o propósito da enfermagem será o de diminuir o desconforto e o sofrimento, ajudando as pessoas a

adaptar-se às novas limitações, ao tratamento ou às consequências deste. Quando a morte for inevitável, a enfermagem deverá proporcionar os níveis possíveis de qualidade de vida enquanto esta existir;

- Uma forma particular de intervenção: as intervenções de enfermagem devem ser conduzidas de forma a otimizar as capacidades e autonomias pessoais, ajudando as pessoas a manterem e conseguirem os melhores níveis de independência. Para isso, a enfermagem congrega processos intelectuais, físicos, emocionais e morais, o que inclui: a avaliação de necessidades; a prescrição de intervenções específicas; informação, educação e ajuda e suporte a nível físico, emocional e espiritual. Para a disponibilização da assistência, a prática de enfermagem inclui o desenvolvimento de actividades de gestão, formação e de políticas específicas;

- Um domínio particular: o domínio da acção da enfermagem consiste nas respostas e experiencias humanas em matéria de saúde, doença ou acontecimentos da vida quotidiana, consideradas no seu ambiente ecológico. As respostas humanas podem situar-se ao nível fisiológico, psicológico, social, cultural ou espiritual. Ou ainda em diferentes combinações entre estas. Os beneficiários dos cuidados podem ser as pessoas individualmente, as famílias ou a comunidade;

- Um foco determinado: a enfermagem considera a pessoa e as respostas humanas no seu todo, e não apenas uma dimensão ou patologia em particular.

- Um conjunto de valores: a enfermagem respeita um conjunto de valores relacionados com a dignidade e autonomia humanas, personalização da relação e respeito pela vontade do utente. Estes valores estão consignados em códigos de ética escritos, os quais informam os diferentes sistemas de regulação da profissão;

- Envolvimento em parcerias. Os enfermeiros trabalham em parcerias com os utentes, com os seus familiares e com outros profissionais da equipa de saúde multidisciplinar. Quando recomendado e necessário, podem liderar ou prescrever o trabalho de outros ou desenvolver actividades interdependentes. Em todo o caso, os enfermeiros assumem sempre responsabilidade pessoal e profissional pelos actos que praticam (Royal College of Nursing, pp.47-48).

A enfermagem, como sublinha Carapinheiro (1997), sente condicionalismos no que respeita à sua autonomia, dado que a sua actividade se insere numa equipa multidisciplinar que conjuga vários poderes (médico, administrativo, enfermeiros e doentes), e em que ainda subsiste um pesado condicionalismo por parte da profissão médica que limita a actuação da enfermagem. Contudo, actualmente, pela evolução que esta tem tido no seu processo identitário e na sua representatividade social, este

condicionalismo tem vindo a atenuar-se.

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, elaborados pela Ordem dos Enfermeiros, visam explicitar a natureza e os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem, com a pretensão de que estes venham a constituir-se num instrumento importante que permita ao utente, a outros profissionais, ao público e aos políticos perceberem qual o papel do enfermeiro. É desta forma que, em 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, definiu seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos utentes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem. Segundo a OE (2001), a cada categoria de enunciados descritivos correspondem elementos imprescindíveis à boa prática profissional, tais como:

Na satisfação do cliente: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

Na promoção da saúde: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

Na prevenção de complicações: a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde; a supervisão das

actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega.

No bem-estar e no autocuidado: a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/ complementar actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados; o rigor técnico/ científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde; a supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega.

Na readaptação funcional: a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; a optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

Na organização dos cuidados de enfermagem: a existência de um quadro de referências para o exercício profissional da enfermagem; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente; a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp.11-15).

O exercício profissional da enfermagem, segundo a definição dos cuidados de enfermagem, dada pela Ordem dos Enfermeiros (2003), centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). A Ordem acrescenta que no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro é aquele que, pela sua formação e experiência, presta cuidados de enfermagem, entendendo e respeitando os outros, abstendo-se de juízos de valor relativamente à pessoa que cuida e respeitando as capacidades dos seus doentes.

A Ordem dos Enfermeiros (2003), preconiza que o doente/família/comunidade, seja alvo do processo de cuidados, com o objectivo de otimizar o exercício profissional. Assim, e segundo as mesmas directrizes, o exercício profissional dos enfermeiros, insere-se num contexto de actuação multiprofissional.

Neste contexto, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdisciplinares), isto é prescrições médicas, e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). No cumprimento da prescrição médica, o enfermeiro assume a responsabilidade técnica pela sua implementação. No cumprimento da prescrição por ele elaborada, este assume a responsabilidade pela sua prescrição e pela implementação técnica da sua intervenção. Das mesmas linhas orientadoras do exercício profissional, realça-se que a tomada de decisão do enfermeiro que orienta a sua actuação, implica uma abordagem sistémica e sistemática. Efectivamente, é na tomada de decisão que o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa/família/comunidade, prescreve ou são prescritas as intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, prevenir potenciais problemas e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Por último, avalia e faz os reajustes necessários das suas intervenções.

Importa salientar que a prestação dos cuidados de enfermagem é realizada com base em princípios do Código Deontológico (OE, 2009), como, os princípios humanistas de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões etc.

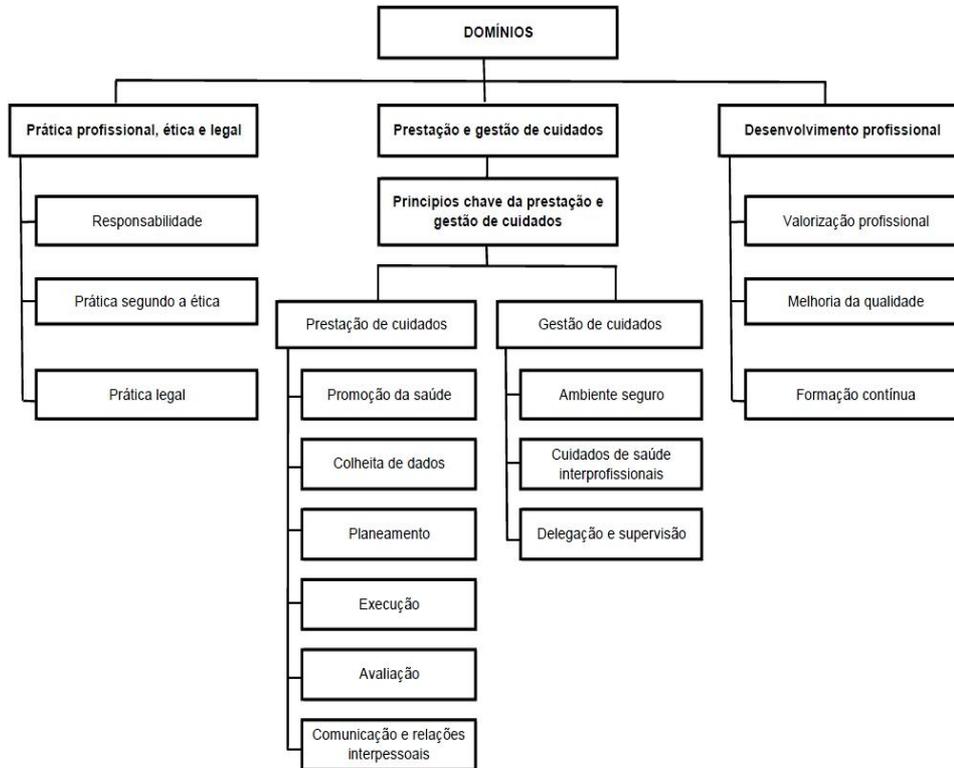
Os artigos 8º (Exercício profissional dos enfermeiros), 9º (Intervenções dos enfermeiros) e 10º (Delegação de tarefas) do REPE, determinam as funções do

enfermeiro de cuidados gerais. No exercício das suas funções, os enfermeiros devem “adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (D.L. nº 161/96, art. 8º). A sua actuação reside na promoção da saúde, na prevenção da doença, no tratamento, na reabilitação e na reinserção social e é complementada se necessário com a actividade profissional de outros profissionais de saúde (D.L. nº 161/96, art. 8º). As intervenções de enfermagem são assim, autónomas e interdependentes na medida em que podem decorrer da iniciativa e responsabilidade dos enfermeiros ou podem decorrer de acções realizadas por outros técnicos, num plano de acção conjunta (D.L. nº 161/96, art. 9º).

Em conformidade com o diagnóstico de enfermagem e de acordo com as suas qualificações, os enfermeiros “organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção” (D.L. nº 161/96, art. 9º), escolhem as técnicas e os meios a utilizar na prestação dos cuidados de enfermagem e incentivam o indivíduo, família, grupos e comunidade a participar nos cuidados de enfermagem. A administração da terapêutica prescrita é realizada pelo enfermeiro, em conformidade com o conhecimento que dela detém, detectando os seus efeitos e actuando, em situações de emergência, de acordo com esse conhecimento e a qualificação que detém. A elaboração e concretização de protocolos de medicação e tratamentos e seus respectivos ensinamentos ao doente, são dependentes da participação dos enfermeiros (D.L. nº 161/96, art. 9º). Do mesmo modo, este artigo 9º releva a participação dos enfermeiros em trabalhos de investigação em enfermagem, ou na saúde em geral, e a sua participação em actividades na área de gestão, docência, formação e assessoria.

Ao abrigo do artigo 10º respeitante à delegação de tarefas, os enfermeiros “só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem” (D.L. nº 161/96, art. 10º). Após um trabalho conjunto de investigação entre o ICN e a Ordem dos Enfermeiros, o Conselho de Enfermagem definiu em Outubro de 2003, as competências do enfermeiro de cuidados gerais da seguinte forma: a competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma

aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar (OE, 2003). O esquema seguinte (Figura 2) apresenta as competências do enfermeiro de cuidados gerais aprovadas pelo Conselho de Enfermagem.



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2003)

Figura 2. Competências do enfermeiro de cuidados gerais

O artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), descreve as intervenções dos enfermeiros como sendo autónomas e interdependentes na medida em que são acções da exclusiva responsabilidade e iniciativa dos enfermeiros e, de acordo com as suas qualificações profissionais, quer seja na prestação directa de cuidados, quer seja na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem. Do mesmo modo, são interdependentes porque o trabalho de enfermagem insere-se numa equipa multiprofissional, cuja actuação se realiza por delegação de funções ou cumprimento de prescrições e orientações formalizadas e com um objectivo comum.

Retiro do meu dia-a-dia profissional que a sociedade actual é cada vez mais

exigente no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e, aliada a uma revolução tecnológica e informacional, cada vez mais em ascensão, obriga os enfermeiros a um questionar e reformular contínuos da prática profissional de modo a acompanhar tais mudanças no campo da saúde e a nível social e político. Para Abreu (2001, 2003), o investimento realizado no campo da formação contínua, na revalorização profissional através de especializações, pós-graduações e mestrados na área da saúde e educação, assim como o investimento e a preocupação efectiva no que se refere à articulação das instituições de ensino com as instituições de saúde, possibilitaram a produção de novos conhecimentos através da investigação, a (re) conceptualização dos cuidados de enfermagem e uma prática mais reflexiva.

A construção da classificação das práticas de enfermagem, que o Conselho Internacional de Enfermeiros (Internacional Council of Nurses - ICN) já tinha reconhecido como necessária, e conhecida pelo sistema de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE), veio facilitar o intercâmbio de informação, melhorar a capacidade de diagnóstico, promover uma triangulação mais consistente das evidências da investigação e conferir mais visibilidade ao exercício da enfermagem (Abreu, 2007).

Abreu (2007) considera a CIPE como uma ferramenta, hoje em suporte informático, que veio uniformizar a linguagem profissional e dar visibilidade à prática, permitindo aos enfermeiros, formular diagnósticos, definir e avaliar intervenções e fazer reajustes, se necessário. A sua leitura é possibilitada a nível local, regional, nacional e internacional e permite delinear indicadores de qualidade. A CIPE, também apela a um processo reflexivo sobre e na acção e sobre teoria e prática.

Como referiu Canário (2003), “a formação impôs-se como uma espécie de resposta a todas as interrogações, a todas as perturbações, a todas as angústias dos indivíduos e dos grupos desorientados e sacudidos por um mundo em constante mutação e, ainda por cima, destabilizados pela crise económica” (p. 122). Importa referir que o processo formativo iniciado na formação básica valoriza, na conjuntura actual de um ensino superior de orientação fortemente profissionalizante, a aplicação dos saberes através de estágios práticos. Relembramos, a este propósito, que no plano de estudos do Curso de Enfermagem, 50% da carga horária total do Curso é de

componente prática. Nesta mesma óptica, para além dos docentes de enfermagem, torna-se justificada a actual parceria com os profissionais em exercício.

O processo de Bolonha, iniciado a 25 de Maio de 1998 com a assinatura em Paris da Declaração da Sorbonne e seguido da declaração de Bolonha a 19 de Junho de 1999, aponta, como refere Chaves (2010), para "a uniformização do sistema de estudos, metodologias comparáveis, sistemas de acreditação convergentes e compreensíveis, harmonia e flexibilidade dos estudos, mobilidade das pessoas, empregabilidade dos diplomados e, principalmente, qualidade e excelência das formações" (p. 41).

Nesta lógica, Bolonha, dá ênfase a um processo de ensino-aprendizagem menos centrado na transmissão de conhecimentos e mais orientado para uma aprendizagem autónoma e reflexiva por parte do aluno. No entanto, "esta transformação substantiva do conceito de ensinar atribuída aos professores pressupõe novas competências" (Zabalza, 2000, cit. por Chaves, 2010, p. 75). Efectivamente, apela a competências científicas, pedagógicas e relacionais por parte do docente/formador. Na opinião de Zabalza (2004b), "sempre foi difícil ensinar, porém, se já era difícil ensinar quando só havia que ensinar, agora muito mais difícil será, pois ensinar implica também facilitar a aprendizagem dos estudantes" (p. 22). Este conceito de competência, explorado em qualquer contexto de formação, encaminha-nos para o conceito de supervisão, que iremos abordar no subcapítulo seguinte.

Como refere Boterf (1995, cit. por Chaves, 2000, p. 79), "para agir com competência, a pessoa deverá ter a capacidade de integrar, combinar e mobilizar, não apenas os seus próprios recursos (como conhecimentos, saber fazer, qualidades, cultura e experiência), mas também mobilizar os recursos do seu meio ambiente: redes profissionais, bancos de dados, manuais de procedimentos e outros. Ser competente é ter disponível um saber transferível". Portanto, no meu entender, para se classificar alguém de competente, torna-se necessário implementar um dispositivo de avaliação que determine e valide esse grau de competência. Da mesma forma, só determinando e validando essa competência através da supervisão é que se pode evoluir no desenvolvimento pessoal e profissional do formador e do formando.

No que se refere à formação de professores (e perfeitamente extensível a outras categorias profissionais, nomeadamente a enfermeiros), podemos dizer que este

processo é cíclico. No contexto clínico e pela minha experiência, isto acontece porque a supervisão vai levar o supervisionado a (re) pensar as suas práticas, a adquirir ou melhorar determinadas competências e fazer os devidos reajustes. De seguida, o processo volta ao ponto inicial de supervisão e revalida ou não o processo. Considerando que o questionamento e reflexão dos intervenientes são aspectos que devem estar presentes em todo o processo de formação/supervisão, estes devem ser críticos, construtivos e transformadores.

Quando dizíamos há pouco, a capacidade de assimilação e de adaptação à mudança e o desenvolvimento pelos alunos de comportamentos e atitudes profissionais adequados, dependem, de certa forma, da qualidade das suas vivências no processo de ensino-aprendizagem, esse facto, apenas me permite comprovar que a supervisão tem uma importância crucial no processo de ensino e aprendizagem de qualquer indivíduo, seja formando ou formador, docente ou aluno. A minha (con) vivência com a supervisão, a minha própria prática da enfermagem e a relação que tenho estabelecido, estes anos todos, com as escolas de enfermagem, permitem-me dizer (com toda a certeza) que a qualidade do processo supervisivo terá indubitavelmente repercussões nos seus intervenientes, sejam eles supervisores ou supervisionados. A relação pedagógica que se estabelece entre supervisor e supervisionado ou formador e formando deve ser promotora e facilitadora da aprendizagem (Alarcão & Tavares, 2003).

A reflexão crítica sobre os aspectos que podem ser melhorados nessa relação professor-aluno durante o processo de ensino e aprendizagem, podem levar a uma tomada de decisão mais assertiva para melhorar a aprendizagem do aluno. Neste sentido, Chaves (2010) refere que, "este trabalho do docente (ou do enfermeiro) sobre si mesmo é um processo de desenvolvimento pessoal com o objectivo de atingir um estado de plenitude pessoal, um estado de excelência e de superação dos próprios limites" (p. 226).

Em síntese, a informação deste subcapítulo e os referenciais teóricos escolhidos (existem muitos outros), não têm a pretensão de propor uma receita para uma boa prática supervisiva ou para o processo de ensino e aprendizagem. Apenas se pretende realçar que o processo de ensino e aprendizagem é supervisivo e, mais concretamente na clínica em enfermagem, por ser o tema tratado neste trabalho, estão intrinsecamente

ligados, caminhando lado a lado. Na supervisão no ensino clínico, existem princípios fundamentais que devem ser respeitados, tais como privilegiar uma aprendizagem autónoma, crítica e reflexiva, uma relação pedagógica de empatia, uma parceria entre aquele que ensina e aquele que aprende, assim como um agir em conformidade. A socialização e a formação dos profissionais de saúde dependem destes princípios.

A representatividade da enfermagem portuguesa e da sua formação são visíveis a nível mundial, através da sua Ordem. Efectivamente, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses tem actualmente ligações com várias organizações internacionais como: o ICN (Conselho Internacional de Enfermeiros), com sede em Genebra (Suíça); a EFN (Federação Europeia de Associações de Enfermeiros), sediada em Bruxelas (Bélgica); o EFNNMA (Fórum Europeu das Associações Nacionais de Enfermeiros e Parteiras), sediado em Copenhaga (Dinamarca); o WENR (Grupo de trabalho dos Enfermeiros Investigadores Europeus), com sede em Estocolmo (Suécia); a ACENDIO (Associação Europeia para os Diagnósticos, Intervenções e Resultados comuns de Enfermagem), com sede em Dublin (Irlanda) e a FEPI (Federação Europeia de Reguladores de Enfermagem), com sede em Bruxelas (Bélgica).

Segundo informação fornecida pela Ordem dos Enfermeiros através do seu Plano estratégico do ensino de enfermagem para 2008-2012 (OE, 2008), no panorama europeu de formação pré e pós graduada em enfermagem, encontram-se ofertas formativas com estruturas e enfoques diversos, com variações possíveis dentro do mesmo país. Os cursos variam entre os 180 e os 240 ECTS (inclusive, no mesmo país, como é o caso da Bélgica), com duração entre 3 anos (Inglaterra e Bélgica), 4 anos (Espanha) e 4,5 anos (Irlanda), sendo que as horas de contacto variam igualmente entre as 12h e as 20h de contacto por ECTS.

Em França, para a obtenção do “Diplôme d’Etat d’Infirmier” (diploma de enfermagem), devem ser completados 180 ECTS (120 para a parte teórica e 60 para a parte prática), sendo que a partir de 2009, foi concedido o grau de licenciatura aos novos cursos de enfermagem e este processo será concluído em 2012 segundo o Conselho de Ministros reunido a 29 de Julho de 2009 (Portal do Governo Francês, 2009). O Despacho de 10 de Junho de 2004 e mais tarde rectificado pelo Despacho de 7 de Fevereiro de 2007, fixa a lista dos diplomas, certificados e outros títulos de

enfermeiro, concedidos pelos estados membros da União Europeia (Portal do Governo Francês, 2009).

Ao nível da formação pós-graduada, a variação é igualmente considerável, existindo tanto as figuras de pós-graduação não conferente de grau (com a duração média de 1 ano, 50-60 ECTS, em praticamente todos os países), como de pós-graduação integrada em curso de mestrado ou doutoramento, com enfoque na prática clínica (mestrados ou doutoramentos profissionalizantes) ou mestrados e doutoramentos com orientação para a investigação fundamental ou para a investigação aplicada (OE, 2008). O mesmo plano estratégico (OE, 2008), define o Processo de Bolonha como uma concepção alargada para a criação de um espaço europeu do ensino superior e como um desafiante paradigma de educação, que se desenvolveu para a criação de um espaço europeu de investigação. Também, do ponto de vista da estratégia comunitária da União Europeia, o Processo de Bolonha enquadra-se na agenda política, delineada pelos Chefes de Estado e de Governo, na Cimeira Europeia de Lisboa (2000), prosseguida na cimeira de Barcelona (2002), a qual definiu o objectivo de, até 2010, fazer da Europa: “a economia do conhecimento mais competitiva e mais dinâmica do mundo, capaz de um crescimento económico duradouro acompanhado de uma melhoria quantitativa e qualitativa do emprego e de maior coesão social” (Comissão Europeia, 2000, 2002).

Em suma, podemos afirmar que a estrutura dos Cursos de Enfermagem pode variar de país para país, mas basicamente no que respeita à Europa, o Curso é ministrado ao abrigo do processo de Bolonha e varia entre três e quatro anos.

3.2.3 Supervisão em contexto clínico

São várias as definições de supervisão em contexto clínico, no entanto, apesar de serem diferentes, não deixam de se complementar. O documento “A Vision for the Future” (National Health Service Management Executive, NHSME, 1993, cit. em Gago, 2008), descreve a supervisão em clínica como: “um processo formal de sustentação da prática, uma aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver os conhecimentos, as competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica, realçar a protecção do consumidor de cuidados e incrementar a segurança nas práticas

em situações clínicas complexas. É central ao processo de aprendizagem e à expansão da prática e deve ser vista como meio de incentivar a auto-avaliação e as competências analíticas e reflexivas” (p. 41). O United Kingdom Central Council for Nursing, em 1996, descreve a supervisão em clínica de uma forma semelhante ao defini-la como uma “forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, melhorar a prática e aumentar a compreensão das acções profissionais” (Gago, 2008). Sá-Chaves (2000), acrescenta às ideias anteriores, que a supervisão só faz sentido numa perspectiva de desenvolvimento humano e profissional. Neste sentido, podemos dizer que, para além do desenvolvimento de competências gerais e específicas, num contexto de formação e de prática reflexiva, a supervisão em clínica tem por objectivo permitir o desenvolvimento humano e profissional do candidato a enfermeiro.

No artigo 5º (ponto 3), da Portaria nº 799-D/99, de 18 de Setembro, que aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem, estabelece-se que “o ensino clínico é assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração de pessoal de saúde qualificado”. De acordo com Abreu (2003), é neste sentido que tem toda a pertinência utilizar-se o conceito de “supervisão clínica em enfermagem”. Como já foi referido no capítulo I, o conceito de supervisão clínica é um conceito já antigo que tem na sua origem a preocupação dos profissionais de saúde, com o acompanhamento clínico no Médio Oriente, no século X. Desde então, são inúmeras e diferentes, as definições de supervisão clínica. No entanto, todas remetem para um processo de acompanhamento de competências clínicas dos alunos e da formação em exercício dos enfermeiros, que envolve uma reflexão sobre a prática, implica uma atenção ao contexto clínico, uma tomada de decisão e a resolução de problemas através de ferramentas que lhe vão sendo disponibilizadas pelo docente ou enfermeiro que supervisa o estágio clínico (Abreu, 2003). Para Nicklin (1997, cit. por Abreu, 2003), a supervisão da enfermagem em clínica deve responder a um conjunto de variáveis relacionados com a gestão, formação e suporte emocional. O desenvolvimento do processo supervisivo desenrolar-se-ia segundo um ciclo de seis etapas, ilustradas no quadro 2.

Quadro 2. Ciclo do processo de supervisão no contexto clínico

Objectivo	Apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afectivas e relacionais)
Identificação do problema	Clarificação das áreas dos problemas identificados
Contextualização	Definição de objectivos de intervenção que salvaguardam as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional
Planeamento	Preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes
Implementação	Implementação das acções planeadas
Avaliação	Avaliação dos resultados e do processo de supervisão

Adaptado de Nicklin (1997)

Fonte: Abreu, 2003, p. 19

Por sua vez, Alarcão e Tavares (2003), no modelo de supervisão clínica, atribuem quatro fases ao ciclo da supervisão: encontro pré-observação; observação propriamente dita; análise dos dados e encontros pós-observação. Consideram ainda uma quinta fase, que apelidam de balanço ou avaliação do próprio processo, na medida em que, periodicamente, na visão destes autores, se deveria proceder à análise e avaliação do processo supervisivo (quadro 3).

Quadro 3. Ciclo do processo de supervisão clínica

Encontro pré-observação	Ajudar o professor na análise e tentativa de resolução dos problemas ou inquietações que deparam. Decidir que aspecto (s) vai (ou vão) ser observado (s). Papel crucial da comunicação interpessoal.
Observação propriamente dita	Conjunto de actividades destinadas a obter dados e informações sobre o que se passa no processo de ensino/aprendizagem com a finalidade de, mais tarde, proceder-se à sua análise. Sendo que o objecto da observação pode recair em qualquer aspecto.
Análise dos dados	O tratamento dos dados será realizado respeitando as normas de investigação, a natureza da observação, do seu objectivo e do tipo de observação utilizada.
Encontros pós-observação	O professor reflecte sobre o seu “eu” de professor e sobre o que se passou na sua interacção com os alunos para alterar, se necessário, algum aspecto que não esteja em consonância com a sua função de agente de desenvolvimento e de aprendizagem. O supervisor ajuda o professor nessa reflexão e nessa interpretação dos dados colhidos. Mantém-se o papel fundamental da comunicação supervisor-supervisado e da reflexão conjunta.
Balanço/avaliação do próprio processo	Avaliação do processo de supervisão e dos resultados obtidos

Fonte: Alarcão & Tavares, 2003, pp. 81-100

O trajecto da supervisão na perspectiva de Faria (2007) incide sobre situações reais, indivíduos em interacção e dinâmicas de colaboração. Segundo ele, a resolução de problemas, a tomada de decisão ou a definição de uma personalidade estão dependentes de uma interacção progressiva entre teoria e prática, bem como com a configuração do

”modus operandi” e de processos de autonomização. Esta visão está de acordo com o modelo de supervisão reflexão-acção que tem vindo actualmente a ser o mais defendido (Alarcão & Tavares, 2003).

A importância de integrar o aluno ao contexto de estágio já foi referida neste relatório, como sendo uma primeira etapa no processo de supervisão. O conceito das dinâmicas adaptativas de Vygostsky, salienta que a relação com o meio começa por ser uma relação espontânea que progressivamente através da tomada de consciência se transforma em inteligência adaptativa e que o desenvolvimento pessoal e a aprendizagem social são facilitados pelo contacto social (Abreu, 2003). Assim, a interacção social era a fonte dominante de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e social. De acordo com Abreu (2003), Vigotsky, também explicava que “quando um aluno entra pela primeira vez numa unidade de cuidados, depara-se com um contexto de trabalho, com sociabilidades, profissionais, utentes, luminosidade e odores particulares, e que uma primeira tarefa para a qual necessita de apoio é a de encontrar “a sua forma” de se adaptar ao conjunto de situações novas com que é confrontado” (p. 37). A inteligência adaptativa caracterizada por Vigotsky é aproveitada por Abreu (2003), que acrescenta que “a sua promoção deve considerar a necessidade de se mobilizarem e optimizarem os recursos pessoais e os estilos próprios de aprendizagem” (p. 37). Na opinião de Abreu (2003), a tarefa seguinte para o aluno será a de conseguir o “controlo da situação”.

Como refere Abreu (2007), “se para um profissional de saúde a presença em contexto clínico constitui sempre algo de indeterminado, para um aluno assume mesmo uma importância vital” (p. 88), pois a sua experiência de trabalho, num contexto de saúde, assume um carácter extremamente pesado, porque lida com a vida e a morte, gerando grandes tensões, uma vez que uma falha pode constituir um erro muito grave e um engano numa medicação pode ser fatal, o que torna as práticas clínicas momentos particularmente difíceis.

A formação em contexto clínico torna-se um processo com grandes imprevisibilidades e gerador de grandes ansiedades. Kushnir (1986, cit. por Abreu, 2007), explica que a formação clínica “decorre num contexto social complexo, no qual o formador supervisa e avalia as necessidades dos utentes e dos formandos. Ao

contrário da sala de aula, onde o trabalho é mais previsível e estruturado, os formandos em contexto clínico são por vezes confrontados com situações complexas e inesperadas, envolvendo os utentes ou outros profissionais da equipa de saúde” (pp. 88-89). Abreu (2007), defende que um modelo explicativo sobre a aprendizagem em contexto clínico deve assentar em quatro pressupostos principais:

- A complexidade decorre da natureza das experiências de campo;
- A aprendizagem processa-se de forma matricial, mobilizando “redes” de saberes;
- A aprendizagem desenvolve-se de forma holística;
- A formação exige a mobilização de estratégias de gestão da informação. (p. 89)

Partindo dos pressupostos de Abreu (2007), podemos afirmar que os contextos, as interacções decorrentes desses contextos e as situações experienciadas pelo aluno, operam nele uma progressiva transformação no seu íntimo que terá implicações no seu futuro como pessoa e profissional e se repercutirá nas suas acções e reacções. Canário (1992, cit. por Abreu, 2007) reforça este pensamento de que a prática incide no interior de cada aluno, referindo “o carácter reflexivo e apropriativo dos percursos individuais de formação, em que os processos de desenvolvimento pessoal e profissional aparecem como não dissociáveis” (p. 93). Assim, o supervisor deve possibilitar ao aluno um acompanhamento das suas práticas, num ambiente calmo e propício à resolução dos problemas que o aluno vai encontrar ao longo do estágio, com os outros e com ele próprio, e se vai lembrar ter abordado em sala de aula. Neste contexto, o processo contínuo de supervisão, vai permitir ao aluno conceptualizar a sua própria prática, recompondo e acondicionando os novos saberes e os que anteriormente adquiriu, mesmo os que derivam da consciência que de si possuem como pessoas e futuros enfermeiros (Abreu, 2003). Stuart (2003, cit. por Abreu, 2003), propõe quatro fases do processo global de aprendizagem em situações clínicas e as respectivas estratégias mobilizadas (Quadro 4).

Quadro 4. Processo de aprendizagem em situações clínicas

<p><i>Fase preparatória focalizada:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -No aluno como formando; -No processo de observação; -No processo de acção. 	<p><i>Fase experiencial na qual o aluno reflecte na acção e cujo processo pode ser influenciado positivamente pela utilização de diversas estratégias de formação:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Partilha de experiencia, exposição, demonstração; -Fazer perguntas e colocar desafios; -Experimentação; -Feedback. 	<p><i>Fase de processamento na qual se reflecte sobre as experiencias sendo que os eixos desta reflexão são fundamentalmente três:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Descrever a experiencia; -Proceder a uma análise crítica; -Síntese e avaliação. 	<p><i>Resultados e acção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Relação entre aprendizagem e acção.
---	---	---	--

Fonte: Abreu, 2003, pp. 38-39

Abreu (2007) baseou-se nas pesquisas desenvolvidas nos últimos dez anos sobre a formação dos alunos em contexto clínico e acrescentou a estas fases um conjunto de factores que interferem positivamente com a aprendizagem clínica:

- Incentivar a autonomia e o processo de responsabilização do formando no processo de aprendizagem;
- Promover a independência progressiva, analisando as trajectórias de aprendizagem e o investimento dos formandos;
- Enfatizar no contexto da formação clínica os objectivos da aprendizagem, distanciando o formando de processos de substituição de profissionais, o que não é lícito acontecer, por motivos de natureza didáctica e legal;
- Proporcionar aos formandos um acompanhamento adequado, com profissionais (docentes ou tutores) com formação didáctica capaz de descodificar as situações de aprendizagem e com conhecimento clínico do contexto de formação;
- Incentivar formas de reflexão deliberada sobre as experiencias assistenciais e pessoais dos formandos, potenciando a capacidade formativa das experiencias menos positivas e facilitando a transição da esfera pessoal para colectiva;
- Reconhecer, apoiar e divulgar “boas práticas”;
- Alternar a aprendizagem clínica com momentos de formação e recomposição teórica;
- Facilitar a integração na equipa de saúde e no universo das relações assistenciais com os utentes, trabalhando em simultâneo as componentes reflexivas, críticas e éticas;
- Desenvolvimento de preocupações em matéria de qualidade de cuidados, motivando para o cumprimento de “standards” e das melhorias contínuas a este nível;
- Utilizar unidades com qualidade adequada para proporcionar boas experiencias de aprendizagem aos formandos, de preferência com normas ou “guidelines” estabelecidas;
- Dar atenção às dimensões psicológicas-promoção da auto-estima, gestão emocional, problemas de transferência e contra-transferência, sentimento de segurança, integridade psicológica, problemáticas de género;
- Proporcionar à equipa informação suficiente sobre o nível de formação dos alunos e envolvê-la na integração destes (pp. 97-98).

Neste sentido, a formação clínica devia assentar em três pilares essenciais: conhecimento e competência clínica, ensino efectivo e uma relação supervisiva

adequada que promova a reflexão “na” e “sobre” a acção levando a uma emancipação contínua do enfermeiro.

A função da enfermagem na sociedade é a de ajudar o indivíduo/família/comunidade na prevenção, promoção, recuperação ou reabilitação da sua condição de doença (artigo 8º do REPE). A minha experiência como enfermeira supervisora, permite-me dizer que isto só é conseguido se os saberes, atitudes e habilidades inerentes à profissão forem desenvolvidos em espaços de formação teórica e prática em instituição de saúde (hospitalar ou da comunidade), e se a formação e supervisão em cuidados de enfermagem traduzirem de facto uma eficiente prática supervisiva e formativa, a construção de uma identidade profissional e um desenvolvimento pessoal de cada interveniente. Efectivamente, constatei ao longo da minha experiência na área da saúde e ensino, que há saberes teóricos que escapam aos profissionais de “terreno”, porque estão há já algum tempo esquecidos, e saberes práticos que escapam aos professores, porque estão há já algum tempo afastados do “terreno”.

Apoiando esta ideia, d’Espiney (2003), refere que as escolas e os professores, tendo dificuldade em responder aos processos de mudança acelerada dos contextos de saúde e de trabalho, optam por investir numa formação escolarizada e acabam por afastar-se dos locais de produção da profissão de enfermagem. Acrescenta, ainda, que a integração do ensino da enfermagem no ensino politécnico, reforçou ainda mais a tendência para o investimento em formações académicas, acentuando, assim, o afastamento não só dos hospitais como da própria escola, e conclui, dizendo que o saber utilizado pelos professores é sobretudo um saber adquirido através dos livros, um saber não investido na prática que se arrisca a ficar reduzido ao raciocínio escolástico e ao formalismo do pensamento académico, caminhando para a esterilidade.

Por outro lado, como refere Abreu (2003), “nem sempre os profissionais de enfermagem consideram que é seu dever contribuir para a formação clínica dos alunos” (p. 49), porque muitas vezes os serviços não possuem os recursos suficientes, ou porque os profissionais não se sentem com conhecimentos teóricos suficientes, ou os conhecimentos já foram esquecidos, para exercer a função de orientação de alunos. No entanto, segundo Carré (1992), a capacidade de trabalhar num ambiente instável e em

permanente mudança, de tratar problemas diversificados e abstractos, substituindo as rotinas e as repetições, e de alargar os horizontes espacio-temporais para integrar novos dados da geografia e do tempo, podem amenizar as dificuldades que vão surgindo nesse parceria e permitir aos seus colaboradores encontrar pontos de similitude, concordância e transformação pessoal e profissional.

Acompanhando o pensamento de d'Espiney (2003), podemos dizer que a educação em Enfermagem tem como finalidade facilitar o desenvolvimento de uma ideologia profissional e dar aos estudantes a oportunidade de desenvolver o conhecimento e as capacidades requeridas para uma prática competente. Efectivamente, e já referenciado por vários autores acima revistos, actualmente, o processo de ensino e aprendizagem em enfermagem dá ênfase ao pensamento reflexivo do aluno. Ou seja, o aluno é incentivado e orientado para que avalie criticamente práticas em curso à luz dos seus conhecimentos teóricos e empíricos e que desenvolva assim a sua capacidade de auto-análise. Aprende não só a ser enfermeiro mas sim a ser Enfermagem (lato sensu). A esse propósito, d'Espiney (2003) salienta que “a produção de saber em enfermagem requer dos profissionais uma atitude de permanente interrogação das suas práticas, de confronto de ideias e de debate. Reflectir a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão que deve ser preparado desde o início” (p. 173). Perrenoud (1993, cit. por d'Espiney, 2003) foi seleccionado por d' Espiney para reforçar este seu pensamento:

o desenvolvimento de estratégias ou de “competências de alto nível taxonómico” que permitam aos futuros profissionais trabalhar em contextos em mudança e responder à diversidade de problemas de complexidade crescente com que se deparam, confronta-nos com a pertinência de promover o reflexo da aprendizagem (d' Espiney, 2003, p. 173).

Na minha perspectiva, o ensino clínico deve ser interpretado como um momento de reflexão e introspecção dos conhecimentos e potencialidades do aluno, conduzindo-o a uma interiorização do saber e agir profissional, de modo a fazer os reajustes necessários que irão conduzir o aluno ao crescimento e maturação interior enquanto ser humano e profissional. Esta minha percepção é apoiada por Garrido e Simões (2007)

quando referem que o ensino clínico se assume como a melhor forma de organizar as actividades práticas, que desenvolvidas em ambiente profissional, permitem aos estudantes, além de aprenderem a executar técnicas, desenvolverem outras competências, nomeadamente: relação interpessoal e de ajuda, pensamento crítico, capacidade para avaliar, decidir e utilizar. A parte prática do ensino em enfermagem, privilegia a articulação de conhecimentos e competências, tendo como principal tarefa desenvolver relações entre a aprendizagem cognitiva e experiencial e entre teoria e prática. Abreu (2003), refere a este propósito, partindo dos estudos de Dewey, que aprender é sobretudo um processo activo e de criação de conhecimento e que a interacção é a relação entre as condições objectivas e subjectivas da experiência num contexto de transacções múltiplas (relação entre pessoa e meio). Nesta perspectiva, de acordo com Dewey, considerado por vários autores como o grande precursor da aprendizagem pela experiência, a aprendizagem precisa de feedback para ser compreendida, repensada e transformada na sua acção.

Fernandes (2008) explica que existem dois modos distintos de aprender pela experiência: aprender de forma empírica, com base na tentativa e erro, ou aprender procurando a modulação racional da experiência, recorrendo a uma prática intencional, contínua, com vista a dar soluções ao problema. Ou seja, segundo a autora, a experiência dá à teoria o seu impulso vital e energia e a teoria fornece uma direcção à experiência. Na mesma lógica, Abreu (2003) defende que a aprendizagem surge como um acto de negociação entre o meio e o indivíduo, num processo inter-relacional, com dimensão emocional e cognitiva, capacidade de observação e disposições para a acção. Competências como a observação, a acção, a análise, a reflexão e o espírito crítico são desenvolvidas durante o ensino clínico, para permitir uma constante actualização dos conhecimentos teóricos e fazer alguns reajustes necessários ao aperfeiçoamento de aptidões e mudança de atitudes do aluno.

Fonseca (2006), na continuidade dos trabalhos de Abreu (2003), reforça que os ensinamentos clínicos constituem-se como percursos formativos insubstituíveis, quer na mobilização e integração de conhecimentos, através da reflexão para, na e sobre a prática, quer na aquisição de saberes práticos e processuais para a entrada no mundo do trabalho e para a definição e construção de uma consciência e identidade dos formandos

como futuros profissionais. Este desenvolvimento pessoal e profissional, tanto do aluno como do profissional que apoia o ensino, só poderá ser efectivo se os actores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem estabelecerem uma relação bidireccional onde seja privilegiada não só a partilha de saberes e experiências, mas, também, de afectos.

Tal como Mialaret (1980) defende, “a educação actual já não tem como objectivo fazer do educando um indivíduo inteligente, cujo raciocínio lógico não tenha falhas, mas sim, desenvolver a personalidade, de forma equilibrada, com novas aptidões e susceptível de se adaptar, transformar e aperfeiçoar, no contacto com situações novas” (s.p.). Torna-se portanto fundamental, na minha perspectiva, e de acordo com o actual modelo dialógico da supervisão (Tavares & Alarcão, 2003), que o “formar” seja um formar para a mudança, para o exercício da autonomia e desenvolvimento do pensamento crítico e criativo de forma a compreender e resolver as situações que vão surgindo ao longo do processo formativo, definindo-se objectivos e prioridades, fazendo-se o planeamento das intervenções, da gestão do tempo, dos recursos e da avaliação. Os múltiplos saberes que vão sendo adquiridos devem ser mobilizados e contextualizados na prática. Trata-se de permitir ao aluno reflectir na e sobre a acção, reconceptualizando-a e produzindo a partir dela novos saberes, mas também de o desenvolver pessoalmente. Este “formar”, deve ser entendido como um formar que caminhe para a qualidade, para o desenvolvimento pessoal e profissional num ambiente propício à tomada de decisão, à auto-confiança, à auto-estima, à comunicação e relação entre partes. É nesta perspectiva que a supervisão no ensino clínico tem um papel primordial para o crescimento e maturação pessoal e profissional pretendidos para os diferentes participantes no processo formativo.

Segundo Schön (1983), a formação deve contemplar situações onde o formando possa praticar sob a supervisão de um profissional competente que, simultaneamente orientador, conselheiro e companheiro lhe faça a integração e o ajude a compreender a realidade, que, pelo seu carácter desconhecido se lhe apresenta, inicialmente, sob a forma de caos. Digamos que o supervisor incorpora o estudante na realidade e possibilita-lhe todas as condições de aprendizagem para que futuramente exerça as suas funções profissionais de forma autónoma e eficaz. Segundo Vieira (1993), o supervisor é aquele que fornece informações e diferentes perspectivas de análise da situação,

respeitando objectivos e necessidades de formação do formando, de modo a permitir-lhe escolher, dentro de um amplo campo de opções, a solução que mais lhe parece pertinente para resolver a situação com a qual se depara. No meu entender, é crucial que os responsáveis neste processo tenham plena consciência da importância do processo supervisivo e trabalhem de acordo com isso, criando as condições essenciais para a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional do aluno, personalizando a supervisão.

Para Dewey (cit. em Alarcão, 1996), importava que o formador cultivasse três atitudes básicas: abertura de espírito, responsabilidade e entusiasmo. Para ser um agente facilitador do desenvolvimento da autonomia do formando, o orientador deverá adoptar uma postura prospectiva, interactiva e retrospectiva, que lhe permitirá analisar as implicações da sua actuação não só a nível técnico e prático, mas também crítico ou emancipatório.

Vários autores (Abreu, 2003; Tavares & Alarcão, 2003; Fonseca, 2006), referem que a supervisão deve permitir algum “espaço de manobra” ao aluno, permitindo-lhe a reflexão na e sobre a sua acção, possibilitando-lhe uma metodologia própria de trabalho e a mobilização de conhecimentos. Na minha perspectiva e pela minha experiência, supervisão não será tanto (mas também) um meio de “controlo hierárquico” (Vieira, 2009), mas sim um instrumento de desenvolvimento pessoal e profissional. Digamos que tem por objectivo final melhorar as práticas conduzindo o aluno a resolver, por ele próprio, os problemas que for encontrando. Como explica Chaves (2010), “espera-se dos estudantes e futuros enfermeiros um espírito aberto, uma capacidade de aprender e transformar os seus conhecimentos na prática quotidiana. Espera-se dos docentes de enfermagem a mesma coisa.” (p. 26).

Abreu (2003), apoiado na investigação na área da supervisão em clínica, identificou quatro modelos distintos de orientação das práticas clínicas: mentor (*mentorship*), perceptor (*preceptorship*), tutores múltiplos (*multitutor*) e integrativo. O conceito de mentor (*mentorship*) é respeitante ao profissional experiente, mais velho (o mentor), que se responsabiliza pela aprendizagem do formando. Esta relação foi apelidada por alguns autores, de relação paternalista. Este modelo foi reconhecido pelo seu carácter protector, pelo estabelecimento de uma relação intensa de proximidade e

envolvimento durante um período de tempo longo e pelo seu contributo no desenvolvimento humano progressivo. Segundo Fonseca (2006), inicia-se com uma supervisão mais directa, mais apertada para progressivamente libertar o aluno e torná-lo autónomo.

O conceito de preceptor (*preceptorship*), segundo Abreu (2003), refere-se a um processo diferente, que compreende a responsabilidade de ensino e a performance clínica. Morrow (1984, cit. por Abreu, 2003), descreve o preceptor como um profissional que ensina, dá apoio emocional, inspira e se constitui um modelo para o formando, durante um período limitado de tempo, com o objectivo de facilitar o processo de socialização e aproximação da pessoa ao seu novo papel. Segundo Fonseca (2006), 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 seja o formador responsável pelo processo de ensino-aprendizagem e avaliação do desempenho clínico. Este modelo, segundo Abreu (2007), é mais utilizado quando se trata da integração de um novo colega num determinado contexto profissional ou função.

O modelo multitutor, descrito por Nolinske (1995, cit. por Abreu, 2003), reporta-se a um conjunto de tutores de uma determinada unidade de cuidados para dois ou mais formandos. Exige estratégias diversas de ensino-aprendizagem, apoio emocional aos alunos e relação de proximidade entre tutores para trocar informações. Este modelo, pela multiplicidade de tutores com as suas capacidades próprias, potencia a formação, dissipando algumas convergências relacionais entre tutor e aluno ou permitindo trocas de pontos de vista e informações entre tutor e aluno ou tutor e tutor (es) (Fonseca, 2006).

Finalmente, o modelo integrativo, segundo Abreu (2003), permite confrontar as actividades desenvolvidas durante o ensino teórico com a prática clínica no contexto de estágio e favorece o questionamento dos alunos sobre possíveis desvios da teoria para a prática. Existe uma maior envolvimento dos enfermeiros do contexto de estágio com os docentes e alunos. Este modelo permite uma maior interactividade entre teoria e prática, professores e enfermeiros e entre investigação e clínica.

Do meu ponto de vista e pela minha experiência, em situação de ensino clínico,

nem sempre se segue um modelo específico. Os supervisores são levados, com frequência, a conjugar vários princípios e orientações destes modelos de tutoria, num modelo emergente. Muitas vezes, devido à quantidade de alunos em estágio. Na perspectiva de Abreu (2003), o que deve ressaltar destes modelos é a necessidade do estabelecimento de um tipo de colaboração entre os diversos participantes, numa perspectiva de co-responsabilização e da estruturação dos papéis de cada um no processo.

Em síntese, todos os modelos descritos defendem a reflexão constante sobre as práticas e a elaboração de estratégias que impulsionam no aluno essa reflexividade para que possam, no futuro, ser profissionais responsáveis e construtores do conhecimento. O modelo de supervisão reflexivo parece ser o mais defendido para a supervisão em clínica, embora as tendências mais recentes já enfatizem as dimensões de um modelo de supervisão dialógico para a supervisão dos alunos de enfermagem.

3.2.4 Supervisão, desenvolvimento pessoal e profissional e competências do supervisor

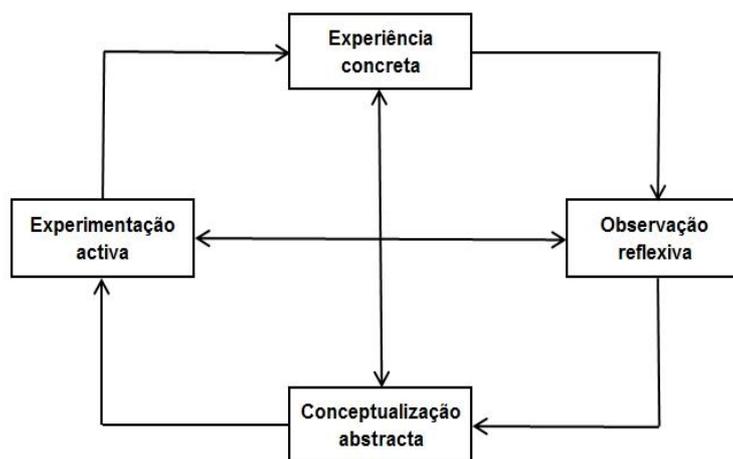
Supervisão e formação

Na base das teorias da aprendizagem, utilizadas pelos vários autores revistos neste trabalho, estão autores como Vygotsky, Kolb, Dewey, Lewin e Piaget. Vygotsky e Kolb privilegiavam a aprendizagem experiencial, defendendo a criação do saber através da experiência.

Kolb (1984, cit. por Abreu, 2007), sugeriu seis características da aprendizagem experiencial: a aprendizagem é sobretudo um processo, não um resultado; a aprendizagem é um processo contínuo, ancorado na experiência; a aprendizagem requer a resolução de conflitos entre adaptação; a aprendizagem possui um sentido holístico; a aprendizagem solicita a ocorrência de transações entre a pessoa e o seu meio; a aprendizagem é um processo de transformação de conhecimento. Segundo Abreu (2003), Dewey, Lewin e Piaget, precursores da teoria da aprendizagem pela experiência, enfatizaram a aprendizagem como um processo dialético que integra representações e experiência. Dewey, foi dos primeiros teóricos a explorar as potencialidades da reflexão

e do pensamento e sua incidência no desenvolvimento da aprendizagem e introduziu a noção de feedback. Lewin, considerava que a aprendizagem resultava de uma experiência reflectida e que esta depois de analisada, dava origem a uma nova experiência e novos comportamentos e reconhecia, também, que o meio e suas interacções com o indivíduo eram determinantes no comportamento dos indivíduos. Já Piaget, segundo Abreu (2007), enfatizou o processo de desenvolvimento cognitivo, atribuindo-lhe uma importância chave para compreender a natureza do conhecimento humano. Referia que a inteligência não era inata mas sim produto de interacção entre a pessoa e o seu contexto envolvente e era moldada pela experiência. A aprendizagem seria o resultado da adaptação da inteligência ao meio envolvente.

O modelo da aprendizagem pela experiência de Kolb, convergindo dos modelos destes teóricos, é representado por ele num ciclo de quatro etapas (Figura 3).



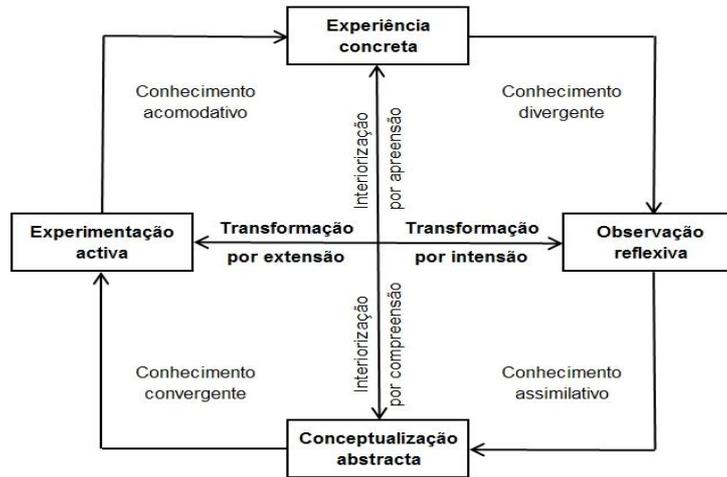
Adaptado de Kolb (1984)

Fonte: Abreu, 2007, p. 105

Figura 3. Orientações adaptativas do processo de aprendizagem

Segundo Kolb (1984, cit. por Abreu, 2007), a dicotomia abstracto-concreto, refere-se a dois processos distintos e opostos da interiorização da experiência, sendo que o abstracto está ligado à compreensão e interpretação conceptual e o concreto, à apreensão da experiência tangível. Assim como a dicotomia activa/reflexiva, aplica-se a duas formas distintas de transformar a representação figurativa da experiência, sendo

que a primeira reporta-se à manipulação activa da experiência e a segunda à sua intenção e reflexão interna. O conhecimento resulta da combinação entre a experiência percebida (abstracto-concreto) e a transformação da mesma (reflexiva-activa) e o resultado teria quatro formas elementares de conhecimento: divergente, assimilativo, convergente, acomodativo. A figura 4 representa essas quatro formas elementares de conhecimento.



Adaptado de Kolb (1984)

Fonte: Abreu, 2007, p. 106

Figura 4. Processo de Aprendizagem e formas básicas de conhecimento

Partindo da observação desta figura, Abreu (2007) explica que o conhecimento divergente e assimilativo resulta da interiorização da experiência através da transformação por intensão, sendo que o primeiro acontece pela sua apreensão e o segundo pela sua compreensão. O conhecimento convergente e acomodativo resultam os dois da interiorização da experiência através da transformação por extensão, sendo que o primeiro pela compreensão e o segundo pela apreensão. Em suma, a teoria de Kolb estabelece que é a compreensão da experiência que contribui para a transformação do sujeito (Fernandes, 2008).

Estes pressupostos do processo de aprendizagem foram sendo incorporados pelos modelos de supervisão, e estão muito presentes no modelo de supervisão dialógico que tem sido pouco teorizado no contexto da supervisão em clínica. Assim, com o objectivo de enfatizar a importância de aliar o desenvolvimento profissional ao

desenvolvimento pessoal, preconizado por esse modelo, será destacada nesta secção a evolução actual dos modelos de supervisão aplicados ao contexto de formação de professores. O que se pretende é dar visibilidade à sua importância no contexto da supervisão em clínica.

O conceito de supervisão, tendo a sua origem na formação pedagógica de professores, tem vindo a estender-se, em Portugal, a outras categorias e contextos socioprofissionais “privilegiando uma diversidade de metodologias transformadoras dos sujeitos e contextos” (Sá - Chaves, 2002, p.24).

Alarcão e Tavares (1987), pioneiros na introdução do conceito de supervisão em Portugal, definem-no como já foi, precedentemente citado neste trabalho, “o processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional” (p.18). Nesta linha de pensamento Costa e Silva & Moreira (2009), defendem que “a Supervisão, entendida como uma prática pedagógica formadora-emancipadora e transformadora dos actores e dos contextos assume-se enquanto uma «SuperVisão» das práticas educativas, essenciais à determinação da qualidade e adequação das mesmas aos contextos de intervenção” (p. 9).

Costa e Silva e Moreira (2009) acrescentam que a supervisão, percebida e valorizada como modalidade formadora, tem tido grande impacto tanto a nível dos sujeitos como a nível dos contextos socioprofissionais em que se situam e que neste sentido, se reconhece a supervisão como uma prática que potencia a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal e socioprofissional.

Segundo Alarcão e Tavares (2003), as novas tendências supervisivas apontam para uma concepção democrática de supervisão, um novo pensamento sobre o ensino, a valorização do pensamento reflexivo, a aprendizagem em colaboração, o desenvolvimento de mecanismos de auto-supervisão e auto-aprendizagem, a capacidade de gerar, gerir e partilhar o conhecimento, a assunção da escola como comunidade reflexiva e aprendente, capaz de criar para todos os que nela trabalham (incluindo os que nela estagiam) condições de desenvolvimento humano, individual, colectivo, organizacional e de aprendizagem (p. 153). Na mesma lógica, Costa e Silva e Moreira (2009), reforçam que “a supervisão da formação reabre e amplia o olhar sobre a relação

supervisiva e sobre os modos como, nela, se reconstrói e partilha o conhecimento no sentido de uma compreensão mais profunda dos processos de pensamento e de formação como condição de desenvolvimento pessoal e profissional, deslocando o objecto tradicional da supervisão, de comportamentos observáveis (práticas), para as dimensões intra e interpessoais (cognitivas e afectivas) que lhes estão na génese” (p. 9).

Retira-se destas perspectivas semelhantes sobre o conceito de supervisão, que esta se alicerça numa relação entre quem supervisiona e quem é supervisionado, e que põe em marcha um processo de (co) construção de uma comunicação que terá implicações (positivas ou negativas) no processo de formação e supervisão e, consequentemente, no desenvolvimento pessoal e profissional dos seus actores.

A supervisão na formação surge, assim, com duas vertentes já referidas por Vieira (2009): superVISÃO e SUPERvisão. Pode-se dizer que, no primeiro caso, a supervisão acentua o seu carácter colaborativo, de acompanhamento das práticas, emancipatório e transformador e que no segundo caso acentua o seu carácter de inspecção, de controlo e hierarquia. Vieira (2009) refere ”uma superVISÃO que é intrínseca a uma prática profissional e que traduz, acima de tudo, aquém e além de qualquer reforma, um modo socialmente comprometido de viver a educação” (p. 3). Neste sentido, toda a prática supervisiva requer condições temporais, ambientais, estruturais e humanas propícias para que atinja o seu nível de optimização e pressupõe uma interacção entre os intervenientes numa relação ”assente na confiança, no respeito, no empenhamento e entusiasmo, na amizade cordial, empática e solidária de colegas que, não obstante a diferença de funções, procuram atingir os mesmos objectivos” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 59).

Segundo Alarcão e Tavares (2003), o desenvolvimento pessoal e profissional, como um dos objectivos da supervisão, só é possível se integrado e experimentado no contexto de trabalho e através do pensamento crítico e reflexivo das partes envolvidas. O supervisor e o aluno e/ou o supervisor/enfermeiro e/ou cooperante/aluno, têm que acreditar nas fases de planeamento, execução, avaliação e reajuste da formação e da prática supervisiva, pois só assim crescerão juntos. Todos devem investir nessa relação de cooperação no processo de ensino e aprendizagem. Certo será que as condições físicas, organizacionais, emocionais ou outras dos contextos em que decorrerá a prática

supervisiva e formativa condicionarão a boa prática supervisiva e formativa.

Os estudos em Supervisão iniciados com a formação dos professores rapidamente se estenderam em várias vertentes a outras profissões nomeadamente à Enfermagem. Faria (2007) refere que é neste contexto de mudanças nos processos de Educação/Formação, de passagem de um paradigma de educação profissionalizante para um paradigma de prática reflexiva, que surge a supervisão em clínica na enfermagem, que vai buscar, na pedagogia, a sua fundamentação.

Em 1996, no seu relatório, para a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), sobre Educação para o século XXI, a Comissão Internacional (Delors, Mufti, Amagi, Carneiro, Chung, Geremek, et al., 1996) escreve que

a educação deve organizar-se à volta de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda a vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: *aprender a conhecer*, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; *aprender a fazer*, para poder agir sobre o meio envolvente; *aprender a viver juntos*, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as actividades humanas; finalmente *aprender a ser*, via essencial que integra as três precedentes (p. 77).

Este relatório, mais acrescenta que cada um dos "quatro pilares do conhecimento" deve ser considerado de igual forma e com o mesmo peso, pelo ensino estruturado, a fim de que a educação apareça como uma experiência global no plano cognitivo e prático, no decorrer da vida, para o indivíduo enquanto pessoa e membro da sociedade.

Segundo Delors (1996), o *aprender a conhecer*, refere-se à procura do conhecimento e a uma investigação e um investimento individual associados à curiosidade intelectual e sentido crítico de cada indivíduo, iniciando-se na infância e prolongando-se o resto da vida enriquecendo-se com experiências diversas pelas quais passa todo o indivíduo. Digamos que é a procura constante do conhecimento. O *aprender a fazer*, é levar à prática o conhecimento, sendo que, não de forma redutora, mas sim de forma inovadora, criativa, actualizada e dependente do saber-ser. O *aprender a viver juntos*, combina o aprender a respeitar o outro e o seu espaço, com o aprender a relacionar-se com ele. Finalmente, o *aprender a ser*, rege a nossa posição,

tomada de decisão e actuação perante as diferentes circunstâncias da vida.

Como refere também o relatório para a UNESCO (Delors et al., 1996), “A educação ao longo da vida é uma construção contínua da pessoa humana, do seu saber e das suas aptidões, mas também da sua capacidade de discernir e agir. Deve levá-la a tomar consciência de si própria e do meio que a envolve e a desempenhar o papel social que lhe cabe no mundo do trabalho e na comunidade. O saber, o saber-fazer, o saber viver juntos e o saber-ser constituem quatro aspectos, intimamente ligados, numa mesma realidade” (pp. 91-92).

A pedagogia do ensino da enfermagem é hoje uma realidade. Segundo Polletti (1983, cit. por Santos, 2000), “quer na sala de aula quer na prática clínica, os professores de enfermagem devem ser peritos da aprendizagem, devem ensinar aos estudantes como aprender, como pensar criticamente, como encontrar significado nos elementos presentes na prática” (p. 90). Podemos deduzir desta citação e relacionando-a com os quatro pilares do conhecimento referenciados anteriormente, que a capacidade de assimilação e de adaptação à mudança e o desenvolvimento pelos alunos de comportamentos e atitudes profissionais adequados dependem, de certa forma, da qualidade das suas vivências no processo de ensino e aprendizagem. Com base na minha experiência, é possível, embora pouco frequente, que um aluno em enfermagem, seja qual for o ano de formação em que se encontre, tenha que ser reorientado para outra área de formação ou para algum tipo de apoio psicológico ou psiquiátrico. Isto deve-se à própria história de vida do aluno, aos seus sentimentos e emoções e às estratégias construídas por ele, neste caso pouco eficazes, para enfrentar um contexto clínico incerto, por vezes assustador e angustiante pelo facto de se lidar com a doença e a morte no dia-a-dia ou com a carga de trabalho teórico e prático que lhes é exigido.

As estratégias de supervisão que se utilizarem, quer a observação, quer a análise de casos, quer as narrativas como os diários de bordo, quer os portefolios reflexivos ou as perguntas pedagógicas (integradas evidentemente também nas estratégias antes enunciadas), devem ser adequadamente escolhidas ou discutidas pelo supervisor e supervisado (Fonseca, 2006). Todas elas constituem a estrutura do processo de ensino e aprendizagem, e todas elas são realizadas com a finalidade de desenvolver nos sujeitos, integrados no processo, competências e atitudes a todos os níveis, que contribuem para

o seu desenvolvimento pessoal e profissional. O crescimento e maturação pessoal e profissional do supervisionado, é um dos objectivos da supervisão, no entanto, não podemos deixar de considerar a avaliação como uma estratégia de supervisão e, pela minha prática, a avaliação é o aspecto que provoca mais ansiedade e apreensão de parte a parte nos intervenientes (supervisor e supervisionado).

Por essa razão, Vieira (2009) defende que a avaliação deve ser discutida e explicada pelo supervisor e supervisionado, acompanhada a passo e passo pelos dois, reajustada se houver necessidade e ser sumativa ou formativa para certificar o seu objectivo. Entendemos assim que a supervisão é um conceito complexo, com um processo que se constrói à medida que se vai avançando na relação supervisiva e formativa. Contudo, do meu ponto de vista, importa não esquecer que nesta relação que se vai instalando, os dois actores, nela implicados, podem retirar o seu proveito dessa relação. O supervisionado vai activando os seus processos de pensamento e de acção de acordo com o "modelo" que o supervisor lhe apresenta, mas também o supervisor pode encontrar uma oportunidade de crescer pessoal e/ou profissionalmente. Assim, esta observação vai de encontro a Sá-Chaves (2009) quando refere que "a relação supervisiva deixa também para trás a velha designação de orientação das práticas (pedagógicas, clínicas ou outras), recentrando-se nos processos de pensamento, que se estabelecem e instituem na comunicação dialéctica de cariz interpessoal" (p. 50).

Mais, Sá Chaves (2009), explica que esta relação está cheia de imprevisibilidades, impredictibilidades e inconstâncias próprias da natureza humana e das situações e problemas que são desconhecidos previamente ou que vão surgindo ao longo do processo. Daí, a importância dos processos e das competências de reflexão na acção para resolver essas situações ou problemas. Alarcão e Tavares (1987), já tinham evidenciado que para que a supervisão decorra numa perspectiva de resolução de problemas, é necessário que se estabeleça entre o professor e o supervisor uma relação de trabalho, isenta de tensões e baseada numa confiança sólida e fiável, pois só assim será possível que o professor confie ao supervisor as preocupações e dificuldades.

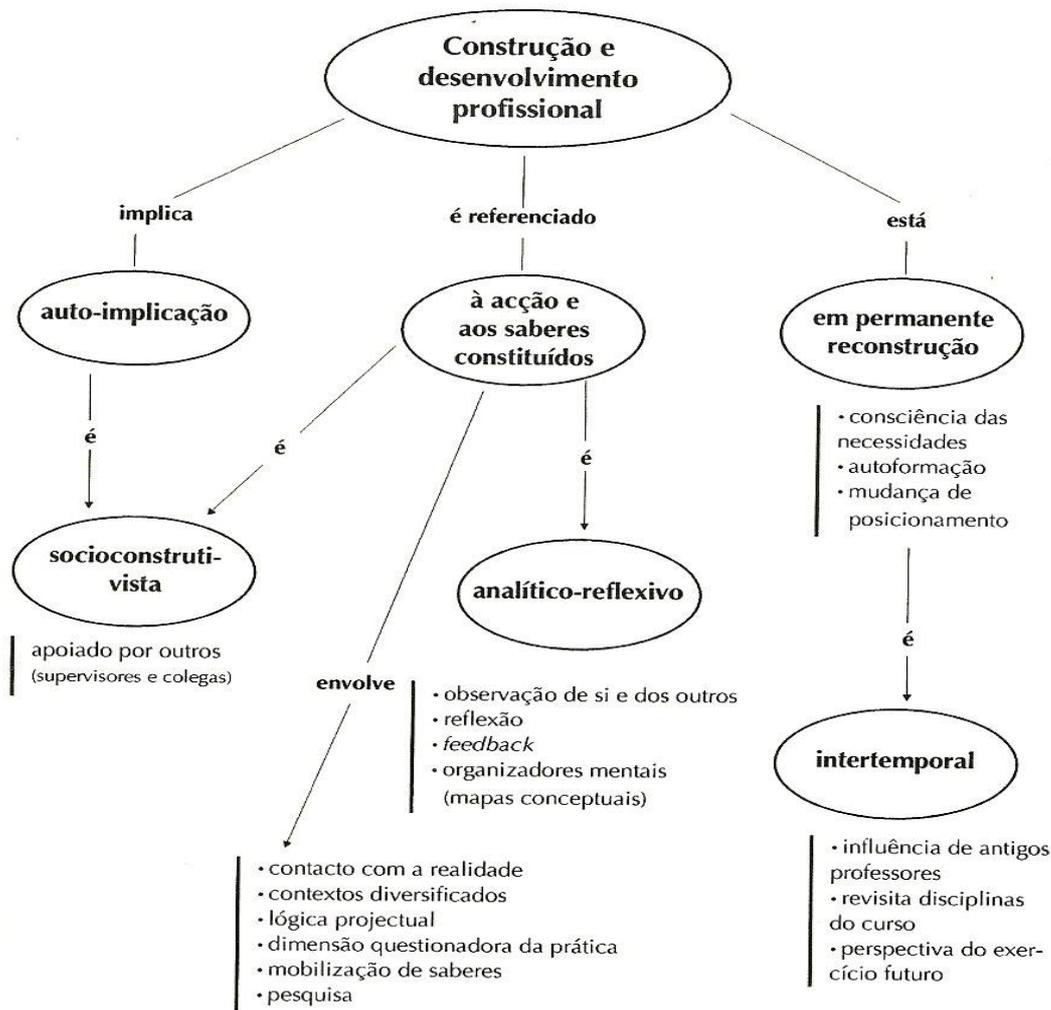
Identidade profissional e desenvolvimento pessoal e profissional contínuo

Sá-Chaves (2009), defende que “promover o desenvolvimento humano quer nas dimensões pessoal, quer profissional é, estimular a competência reflexiva de resolução de problemas, através do diálogo com as próprias situações e mobilizando, de forma sempre única, os saberes colectivos (referenciais e contextuais), que melhor se possam ajustar a cada circunstancia, a cada pessoa e a cada momento” (p.51). Acentuou também o facto que, nesta perspectiva, a relação supervisiva pressupõe reconsiderar os papéis do supervisor e supervisando na medida em que se institui um modo de relação aberta e colaborativa que humaniza e democratiza essa mesma relação, realçando-a na esfera do humano e nos valores que a sustentam, fundamentam e legitimam. Contudo, a idiosincrasia de cada indivíduo pode ser entrave a esta relação supervisiva, o que nos leva a considerar que à supervisão está ligada uma componente de mediação, já referida na secção 2.3.2.

Efectivamente, tal como refere Sá-Chaves (2009), para se estabelecer a comunicação entre supervisor e supervisando, apela-se a formas de mediação, pois seja qual for o contexto de supervisão, a sua função é activar os processos de aprendizagem e de ajuda, estimular, encorajar e prestar cuidados à pessoa que aprende. Este cuidar do que aprende, pressupõe segundo Sá-Chaves (2009), que o supervisor desenvolva a competência reflexiva, que a autora denomina de jogo reflexivo, para que possa ser oportuno na sua acção, criando espaço ao supervisando quando necessário, ou, aproximando-se quando este assim o entender ou demonstrar necessidade de escuta e cumplicidade.

Esta linha de pensamento realça o carácter regulador e controlador da SUPERvisão, anteriormente referido por Vieira (2009), mas não esquece que para além da relação supervisiva que se instaura, a supervisão também se reporta ao aperfeiçoamento técnico do exercício profissional. Apenas lhe conjuga um clima facilitador da aprendizagem e construção de conhecimento e uma relação mediada por partes, de confiança e estável para que essas partes possam desenvolver-se pessoal e profissionalmente (Vieira, 2009). A obra de Alarcão e Roldão (2010), faz referência aos processos de construção e desenvolvimento profissional. As autoras são consensuais quanto à importância do envolvimento pessoal (processo de auto-implicação) do aluno

no processo de aprendizagem para a construção da profissionalidade e propõe o esquema ilustrado na figura 5.



Fonte: Alarcão & Roldão, 2010, p. 26

Figura 5. Processos de construção e desenvolvimento profissional

No processo socioconstrutivista, segundo Alarcão e Roldão (2010), o envolvimento pessoal não implica individualismo, mas sim, a partilha de experiências e saberes como elemento formativo fundamental. No processo referenciado à acção e aos saberes constituídos, Alarcão e Roldão (2010) consideram que "o contacto privilegiado com a realidade da prática docente apresenta-se como provocador de questionamentos e pesquisas, mobilizador de saberes, atribuidor de sentidos a saberes disciplinares anteriormente leccionados" (p.28). Quanto ao processo analítico-reflexivo, as mesmas optam por referenciar que a observação (de si e dos outros) e a reflexão são promotoras

do conhecimento profissional. Efectivamente, Alarcão e Roldão (2010), consideram que à reflexão subjaz uma atitude constante de questionamento de si mesmo e das suas práticas. Também propõem as seguintes razões para valorizar a reflexão:

- Motiva para uma maior exigência e auto-exigência;
- Consciencializa para a complexidade da acção docente e para a necessidade de procurar e produzir conhecimento teórico para nela agir;
- Contribui para a percepção da relação teoria-prática como um processo de produção de saber e não como uma dicotomia servida por uma lógica de aplicação;
- Promove uma atitude analítica da acção e da prática profissional;
- Desenvolve o autoconhecimento e a autonomia;
- Proporciona maior segurança na acção de ensinar;
- Confere maior interesse e capacidade de experimentar novas abordagens (Alarcão & Roldão, 2010, p. 30).

No entanto, na minha opinião, o potencial reflexivo que cada um possui, pode ser limitativo do processo formativo. Isto é, cada um de nós tem uma capacidade própria de análise da situação e desta forma pode condicionar a evolução do processo de formação/supervisão. A facilidade ou dificuldade em discutir as situações, a forma como é abordado o problema, a interpretação que lhe é dada podem ser factores condicionantes. Do mesmo modo, a reflexão torna-se um instrumento de auto-avaliação tanto no plano pessoal como profissional. Também por essas razões é essencial que durante o processo de supervisão se aprenda a reflectir. Alarcão e Roldão (2010), também fazem referência ao feedback, como elemento orientador, estimulador e regulador.

Outro processo de construção e desenvolvimento profissional, ilustrado no esquema da figura 5, é um processo em permanente reconstrução, que Alarcão e Roldão (2010) designam também como processo de autoformação sistemático. Na sua perspectiva, a procura do conhecimento deve ser constante, de acordo com as necessidades de cada um dos intervenientes da relação educativa/formativa. Por último, o processo intertemporal, reporta-se às experiências vividas no passado e que vão ser determinantes na actuação presente e futura. Como referem as autoras, “a construção da identidade processa-se no eixo do passado-presente-futuro” (Alarcão & Roldão, 2010,

p. 33).

Mais uma vez, podemos constatar que o desenvolvimento pessoal e profissional está sujeito a múltiplos factores e processos. Sofrendo a influência dos próprios contextos, condicionado pelas vivências, expectativas, motivações e características dos actores envolvidos e pela capacidade de reflexão na e sobre as práticas que cada um tem, torna-se evidente que este desenvolvimento só será efectivo se todos colaborarem e se envolverem no processo. Voltando à supervisão e mantendo o registo de Alarcão e Roldão (2010), importa referir que a supervisão tem influência nos processos de construção e desenvolvimento profissional (Figura 6).



Fonte: Alarcão & Roldão, 2010, p. 53

Figura 6. Concepção e práticas de supervisão

No conceito de supervisão, e pela minha experiência em clínica na enfermagem, entendo que, o supervisor é aquele que, numa relação aberta e de ajuda, consegue não só ajudar a construir um saber teórico, mas também, numa fase inicial, ajudar o aluno a desenvolver o gosto pelo exercício profissional e permitir ao aluno que se integre no contexto profissional onde está a decorrer o estágio, possibilitando-lhe espaços de reflexão onde possa declarar os seus medos, as suas ansiedades ou

interrogações e onde o supervisor lhe possa possibilitar toda a informação que contribua para amenizar todos esses receios. O supervisor que tem gosto na supervisão e gosto na sua profissão reúne, à partida, todas as condições para integrar fisicamente e psicologicamente o aluno. O aluno percebendo um ambiente de aprendizagem que seja calmo, de confiança e de estímulo, pode iniciar um estágio num ambiente propício à captação e assimilação de toda a informação e conhecimento decorrente deste ensino.

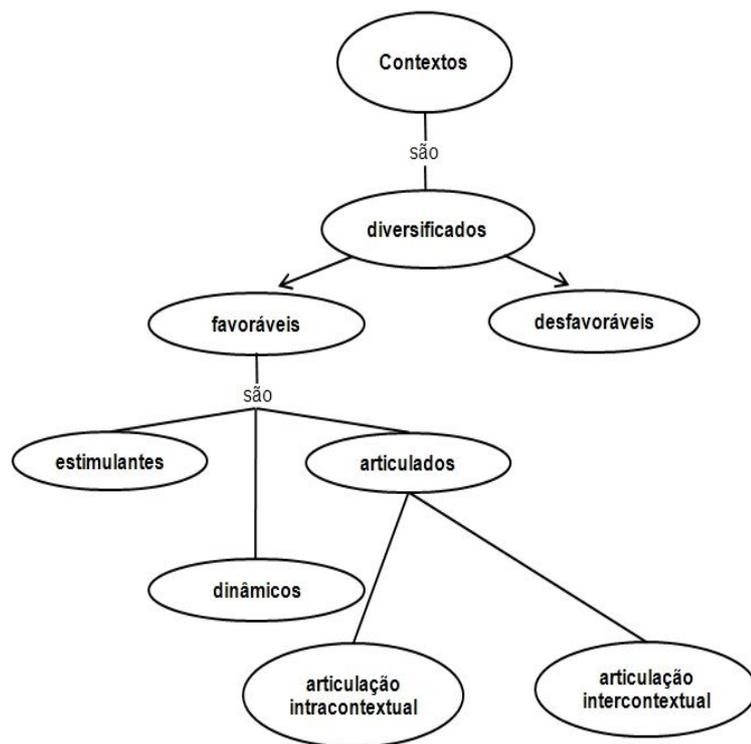
Relembramos o que já foi dito anteriormente, nos pontos 1.2.2 e 2.3.1, quanto à envolvimento, consciencialização e responsabilização dos docentes e enfermeiros do serviço no processo formativo dos alunos, e que vem reforçar a importância de se estabelecer uma relação supervisiva adequada, efectiva e afectiva para o bom sucesso da supervisão. É a partir daí, que se inicia, a meu ver, o processo de formação/supervisão com base numa prática reflexiva e construtiva e que levará ao desenvolvimento pessoal e profissional dos seus intervenientes. Segundo Pinto (2000), é realmente irreversível o facto de que a colaboração mútua entre docente e enfermeiro da instituição de saúde é imprescindível, no entanto, esta deve concretizar-se sob a forma de um modelo em que ambas as partes possam beneficiar e contribuir para o desenvolvimento do aluno, do profissional e da profissão. Martin (1991, cit. por Silva & Silva, 2004) considera o ensino clínico como “um meio privilegiado na formação do aluno de enfermagem... permite ao estagiário desenvolver a sua identidade profissional, aprender o seu próprio modo de aprendizagem ou a lançar as bases necessárias à construção dos seus conhecimentos profissionais” (p.105). Libertando progressivamente o aluno dos seus receios, proporcionando-lhe gradualmente a sua autonomia de acção e reflexão, também o ajudamos a encarar o processo de supervisão como sendo transformador e emancipador para ele, para os outros e para o próprio contexto profissional. Neste sentido, vamos ajudando o aluno a construir o seu conceito de responsabilidade social para com os outros e as suas práticas, permitindo que ele perceba o sentido de responsabilidade inerente à supervisão das boas práticas profissionais.

Alarcão (2001), diz da formação inicial que esta visa preparar o aluno para ser uma “pessoa com elevado nível de desenvolvimento humano e com saberes apropriados que aceita desempenhar uma função na sociedade e se integra num colectivo profissional ” (p. 53). Assim, para Alarcão e Roldão (2010), a essência da supervisão

aparece com a função de apoiar e regular o processo formativo. O seu foco é a prática e entre muitas estratégias, o feedback é uma estratégia essencial ao apoio e à regulação.

Outro aspecto importante para o desenvolvimento profissional, na perspectiva de Alarcão e Roldão (2010), e que acabamos de enunciar com Alarcão (2001), é o próprio contexto de estágio. A complexidade dos contextos e situações clínicas são elementos geradores de grande stress para o aluno de enfermagem. A confrontação com a doença, o sofrimento ou a morte em permanência, exige que o supervisor proporcione ao aluno, para além de estratégias formativas adequadas, um suporte emocional eficaz. Todas estas alterações afectivas precisam ser geridas e ultrapassadas de uma forma positiva para o desenvolvimento pessoal e profissional do aluno. Abreu (2003, cit. por Fonseca, 2006), refere que “a supervisão dos ensinos clínicos surge como processo mediador, de acompanhamento, ajuda e orientação sistemática e permanente dos formandos” (p. 51).

No esquema seguinte, Alarcão e Roldão (2010), apresentam a natureza dos contextos de supervisão e a sua articulação (Figura 7).



Fonte: Alarcão & Roldão, 2010, p. 58

Figura 7. Natureza dos contextos e sua articulação

Segundo este esquema, Alarcão e Roldão (2010) consideram que há contextos favoráveis e outros desfavoráveis aos processos de construção e desenvolvimento profissional. Aos contextos favoráveis atribuíram três qualidades: estimulantes, articulados e dinâmicos. Relativamente à articulação dos contextos, Alarcão e Roldão (2010) referem que se articulam no seu interior (intracontextual) e no seu exterior com outros contextos (intercontextual). Efectivamente, a articulação intracontextual reporta-se à interacção e intercomunicação que se criam, com e entre, os participantes do processo ensino-aprendizagem/supervisão, seja ao nível supervisor/aluno, seja ao nível aluno/aluno. A articulação intercontextual, reporta-se à interacção com e entre outros contextos que intervêm no processo ensino-aprendizagem/supervisão. No entanto, Alarcão e Roldão (2010) chamam a nossa atenção para possíveis problemas que vão surgindo ao longo dos estágios quanto a este tipo de articulação, como: “as aprendizagens teóricas e a realidade; a orientação dos programas de formação inicial e orientações e imperativos dos contextos de estágio; discursos e práticas; o discurso dos supervisores e o discurso dos orientadores; o idealismo inovador e as práticas conservadoras” (p.59-60).

Contudo, Alarcão e Roldão (2010) defendem que o sucesso da formação/supervisão dos professores e o seu desenvolvimento pessoal e profissional estão obrigatoriamente dependentes das duas instituições (de ensino e de formação) estarem em consonância. A instituição de formação deve assumir-se como agente transformador e actualizador das aprendizagens e práticas leccionadas na instituição de ensino, assim como a instituição de ensino deve assumir-se como instituição integradora e sustentadora da teoria à prática.

O processo de supervisão no quadro de uma transformação pessoal e social

Papéis do supervisor

Nesta relação de trabalho supervisão, e pela minha experiência, é importante que cada actor saiba o lugar que ocupa e as funções que tem de desempenhar, respeitando o espaço e o papel do (s) outro (s) e sem se sobrepor ao outro ou substituí-lo. A relação deve ser aberta, de confiança e respeito, autêntica e numa atmosfera de diálogo. Vieira (2009) refere que todas as pessoas envolvidas na supervisão têm direito

à participação realçando assim a visão democrática da prática supervisiva. Relembrando também o que já foi referido anteriormente pela autora quanto ao conceito de supervisão, como responsabilidade, enquanto educadora também me surgem estas questões: Qual (ais) o (s) contributo (s) posso trazer ao aluno enquanto educador ou qual o proveito pessoal ou profissional que posso retirar do aluno, sabendo que a supervisão assenta nos princípios da indagação crítica, da intervenção crítica, da democraticidade, da dialogicidade, da participação e da emancipação (Vieira, 2009). Alarcão e Tavares (2003) consideram fundamental que o supervisor seja bem claro quanto à sua concepção de supervisão, aos seus objectivos e à sua atitude para com o formando. Mais acrescentam, que se torna imperioso que as funções de cada um neste processo sejam inequivocamente definidas, pois há como um contrato a estabelecer e a negociar entre ambas as partes: “a clareza, a transparência e a falta de ambiguidade são as palavras de ordem, as pedras de toque” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 81). Também se espera que o supervisor seja crítico para despistar as necessidades de formação e/ou educação do (s) seu (s) aluno (s). De facto, como já pude experienciar no meu percurso de supervisora, durante todo o processo de ensino e aprendizagem, o supervisor atento, disponível e bem relacionado com o supervisionado, num clima de confiança e respeito, será capaz de despistar os entraves, dificuldades ou angústias e incertezas expressas verbalmente, ou não, pelo supervisionado, assim como será capaz de despistar problemas comportamentais, emocionais ou psíquicos que possam pôr em risco a permanência do supervisionado no referido estágio, ensino clínico ou curso.

A maioria dos autores são consensuais quando referem que o conceito de supervisão é um conceito multifacetado e que não tem uma única prescrição ou receita para o sucesso, tendo implicações no que se defende para o papel do supervisor. Segundo Crasborn, Hennissen, Brouwer, Korthagen e Bergen (2008) o supervisor, para além da sua função de orientador, que enfatiza a adaptação ao contexto, aos conselhos técnicos e apoio emocional, incluídos gradualmente nos anos noventa, também deve encorajar o aluno-professor (enfermeiro) a crescer profissionalmente através da reflexão sobre a sua própria prática, “isto significa que juntamente com o papel dominante de conselheiro e instrutor, os professores [enfermeiros] orientadores têm que desenvolver o conhecimento ‘sobre’ as competências de supervisão e ser competentes para

estimulem com eficácia o aluno-professor através da reflexão” (Crasborn *et al.*, 2008, p. 500). Neste sentido, ensinar é uma actividade complexa relativamente imprevisível e cognitiva, caracterizada por uma tomada de decisão e um processo de negociação do significado e reflexão na acção, onde os professores (enfermeiros) “... estão capacitados para aprenderem a partir das suas próprias práticas, para lidar com a mudança e dar uma orientação às suas aprendizagens” (Crasborn *et al.*, 2008, p. 501). Do mesmo modo, Sá-Chaves (2000), também refere que “quem forma e ensina profissionais para a saúde deve reflectir (des) construtivamente a complexidade dos saberes científicos, em função dos aprendentes e das situações que, nos contextos reais da praxis profissional se lhe apresentam e deve fazê-lo de forma não standard” (p. 103). Esta ideia remete para a noção de competências supervisivas.

Sá-Chaves (2000), define competência como “acto de bem-fazer e de fazer bem” e Fonseca (2006), em resposta a esta definição de Sá-Chaves, defende que a competência representa um desempenho eficaz e eficiente, adequado ao meio e às circunstâncias em que se desenvolve a acção, respeitando o objectivo da acção e do processo supervisivo e que se sustenta em saberes científicos e profissionais.

Na perspectiva de Abreu (2002, cit. por Estrela Gago, 2008), o supervisor deve ter como competências e capacidades fundamentais:

- Pensar a supervisão numa dinâmica de qualidade;
- Centrar a sua atenção nas dimensões estruturantes da qualidade: o processo dos cuidados e seus resultados;
- Promover estratégias de algum distanciamento crítico;
- Salientar e fazer desenvolver uma atitude ética (p.194).

Assumindo que a supervisão é sempre formativa para os seus intervenientes e que tem as suas repercussões na qualidade dos cuidados de enfermagem, vários autores (como Bond & Holland, 1998; Bernard & Goodyear, 1998 e Cutcliffe *et al.*, 2001, cit. por Estrela Gago, 2008), identificam com uma certa unanimidade e sumariamente, três eixos fundamentais do processo de supervisão em clínica que o supervisor deve:

- Ajudar o supervisionado a reflectir sobre as narrativas das suas práticas para aumentar as suas capacidades profissionais durante a formação;
- Verificar e medir os critérios discutidos na relação supervisiva e resultados das práticas para avaliar a qualidade dos cuidados ao utente;

- Dar suporte aos profissionais no decorrer das suas intervenções, na multiplicidade dos contextos das áreas da saúde (p.195).

Sá Chaves (2002), ainda acrescenta que o supervisor deve considerar as experiências passadas, os sentimentos, percepções e capacidades de auto-reflexão e não dar receitas de como fazer, mas sim, criar junto do supervisorado, com o supervisorado e no supervisorado, um espírito de investigação-acção, num ambiente emocional positivo, humano e facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional de ambos. Desenvolver-se-á assim, uma supervisão não-standard, responsiva à especificidade de cada caso, com base numa concepção estratégica e intencionalizada, que integra saberes, possibilidades e hipóteses de trabalho e respeitante do ponto de vista ético, dos valores de bem comum e dos direitos universais (Sá-chaves, 2009). As qualidades do supervisor na prática clínica em enfermagem, também determinam o sucesso da formação dos estudantes. Ao longo da minha experiência de supervisão, fui-me apercebendo que os alunos dão grande valor a um enfermeiro que tenha perícia e vasta experiência profissional, que seja paciente, compreensivo, disponível e que os aceite com as suas limitações e os seus receios. Procuram um enfermeiro que não os apresse porque tem que cumprir horários, que os clarifique, que coopere com eles e que os integre pessoal e profissionalmente. O saber ouvir, a empatia, uma boa comunicação verbal ou não verbal sempre com feedback e as competências técnicas são outras características estimadas pelos alunos de enfermagem como securizantes (Garrido & Simões, 2008). Franco (2000, cit. por Garrido & Simões, 2007), destaca no seu estudo, sete qualidades fundamentais do supervisor: boa formação, motivação, conhecimentos, competência, bom relacionamento interpessoal, experiência profissional e disponibilidade.

Abreu (2007), descreve que os orientadores que sabem gerir o seu tempo de trabalho e organizá-lo, que valorizam o aspecto e a proximidade relacional com o doente, que são bons profissionais, seguros, capazes e competentes, que são amigos, atenciosos, pacientes, compreensivos e com sentido de humor, são vistos pelos alunos como modelos profissionais. O mesmo autor refere que é necessário munir os alunos de competências que lhes possibilitem tomar decisões acertadas, ter uma percepção positiva deles e segurança nas suas atitudes e comportamentos. Acrescenta que este processo será facilitado pelo efectivo acompanhamento do aluno pelo seu mentor e lhe

permitirá uma crescente segurança na execução prática.

À luz do que refere Gago (2008) "o supervisor tem como principal função facilitar a aprendizagem e desenvolvimento do futuro profissional, no entanto, ele também se desenvolve, pois aprende ensinando" (p.41). Podemos completar este pensamento com Alarcão e Tavares (2003), que referem que isto é possível se se estabelecer uma interacção entre os intervenientes, numa relação assente na confiança, no respeito mútuo, na amizade cordial, empática e solidária de colegas que, não obstante a diferença de funções, procuram atingir os mesmos objectivos, culminando, segundo estes autores "no desenvolvimento normal do processo de desenvolvimento dos professores e da aprendizagem dos seus alunos" (Alarcão e Tavares, 2003, p. 129).

A supervisão, como explica Fonseca (2006), deve libertar-se de julgamentos e avaliações que interfiram na capacidade de escolha, porque cada pessoa faz as suas próprias escolhas, com base no seu conhecimento, na sua vivência e percepção do mundo e vai assim construindo os seus significados, que serão, como também refere Fonseca (2006), o ponto de partida para a aprendizagem. Acrescenta ainda, que o supervisor deve ir ao encontro do outro, do seu modelo de aprendizagem, do seu self, estabelecendo uma relação empática que lhe permita a mediação do seu desenvolvimento.

Do mesmo modo, Fonseca (2006) defende que o supervisor deve proporcionar escolha e nunca retirar as oportunidades de escolha, de forma a favorecer a expansão da consciência do supervisionado e a sua oportunidade de escolha. No caso da supervisão em clínica, é função do supervisor, desenvolver nos supervisionados, capacidades e atitudes que visam a excelência e a qualidade dos cuidados (Cunha et al., 2010), e, acrescentaria eu, de forma gradual.

Neste sentido, a supervisão tem como principal função: " (...) fomentar ou apoiar contextos de formação que, traduzindo-se numa melhoria da escola, se repercutem num desenvolvimento profissional dos agentes educativos (professores, auxiliares e funcionários) e na aprendizagem dos alunos que nela encontram um lugar, um tempo e um contexto de aprendizagem (...) " (Alarcão, 2001a, cit. por Fonseca, 2006, p.21).

Alarcão e Tavares (2003), consideram que os objectivos de um supervisor devem apontar para desenvolver nos formandos as seguintes capacidades e atitudes:

- Espírito de auto-formação e desenvolvimento;
- Capacidade de identificar, aprofundar, mobilizar e integrar os conhecimentos subjacentes ao exercício da docência;
- Capacidade de resolver problemas e tomar decisões esclarecidas e acertadas;
- Capacidade de experimentar e inovar numa dialéctica entre a prática e a teoria;
- Capacidade de reflectir e fazer críticas e autocríticas de modo construtivo;
- Consciência da responsabilidade que coube ao professor no sucesso, ou no insucesso, dos seus alunos;
- Entusiasmo pela profissão que exerce e empenhamento nas tarefas inerentes;
- Capacidade de trabalhar com os outros elementos envolvidos no processo educativo (p.72).

Cunha et al. (2010), como já referimos, consideram que dependem das qualidades do supervisor em clínica, o sucesso ou insucesso da formação profissional dos estudantes. Destaca algumas destas qualidades, nomeadamente a sua perícia (habilidade adquirida através da experiência), a sua aceitabilidade pelos supervisados e a sua experiência profissional, marca de reconhecimento no seu campo de especialidade. Faria (2007), considera, ainda, que o supervisor deve possuir a capacidade de compreender, manifestar atitude de resposta, integrar as perspectivas dos formandos, buscar a clarificação de sentidos e a construção de uma nova linguagem comum, comunicar verbal e não verbalmente, parafrasear e interpretar, cooperar e integrar. Simões e Garrido (2007) acrescentam que as características pessoais e profissionais dos enfermeiros supervisores são aspectos fundamentais no sucesso da prática supervisiva. Relevam das características pessoais: a empatia, a auto-estima positiva, a facilidade no relacionamento interpessoal, o saber ouvir, a capacidade de observação e análise e a boa comunicação (feedback). Das características profissionais, relevam, competências técnicas, boas capacidades de liderança, organização e planeamento.

Assim, no que concerne ao ambiente clínico, as instituições de ensino procuram, cada vez mais, caracterizar os enfermeiros dos serviços onde se efectuam as práticas

clínicas, pois consideram-nos elementos fundamentais no processo de supervisão dos alunos de enfermagem (Serra, 2006). Paralelamente, Abreu (2003) refere que aos enfermeiros já não é somente exigido o tradicional conjunto de saberes, ao nível das habilidades, destreza e segurança, como também lhes são exigidas competências que contribuam para o desenvolvimento da profissão. Relembramos que este conceito revolucionou o processo educativo e formativo dos enfermeiros, na medida em que, como já referido neste trabalho, a supervisão dos estudantes de enfermagem era exclusiva aos docentes, por se considerar que os enfermeiros das instituições de saúde não tinham bagagem científica suficiente (Carvalho, 2003, cit. por Fonseca, 2006).

De acordo com Dixe (2007, cit. por Cunha et al., 2010), os enfermeiros que colaboram no processo de supervisão dos estudantes de enfermagem, referem sentir alguma dificuldade no processo supervisivo em si por falta de conhecimentos/formação, mas também relativamente aos conteúdos ministrados em sala de aula. A dificuldade em assimilar os objectivos de estágio e dificuldade na aplicação das grelhas de avaliação são outros aspectos evidenciados por Dixe como entrave à optimização do processo supervisivo. Na mesma linha, Serra (2006) refere que “os profissionais referem-se à avaliação como sendo o aspecto que mais desconforto lhes causa no seu desempenho” (p. 17). Contudo, apesar de todas as dificuldades sentidas, Dixe (2007, cit. por Cunha et al., 2010), reforça que os estudantes sentem muito apoio por parte dos profissionais e que a sua presença é crucial no processo de aprendizagem e transmissão de segurança. Daí que, pela minha experiência supervisiva e como enfermeira, é importante que se tenha em consideração o estágio de desenvolvimento do aluno e os aspectos da sua personalidade para que a supervisão se adequa correctamente e encaminhe o aluno no seu percurso de crescimento pessoal e profissional de forma saudável para todos os seus intervenientes. Sendo o ensino clínico, o cerne da formação em enfermagem, como refere Carvalho (2003), o enfermeiro supervisor tem um papel preponderante na supervisão em clínica, enquanto o docente pode agir como catalisador da mudança no que respeita ao investimento realizado na parceria escola-hospital.

Simões e Garrido (2007), verificaram no estudo realizado com enfermeiros durante uma formação, leccionada por eles sobre o processo de supervisão, que os enfermeiros consideram mais importantes determinadas características/atitudes no

processo de formação do aluno, tais como:

- Clarificar e compreender o pensamento do estudante (20,70%);
- Prestar atenção, utilizando estratégias de supervisão aliadas à comunicação verbal e não verbal (13,80%);
- Dar opinião e discutir os assuntos e as ideias dos formandos (12,07%);
- Orientar na realização de procedimentos de enfermagem (10,34%);
- Condicionar a formação explicando as consequências do cumprimento ou não cumprimento das orientações do enfermeiro (10,34%);
- Ajudar a encontrar soluções para os problemas (10,34%);
- Encorajar os estudantes a concluírem os seus raciocínios e a cativá-los para o conhecimento e para a prática (8,62%);
- Servir de espelho, utilizando o confronto, a repetição e a exposição do problema (6,90%);
- Negociar os prós e os contras das soluções prováveis (5,17%);
- Estabelecer critérios e estabelecer prazos para o estudante melhorar a sua prestação (1,72%) (p.277).

Estes conceitos já tinham sido explorados por Glickman (1985, cit.por Alarcão & Tavares, 2003), na formação de professores, que definiu, um estilo próprio de supervisão, consoante a ênfase dada pelo supervisor às dimensões anteriores. O autor considerou três tipos de estilos de supervisão: não-directivo, colaborativo e directivo

Na visão de Glickman, o *supervisor de tipo não-directivo*, é aquele que se põe à disposição do professor, que se dispõe a ouvi-lo e a esperar que seja ele a tomar iniciativas. É aquele que o clarifica, que lhe pede informações complementares quando necessário e que o encoraja mas sem o condicionar. O *supervisor de tipo colaborativo*, é aquele que verbaliza muito o que o professor lhe vai dizendo, valoriza as opiniões, sintetiza as sugestões e problemas levantados e ajuda na resolução dos mesmos. O *supervisor de tipo directivo*, é aquele que condiciona as atitudes do professor, estabelecendo critérios e dando as orientações.

Glickman (Alarcão & Tavares, 2003) reforça, no entanto, que estes estilos de supervisão devem ser aplicados em função das características pessoais do supervisor mas também do supervisionado. Efectivamente, se o aluno não tem capacidade de equacionar problemas ou retirar conclusões de uma determinada situação, é perfeitamente inadequado utilizar um estilo não-directivo, daí a relevância da supervisão em adaptar correctamente o estilo adoptado considerando as características

peçoais e desenvolvimento e maturação cognitiva e afectiva de cada formando.

Mosher e Purpel (1972, cit. por Alarcão & Tavares, 2003), também identificaram seis áreas de características que o supervisor deve manifestar:

- Sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas;
- Capacidade para analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhes deram origem;
- Capacidade para estabelecer uma comunicação eficaz a fim de perceber as opiniões e os sentimentos dos professores e exprimir as suas próprias opiniões e sentimentos;
- Competência em desenvolvimento curricular e em teoria e prática de ensino;
- *Skills (traduzido como competências)* de relacionamento interpessoal;
- Responsabilidade social assente em noções bem claras sobre os fins da educação

(p. 73).

Segundo Alarcão e Tavares (2003), de acordo com um grande número de investigadores, a capacidade de prestar atenção e o saber escutar são características fundamentais para um supervisor, tal como um conjunto de *skills* interpessoais:

- Capacidade de compreender;
- Capacidade de manifestar uma atitude de resposta adequada;
- Capacidade de integrar as perspectivas dos formandos;
- Capacidade de buscar a clarificação de sentidos e a construção de uma linguagem comum;
- Capacidade de comunicar verbal e não-verbalmente;
- Capacidade de parafrasear e interpretar;
- Capacidade de cooperar e interrogar (p. 74).

Perspectivando o supervisor como facilitador da aprendizagem, Vieira (1993), dimensiona as funções do supervisor em três áreas de reflexão/experimentação: área da supervisão, da observação e da didáctica, e identifica as seguintes funções (Vieira, 1993):

- Informar: o supervisor disponibiliza informações e perspectivas diferentes de análise da situação ao formando durante a formação, e de acordo com os objectivos e necessidades de formação, com o intuito de propiciar ao formando um leque variado

- de oportunidades de escolha de resolução do problema,
- Questionar: questionar-se e colocar em questão a realidade observada, problematizar o saber e a prática, confrontar e confrontar-se com soluções alternativas, promovendo o pensamento reflexivo e a aprendizagem pela reflexão e tornando o supervisor um exemplo de prático reflexivo, fazendo com que o formando adopte a mesma atitude reflexiva.
 - Sugerir: Fornecer opções ao formando para assumir com ele a responsabilidade das decisões por ele tomadas.
 - Encorajar: papel inestimável, segundo Vieira, na relação de supervisão, porque estimula, anima e dá confiança ao formando, permitindo-lhe interessar-se e motivar-se para todo o processo de formação.
 - Avaliar: Imprescindível nos processos de formação profissional e subjacente ao processo de supervisão, esta função deve ser, segundo a autora, partilhada no seu conhecimento e na explicação dos seus procedimentos, pelo supervisor e supervisionado. Só assim poderá ser aberta e clarificada (pp. 24-25).

O conhecimento profissional do supervisor é constituído, segundo Shulman (1993, cit. por Sá-Chaves, 2000), por diferentes dimensões: conhecimento do conteúdo, conhecimento do curriculum, conhecimento pedagógico geral, conhecimento pedagógico de conteúdo, conhecimento dos contextos, conhecimento do aprendente e suas características, conhecimento dos objectivos, fins e valores educacionais. Fonseca (2006), sublinha que da simbiose destas dimensões do conhecimento, mobilizado e reflectido a cada instante, em cada situação formativa, necessário ao pensar, decidir e agir surge a noção de competências humanas, técnicas e cívicas, indispensáveis ao profissional humano que exerce função de supervisor.

Alarcão e Tavares (2003) definem as tarefas de supervisão, a um nível geral, como sendo aquelas que vão ajudar o outro a desenvolver-se como professor. Assim, determinam que o supervisor deve ajudar 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 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 (p.56-57).

A um nível mais específico, os investigadores assumem que cada um (supervisor e supervisado), tem funções próprias no processo de supervisão. A acção do supervisor destina-se essencialmente a ajudar o supervisado a crescer e a ensinar os seus alunos (ou exercer enfermagem, no caso deste estudo) para que eles aprendam e se desenvolvam enquanto as tarefas do formando são as da execução da acção de ensino (de enfermagem). O ponto comum das tarefas encontra-se na criação de um bom clima afectivo-relacional e no desenvolvimento pessoal e profissional.

Alarcão e Tavares (2003) explicam que para que o processo supervisivo se desenrole nas melhores condições, a atmosfera afectivo-relacional envolvente é primordial e deve assentar num clima favorável. Efectivamente, nesse clima, supervisor e supervisado colocam-se numa atitude semelhante à de colegas, de maneira a explorar e partilhar todos os recursos e potencialidades, imaginação, conhecimentos, afectividade, técnicas e estratégias que cada um possui, para que possam identificar, analisar e resolver os problemas que vão surgindo durante o processo de ensino-aprendizagem e de supervisão. Alarcão e Tavares (2003) são consensuais ao referirem que ambos os intervenientes no processo supervisivo, se encontram, de facto, envolvidos na grande tarefa de aprender, ensinar e desenvolver-se para melhor intervirem, numa base de reflexão mútua e de trabalho persistente que possibilite ao formando desenvolver todo um conjunto de skills que o encaminhe do saber ao saber-fazer para se tornar um bom profissional. Relativamente ao elemento respeitante ao

conhecimento a adquirir ou a mobilizar, este varia consoante a evolução da investigação científica e tecnológica e, conseqüentemente, exige novas modalidades e dinâmicas de ensino-aprendizagem. Uma nova percepção e observação das realidades contextuais estão a provocar alterações ao nível dos processos supervisivos (Alarcão & Tavares, 2003). Finalmente, o último elemento integrante da compreensão do processo de supervisão ou orientação da prática pedagógica, referido por Alarcão e Tavares (2003), e que, referenciado por vários outros autores, como sendo fundamental no processo supervisivo, reporta-se à atmosfera afectivo-relacional envolvente.

Abreu (2007), a partir da revisão de vários autores, defende que a relação é a dimensão mais dinâmica da supervisão, sublinha a importância da cooperação entre os supervisados e os supervisores para o êxito do processo supervisivo e refere que os próprios alunos consideram a relação supervisor-supervisado fundamental para a criação de um ambiente de aprendizagem favorável: a cooperação positiva e muito próxima entre ambos seria facilitadora dos processos de supervisão e de aprendizagem. Do ponto de vista de Simões (2006), os estudantes referem que deve existir uma parceria entre os docentes e os enfermeiros que participam na actividade supervisiva de forma a terem uma presença constante e continua no processo ensino-aprendizagem.

Dixe (2007), aborda as duas vertentes da relação supervisiva. Numa primeira abordagem, associa a relação empática entre aluno e supervisor ao estabelecimento de uma boa relação com os orientadores de estágio. Noutra abordagem, acentua o facto de essa relação também poder apresentar aspectos negativos, se assente em críticas destrutivas, num sentimento de não-aceitação por parte do enfermeiro e num constrangimento entre estudante e orientador. Carvalhal (2003), refere que os estudantes preferem ser orientados por enfermeiros, por serem próximos e parte integrante da realidade profissional e contextual e porque ameniza os seus medos, o facto de serem profissionais do local de estágio, o que lhes facilita muito a integração ao espaço físico, à equipa multidisciplinar e à dinâmica do serviço.

A supervisão comporta um conjunto de estratégias de mediação criadas para facilitar a relação entre a pessoa e a sua experiência, alertando-a para o todo e para os pormenores da experiência que são potencialmente promotores de crescimento (Garmston et al., 2002, cit. por Fonseca, 2006). Uma relação supervisiva entre

supervisado e supervisor assenta em princípios base de um relacionamento onde ambas as partes intervenientes no processo possam tirar proveito, e que esses princípios se enquadrem no contexto onde decorre, acentuando uma relação que deve ser constituída na prática (papel profissional), com identificação das tarefas concorrentes e em que haja competências de aconselhamento (Holloway, 1995, cit. por Abreu, 2007).

Nos contextos de saúde, o supervisor em clínica de enfermagem, é um enfermeiro, consultor, conselheiro, orientador, que estabelece e desenvolve relações de ajuda, disponibilizando os seus saberes avaliando as necessidades de formação e de suporte emocional, promovendo e colaborando em processos de mudança, dando visibilidade e incentivo às boas práticas, promovendo a auto-reflexão e desenvolvendo processos de reflexão e de acção sobre o seu próprio papel como supervisor (Abreu, 2002). A reflexão sobre a experiência transforma-a e é esta transformação que lhe dá sentido, ajuda a extrair dela um conhecimento próprio e dinamiza a identidade dos participantes. A experiência é um reservatório de saberes e o ponto de partida para a aprendizagem (Fernandes, 2008). Assim, os alunos de enfermagem, concebem os ensinamentos clínicos como uma forma de, no contacto com as pessoas e seus problemas de saúde, perceberem a forma e o significado que esses problemas tomam para os doentes e seus familiares (Fernandes, 2008). A ajuda efectiva de quem está por dentro deste processo, é certamente, segundo Fernandes, uma forma revitalizante de aprender enfermagem e de a tornar mais próxima dos doentes e da função social da profissão.

Este pensamento leva-nos a concordar com os autores, na medida em que, respeitando todas estas condicionantes, supervisor e supervisado, poderão intervir como agentes de mudança, não só no processo ensino-aprendizagem, como também, no desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional dos alunos e conseqüentemente no melhoramento do próprio ensino do supervisor.

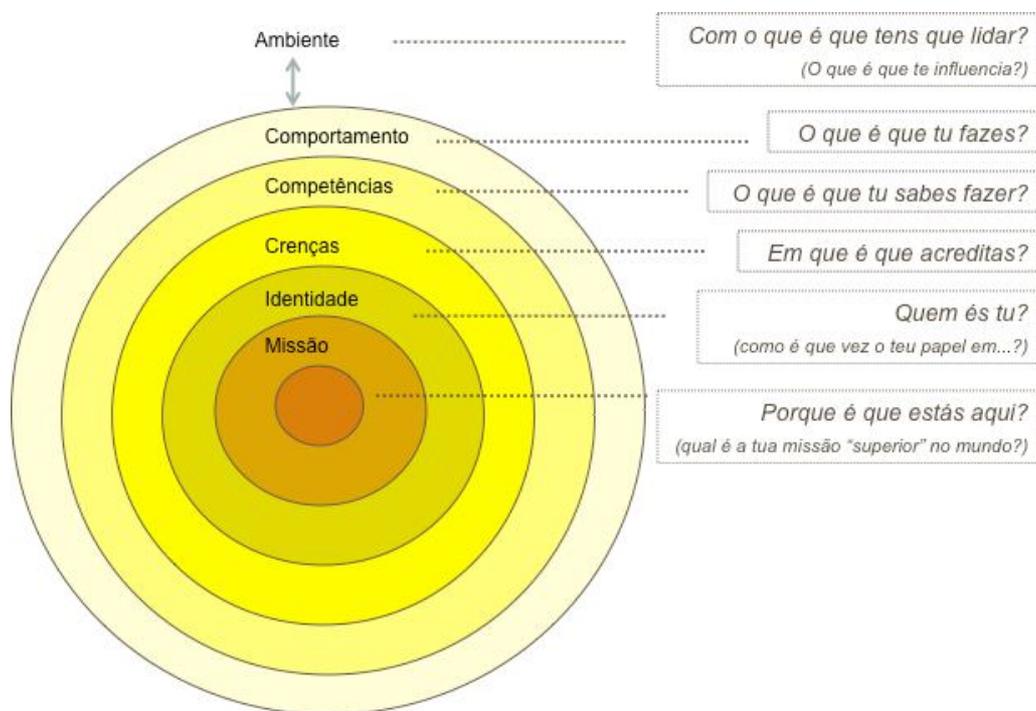
(Auto) reflexão

Neste sentido, surge então a questão: como é que o supervisor pode ajudar o supervisado a reflectir sobre a prática para se desenvolver pessoal e profissionalmente?

Korthagen (2004), considera que existe numa pessoa, vários níveis que podem ser influenciados, e que podem perspectivar quais as qualidades necessárias para se ser

um bom professor (ou um bom enfermeiro se adaptarmos este modelo à supervisão no contexto em clínica). Desses níveis, Korthagen (2004) considera que apenas dois podem ser directamente observados pelos outros: meio ambiente e comportamento. No entanto, defende que o supervisor deve ajudar o supervisionado a reflectir sobre os outros níveis não observáveis que incluem as dimensões moral, emocional e políticas da profissão (reflexão ampla) e as crenças e reflexões do supervisionado sobre as suas próprias práticas profissionais e a sua profissão em geral (Korthagen, 2004, 2009, 2010), para terem consciência dos seus aspectos pessoais e profissionais a partir de uma perspectiva integrada (Korthagen & Vasalos, 2005).

Com o objectivo de ajudar os supervisores a promover esses níveis de reflexão nos supervisionados, Korthagen (2004, 2009) propôs o modelo de reflexão nuclear, metaforicamente designado “modelo de cebola” que inclui seis níveis de reflexão: ambiente (o que encontro? com o que é que estou a lidar?); comportamento (o que é que eu faço?); competências (em que é que eu sou competente?); crenças (em que é que eu acredito?); identidade (quem sou eu no meu trabalho?); missão (o que me inspira? Qual é a minha missão como enfermeiro?) (Figura 8).



Fonte: Korthagen, 2009, p. 299

Figura 8. Modelo de reflexão nuclear

Aplicar o modelo de Korthagen à enfermagem, implica classificar como meio ambiente a unidade de cuidados, os doentes e uma equipa multidisciplinar de profissionais. De acordo com as suas investigações, os níveis de meio ambiente e comportamento parecem ser os níveis que mais atraem a atenção dos futuros profissionais, pelo facto de muitas vezes serem a fonte de problemas nas suas práticas, e a questão de como lidar com estes problemas ser uma preocupação constante para os profissionais. Pela minha prática alguns dos problemas que surgem são: a adaptação ao contexto de cuidados e à dinâmica do serviço, com a gestão dos recursos disponíveis, seja humanos ou de materiais, o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente e família e a integração na equipa de saúde com a necessidade de estabelecer relações interprofissionais construtivas e saudáveis pessoal e profissionalmente.

Muito influente no nível do comportamento é o nível das competências, como explica Korthagen (2009), que são em geral, concebidas como um corpo integrado de conhecimentos, habilidades e atitudes e como tal, representam uma potencialidade para o comportamento, e não o próprio comportamento. Em enfermagem, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), as competências principais são: competências no domínio da prática profissional, ética e legal, competências no domínio da prestação e gestão de cuidados e competências no domínio do desenvolvimento profissional.

Korthagen (2004) enfatiza que o facto de as competências serem ou não aplicadas na prática depende das circunstâncias, revelando, assim, o pressuposto importante de que os níveis exteriores podem influenciar os níveis interiores: o ambiente pode influenciar o comportamento de um professor ou de um enfermeiro (um doente que recusa tratamento sabendo que põe em risco a sua vida ou um doente agressivo físico e verbalmente pode desencadear no enfermeiro reacções que não teria com um doente calmo ou que aceite ser tratado), e um comportamento repetido várias vezes, pode permitir o desenvolvimento de uma competência que lhe possibilite usar esse comportamento noutras circunstâncias.

No entanto, Korthagen (2004) refere que a influência contrária também existe, ou seja, do interior para o exterior. Explica que o comportamento de alguém, também pode ter um impacto sobre o meio ambiente (um enfermeiro que incentiva um doente a continuar a reabilitação do seu estado pode influenciar esse doente), e as competências

de cada um determinam qual é o comportamento que é capaz de demonstrar nessas situações.

O quarto nível é constituído pelas crenças, que segundo Korthagen (2004) determinam as competências do professor ou do enfermeiro. Como exemplo da prática clínica, um enfermeiro que não acredita no potencial de reabilitação do doente alcoólico ou toxicod dependente não irá desenvolver competência para mostrar compreensão e relação de ajuda para promover a saúde desse tipo de doente. As crenças que os profissionais possuem em relação à aprendizagem e à profissão determinam as suas acções. Bernardino (2007) considera que o ensino da enfermagem é baseado no modelo reflexivo. Ou seja, o enfermeiro tem um papel central e activo no seu desenvolvimento e na sua aprendizagem, sendo que o supervisor apenas o ajuda a procurar os significados das suas acções. No entanto, Bernardino (2007) acrescenta que nem sempre este processo se evidencia na prática clínica. Isto acontece porque o enfermeiro pode considerar estes processos reflexivos ao longo dos ensinamentos clínicos, como momentos meramente académicos e, assim, sem repercussão na prática clínica. Ao longo da minha experiência de supervisão das práticas clínicas, tenho constatado que se o enfermeiro docente e o enfermeiro supervisor das práticas em contexto clínico não tiverem a mesma preocupação, o mesmo empenho, digamos que a mesma filosofia de ensino e aprendizagem reflexiva, com uma abordagem comum, o enfermeiro aprendiz não irá valorizar a reflexão “da” e “na” sua acção e poderá inclusive entrar “em conflito” com os seus formadores. O estudante de enfermagem é agente da sua própria formação, pode já ter alguma bagagem experiencial a nível da prática clínica, é um indivíduo único, com as suas características, necessidades, sentimentos e valores, assim, terá reacções e percepções diferentes às situações às quais será exposto.

Korthagen (2004) usa o termo Gestalt para se referir ao “pacote” de experiências anteriores, modelos, necessidades, valores, sentimentos, imagens e rotinas, que são, muitas vezes, evocadas inconscientemente por situações concretas. Para dar um exemplo: um aluno - enfermeiro confronta-se com um doente deprimido, porque foi informado da sua doença. Este doente provoca imediatamente a recordação de velhas imagens e sentimentos, juntamente com o desejo de mudar alguma coisa nesse doente e no seu comportamento. Não é inconcebível que, de uma só vez, todo o conhecimento

prestado durante a sua formação profissional seja anulada e substituído pela Gestalt. O aluno - enfermeiro pode, por exemplo, procurar uma confrontação com o doente, mesmo que a teoria sobre comportamento interpessoal em clínica, diga que, em tal situação, o melhor para o enfermeiro, seria optar por um comportamento empático em vez de um comportamento de desvalorização da doença.

Actualmente, é dada mais atenção às crenças que as pessoas têm sobre si mesmas, isto leva-nos ao quinto nível do modelo da cebola, que Korthagen (2004) designa como identidade, e que se reporta a como as pessoas se definem a si mesmas, em outras palavras, como é que uma pessoa vê a sua identidade (profissional).

Korthagen (2004) refere que quanto mais os profissionais souberem acerca deles próprios, mais as suas decisões pessoais tendem a ser sobre como preparar o caminho para uma prática profissional melhor. O mesmo pode adaptar-se ao ensino de enfermagem. Se o aluno perceber, e como já foi mencionado neste relatório, qual a essência e propósito da enfermagem, certamente será um profissional competente e dedicado. Na base desta auto-compreensão, o profissional em formação é capaz de fazer escolhas mais conscientes comparando com o seu anterior comportamento na prática (mais inconsciente), e estas escolhas estão relacionadas com o seu desenvolvimento profissional (Korthagen, 2004).

Relativamente ao último nível de mudança, que Korthagen (2004) denomina de missão ou nível de espiritualidade, este nível inclui questões altamente pessoais, tais como: com que objectivo é que o profissional quer fazer o seu trabalho? Ou, o que vê o profissional na sua profissão para a fazer a sua vocação pessoal no mundo? O que existe no seu interior mais profundo, para que faça aquilo que faz? De acordo com Korthagen (2004), a questão central deste nível é: porque é que eu existo?

Assim, o objectivo principal da reflexão nuclear é promover o alinhamento entre as camadas da cebola, de forma a atingir o equilíbrio entre as camadas interiores e o exterior (o meio ambiente), isto implica que o comportamento é ao mesmo tempo uma resposta eficaz às exigências da situação e é pessoalmente gratificante (Meijer, Korthagen & Vasalos, 2009).

Korthagen (2004) acrescenta que as qualidades pessoais que cada indivíduo possui estão relacionadas com os níveis mais profundos. Ofman (2000, cit. por

Korthagen, 2004) chama de “core qualities” ou qualidades essenciais, a essas qualidades pessoais. Também refere que essas qualidades estão sempre potencialmente presentes e provêm do interior da pessoa, ao contrário das competências que são adquiridas do exterior. Korthagen (2004), ainda acentua o facto de ser importante ajudar quem se vê confrontado com uma determinada qualidade para que essa pessoa possa “concretizar” essa qualidade. Assim, admite que um dos principais objectivos da supervisão possa ser o de facilitar o processo através do qual os níveis internos de mudança influenciam os níveis externos, sem se focalizar nos níveis internos em detrimento dos níveis externos. Os profissionais devem interiorizar essas qualidades para ajudar numa tomada de decisão acertada que possa ser transposta na prática. Segundo Korthagen (2004), é aqui que o papel da supervisão é importante numa fase inicial, para a identificação, interiorização e aplicação na prática dessas qualidades.

Concluimos com a análise feita por Korthagen (2004) e Meijer, Kothagen e Vasalos (2009), que qualidades pessoais não são sinónimas de bom profissionalismo, e que, mesmo apresentando competências adequadas, boas crenças, identidade e sentido de missão, o comportamento do enfermeiro pode ser, mesmo assim, condicionado pelas condições externas do meio-ambiente. Neste sentido, o processo de supervisão, pode intervir em todas as camadas da “cebola”, permitindo que o formando reflecta em que nível tem dificuldade ou qual é o nível que precisa ser trabalhado. Cada reflexão em cada nível, irá determinar o tipo de intervenção precisa, intervenção esta, planeada e orientada pelo supervisor mas reflectida e pensada pelo formando, num relação estreita de feedback. A não resolução de algum problema identificado num dos níveis poderá, obviamente, condicionar o desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo.

Trabalhar na procura dessa harmonia entre os níveis, é, de acordo com Korthagen (2004), a base da supervisão, não esquecendo que ao supervisor cabe interiorizar as suas próprias qualidades, para que possa promover o desenvolvimento de qualidades essenciais nos futuros profissionais.

A citação de Nelson Mandela, a esse propósito, e citada por Korthagen (2004), retrata bem este pensamento: “ Se deixamos a nossa luz brilhar, inconscientemente damos às outras pessoas permissão para fazerem o mesmo” (p. 94).

Em síntese, o modelo de reflexão nuclear de Korthagen (2004, 2009), deve ser

aplicado no contexto clínico, uma vez que o ambiente pode interferir no comportamento do aluno. Sendo, como já referimos neste relatório, o contexto clínico um contexto gerador de ansiedades, receios e medos, porque está relacionado com o processo de doença e morte, torna-se crucial e imprescindível, que o supervisor consciente das suas qualidades e competências na área clínica, ajude o estudante de enfermagem a enfrentar este contexto e desenvolver as suas próprias qualidades e competências para que possa vir a ser um profissional na sua plenitude de acordo com a ética e deontologia profissional. Simões e Garrido (2007) e Fonseca (2006), concordam em dizer que o processo de supervisão não se fundamenta no imprevisto e é fundamental que o supervisor em clínica tenha experiência profissional, porque só assim terá legitimidade para integrar o aluno nas realidades de enfermagem e no processo de cuidar. Henderson (1994), enfatiza que os supervisores 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” (p.601). Vieira (2006), argumenta que o supervisor deve, para além dessa competência profissional, promover a reflexividade, (inter) subjectividade, negociação e regulação para facilitar a democratização e a emancipação dos supervisados, promovendo três tipos de reflexão descritos por Manen em 1977, de cuja articulação depende a profundidade e impacto de reflexão:

Nível técnico: a reflexão na/para a acção situa-se na consecução de objectivos a curto prazo, numa lógica de melhoria do desempenho do formando (o que faço? como posso melhorar a minha acção?)

Nível prático: a reflexão centra-se na análise de pressupostos, predisposições, valores e consequências das práticas do formando (como explico a minha acção? quais as implicações da minha acção sobre os outros?)

Nível crítico ou emancipatório: a reflexão estende-se às dimensões ética, social e política das práticas do formando (como se situa a minha acção face ao contexto em que se desenvolve? que forças constroem a minha liberdade e a eficácia do que faço?). Este nível inclui a reflexão sobre os processos de formação, as suas problemáticas e a sua avaliação (p.23).

Papéis do supervisor

Fonseca (2006), defende que “dos alunos se espera que adquiram e desenvolvam competências para o exercício da sua actividade profissional, numa perspectiva multidimensional que inclui requisitos cognitivos e técnicos indispensáveis à execução da actividade mas também organizacionais, relacionais, morais, éticos, atitudinais, comunicacionais e a integração de conhecimentos já adquiridos em novos contextos e situações” (p. 33). Reforçando esta ideia, Gago (2008), explica que “os profissionais devem ser formados para o incerto, para o instável, para o dinâmico, para o imprevisível desconhecido e para a necessidade de, a cada momento, serem capazes de responder às questões com que se irão defrontar” (p. 39).

Face às características, fases e modelos de supervisão aplicados em clínica, face ao papel do supervisor e docente, face às condicionantes e imperativos do processo supervivo, e dos contextos hospitalares, que foram sendo discutidos ao longo desta revisão de literatura, podemos concordar com Fonseca (2006) quando diz que “a prestação de cuidados de enfermagem transforma-se numa contínua e constante tomada de decisão, num continuo recurso a um saber, saber-fazer, saber-ser e saber-estar proporcionando ao outro a satisfação das suas necessidades de forma integrante e holística e com a qualidade desejada e esperada por todos. O agir profissional advém, assim, da interacção entre os saberes de índole teórica e os saberes adquiridos na e com a acção que, constantemente, são conferidos e se transformam no saber de enfermagem” (pp. 9-10).

Na mesma óptica, “o envolvimento do profissional numa situação de intervenção favorece a reflexão sobre a prática, exige a identificação de cenários para resolver os problemas e cria condições para o estabelecimento de diálogo, tal como para a compreensão de diferentes pontos de vista” (Macedo, 2002, p. 55). Sendo que o saber de enfermagem e o agir profissional só serão conseguidos através da formação em enfermagem em sala de aula e nos ensinamentos clínicos.

Modelos de supervisão

Como já temos vindo a argumentar ao longo deste trabalho, a supervisão seja qual for o contexto em que é exercida, tem como principal objectivo o desenvolvimento

peçoal e profiſſional do supervisado. Da mesma forma, vários autores referenciados neste trabalho (Alarcão & Tavares, 1987, 2003; Fonseca, 2006; Abreu, 2003), atribuem à prática supervisiva um “modus faciendi”.

Os estágios clínicos são, como refere Alarcão e Rua (2005), momentos de observação e intervenção em contexto de serviços de saúde e afins, com o objectivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências, em contacto com a prática, mobilizando, integrando e contextualizando múltiplos saberes e preparando o caminho para a identidade profiſſional.

É claro que, depois de tudo o que foi aqui exposto, a supervisão vai colaborar na construção do saber profiſſional de cada supervisando, em contexto real de cuidados, permitindo a aplicação técnica do saber formalizado, através de uma relação interactiva, reflexiva e transformadora e possibilitando, através de uma prática reflexiva e interdisciplinar, gerar novas formas de pensar e agir. No entanto, e referenciando novamente Fonseca (2006), das estratégias de supervisão em contexto clínico, à semelhança dos modelos de supervisão, não é válida apenas uma. Existem várias e todas elas são utilizadas, combinadas, ou não, umas com as outras, à luz dos objectivos pretendidos, do tipo de alunos supervisados, das condições contextuais e dos recursos disponíveis. Tendo consciência que ensinar e supervisionar em enfermagem não se limita apenas ao estabelecimento de uma relação de ajuda, por mais estreita que seja, com o aluno que lhe possibilite a construção da sua identidade pessoal e profiſſional, é essencial que se dominem os conhecimentos na área de supervisão para que se possam implementar as estratégias mais adequadas em contexto clínico e o modelo de supervisão subjacente e tornar a supervisão a mais competente possível. O processo de supervisão deve ser fundamentado através de estratégias, porque o contrário seria supervisionar “ao acaso”, como já referimos anteriormente. O processo de supervisão, na perspectiva de Fonseca (2006), não é um processo que se desenvolva de forma descontrolada, aleatória, sem fio condutor, mas sim um processo estruturado e estruturante com um objectivo comum, mas onde cada interveniente tem um papel, tarefas e funções específicos a cumprir.

Vários são os contextos onde se pode praticar supervisão. Alarcão e Tavares (2003) denominaram nove cenários de práticas supervisivas, Abreu (2003) designou a

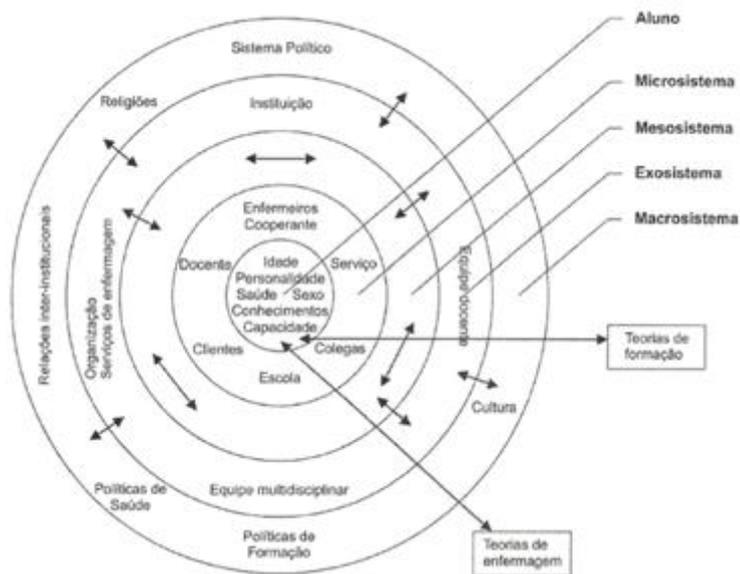
supervisão como um processo dinâmico, colocando a ênfase na reflexão, na ajuda, na orientação e na monitorização das práticas. Outro autor como Proctor (1991), mais tarde retomado por Nicklin (1997), fala em funções normativa, formativa e restaurativa da supervisão. Estes modelos bem aceites pelos enfermeiros, já foram referenciados em vários estudos e contextos de enfermagem.

No que respeita a este relatório, iremos debruçar-nos um pouco mais sobre os três cenários que Alarcão e Tavares (2003) denominaram de cenário reflexivo, ecológico e dialógico, porque estão subjacentes aos princípios teóricos que foram trabalhados durante este estágio.

Assim, no cenário reflexivo de Alarcão e Tavares (2003), e recuperando as ideias anteriormente referidas por Dewey e Schön (1991), a abordagem reflexiva na formação dos profissionais assenta no valor da reflexão na e sobre a acção, tendo consciência da imprevisibilidade dos contextos profissionais e da necessidade de compreender tais contextos, e as determinadas acções aplicadas nesses contextos. Surge a noção de competência para agir no imprevisível, assente num conhecimento tácito ou conhecimento na acção e que se evidencia no saber- fazer. Portanto este cenário de Alarcão e Tavares (2003) combina acção, experimentação e reflexão sobre a acção. Isto entende-se como a filosofia do “aprender a fazer fazendo e pensando” e a qual conduz “à construção activa do conhecimento gerado na acção e sistematizado pela reflexão” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 35). Nesta linha de pensamento, os autores acrescentam que o papel do supervisor é fundamental para ajudar o supervisionado, a compreender as situações que se lhe apresentam nos determinados contextos, a saber agir face a essas situações e a construir o conhecimento que advém da interacção acção-pensamento. Referenciando novamente Schön (1991), o papel do supervisor é o de ajudar o supervisionado a reflectir na e sobre a acção e fazer a reflexão sobre a reflexão na e sobre a acção. As estratégias preconizadas por Schön são três: a experimentação em conjunto, a demonstração acompanhada de reflexão e a experiência multifacetada. Ou seja, interpretando o autor, o aluno é levado a verbalizar o seu pensamento sobre a sua acção, é encaminhado para a procura de esclarecimentos e soluções para os problemas encontrados, é envolvido na interpretação e resolução desses problemas, sendo-lhe propiciados momentos de reformulação do problema, levantamento de hipóteses assim

como de integração da linguagem e formas de pensamento e actuação da prática profissional. Este procedimento, no meu entender pelas suas propriedades reflexivas, apela à capacidade de auto-formação e de auto-avaliação do supervisionado.

Outro cenário, explorado por Alarcão e Sá-Chaves (1994), e baseado no modelo de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979), é o cenário ecológico. Este modelo reporta-se à sinergia existente entre a pessoa em desenvolvimento e o meio em que está inserida, meio este, também em desenvolvimento. Recuperando a perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1979), Alarcão & Rua (2005), referem que autores como Alarcão & Sá-Chaves (1994) e Oliveira-Formosinho (1987), adaptaram a Portugal a abordagem clínico-reflexiva de matriz ecológica de Bronfenbrenner. Na sua perspectiva isto aconteceu porque contribui para o desenvolvimento humano e profissional do formando, na medida em que este desenvolvimento resulta da interacção mútua e progressiva entre a pessoa em crescimento constante e os seus contextos de actuação, estes também sempre em transformação. Consideram portanto este processo altamente ecológico. Assim, no que respeita ao contexto clínico, as autoras apresentam na figura 9, o ambiente ecológico de desenvolvimento do aluno de enfermagem em contexto de ensino clínico, segundo Bronfenbrenner (2001), para explicitar os elementos influenciadores do desenvolvimento humano (pessoa e contextos):



Fonte: Alarcão e Rua, 2005, p. 378

Figura 9. Ambiente ecológico de desenvolvimento do aluno de enfermagem em contexto de ensino clínico de Bronfenbrenner

Bronfenbrenner considera três factores responsáveis pela transição ecológica, ou seja, na situação de ensino clínico, os alunos envolvem-se activamente e progressivamente com os contextos profissionais através: “da realização de novas tarefas; do desempenho de novos papéis; do estabelecimento de contactos com pessoas com as quais até ao momento ainda não se tinha interagido, como outros enfermeiros, outros profissionais de saúde, os doentes e seus familiares, etc.” (Alarcão & Rua, 2005, p. 379). Esta transição é apresentada na figura 10.

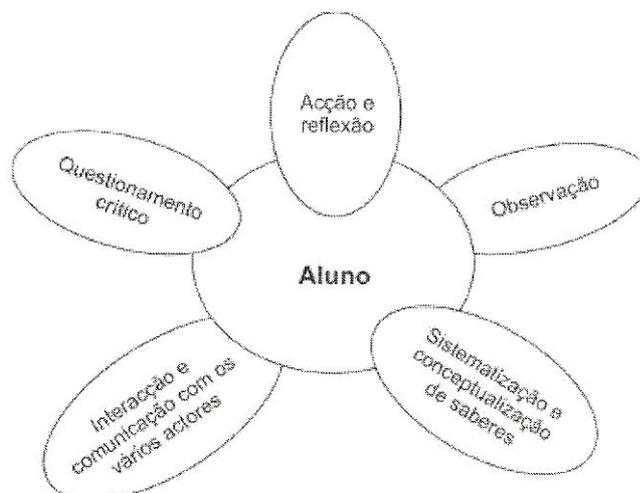


Fonte: Alarcão e Rua, 2005, p. 379

Figura 10. Transição ecológica de Bronfenbrenner (1979)

A filosofia desta abordagem, segundo Alarcão e Rua (2005), aponta para um processo de interacção do formando com o agir profissional contextualizado, sob uma orientação supervisiva dos conhecimentos, técnicas e atitudes e com o objectivo de construir o profissional e sua identidade profissional. Segundo as autoras, as estratégias subjacentes à dimensão clínico-reflexiva desta abordagem assentam em cinco elementos-chave: “observação; acção e reflexão (através de análise de casos, narrativas, portefólios reflexivos e perguntas pedagógicas); questionamento crítico; interacção e comunicação com os vários actores; sistematização e reconceptualização de saberes (Alarcão & Rua, 2005, p. 381).

A figura 11 ilustra as diferentes estratégias de aprendizagem/supervisão:



Fonte: Alarcão e Rua, 2005, p. 381

Figura 11. Estratégias de aprendizagem/supervisão

Neste cenário, Alarcão e Tavares (2003), entendem a supervisão como um processo onde se cruzam “actividades, papéis e relações interpessoais” (p. 37), porque o aluno é sujeito a uma diversidade de experiências, em contextos diferenciados, e passa a ser o protagonista de novos papéis através do desempenho de novas actividades, interagindo com pessoas que até então desconhecia. Bronfenbrenner (1979, cit. por Alarcão & Tavares, 2003) atribui ao contexto uma importância capital na medida em que micro, meso e macrosistemas (figura 11), em que os profissionais se vão inserindo, interagem entre si e vão directa ou indirectamente exercer sobre a pessoa em formação uma enorme influência. O processo formativo e supervisivo têm aqui uma dimensão de socialização e de interacção com o meio. Por esse motivo, Bronfenbrenner (1979, cit. por Alarcão & Tavares, 2003) considera que o modelo ecológico é um modelo inacabado, porque é “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” (p. 39).

Finalmente, o terceiro modelo relevante para este estágio, é o modelo que Alarcão e Tavares (2003), denominam de cenário dialógico. Tal como o nome sugere, este modelo apela ao diálogo crítico entre os parceiros da supervisão. Os intervenientes

no processo supervisivo passam a ser “agentes sociais, com o direito e o dever de fazerem ouvir a sua voz e assumir a natureza altamente contextualizada e situada do seu conhecimento profissional” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 40). O profissional passa a ser visto mais do ponto de vista colectivo do que individual. Está subjacente uma parceria dentro de uma comunidade profissional onde todos podem ser agentes de mudança, nos contextos educativos e profissionais, numa base colaborativa e emancipatória quer seja a nível individual ou colectivo.

Como refere Abreu (2007), um modelo de supervisão pode ser entendido como “uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a acção” (p. 190). No entanto, constatamos pelos vários autores referidos neste relatório, que existem vários modelos de supervisão e que não é válido apenas um único modelo. Cada modelo assenta numa filosofia própria e em pressupostos que o supervisor e o contexto determinam, assim como supervisor e contexto determinam qual a ênfase a dar ao modelo escolhido.

No que respeita ao contexto clínico e à formação e supervisão dos alunos de enfermagem, considero que podem ser aplicados estes três cenários de prática supervisiva descritos por Alarcão e Tavares (2003) e referidos anteriormente. Efectivamente, durante o ensino clínico, é fundamental que o aluno de enfermagem tenha um pensamento reflexivo na e sobre a sua acção, entenda o contexto complexo, mutável e imprevisível em que está inserido, entenda qual o propósito da enfermagem, e construa o seu conhecimento de forma activa e reflectida com a ajuda do supervisor que o conduz a reflectir na e sobre a acção e a fazer a reflexão sobre a reflexão na e sobre a acção.

Seguindo o pensamento de Bronfenbrenner (1979, cit. por Alarcão & Tavares, 2003), o ambiente ecológico que rodeia o aluno de enfermagem tem um impacto que pode ser determinante na sua aprendizagem, porque o ambiente ecológico em contexto clínico pode ser ansiogénico, desorganizado, imprevisível e instável, como já referimos em capítulos anteriores, e provocar alterações na interacção aluno-meio e fazer com que a capacidade de resposta do aluno às situações seja comprometida.

Quanto ao modelo dialógico na prática e contexto clínico, este também é

essencial na medida em que o apoio supervisão é dado de forma a integrar estes futuros enfermeiros, numa comunidade profissional, onde todos eles têm um papel preponderante, onde todos são agentes de mudança no caminho para a excelência dos cuidados de enfermagem. Muito cedo, o aluno de enfermagem deve ser sensibilizado para qual é o seu papel na sociedade como prestador de cuidados de enfermagem e para que participe activamente no seu percurso formativo, colabore no seu crescimento pessoal e profissional, enfim, para que se implique na construção da sua identidade profissional.

3.3 Identificação dos contributos teóricos mobilizados para a problemática específica da intervenção e investigação

3.3.1 Contributos para o desenvolvimento e regulação do processo supervisão neste estágio

Alarcão e Roldão (2010) reforçam com o seu estudo, o que o meu trabalho como supervisora já me tinha levado a experienciar e questionar e que, por isso, se tornou uma das linhas orientadoras principais deste estágio. Segundo as mesmas autoras,

a qualidade da supervisão está relacionada com a capacidade para gerar dinâmicas e processos de crescimento profissional centrados nos próprios alunos, operacionalizados através de uma atitude reflexiva, questionadora e analítica da acção docente, perspectivada como fonte de conhecimento, devidamente sustentada pelo conhecimento teórico em que cada aluno, "professor em gestação" [no caso deste estudo, futuros enfermeiros] vai construindo a sua identidade profissional" (Alarcão & Roldão, 2010, p. 64).

Gago (2008), refere que a qualidade da supervisão disponibilizada aos alunos, é fundamental no processo de construção do seu conhecimento pessoal e profissional, no desenvolvimento das capacidades crítico-reflexivas e na consolidação da identidade profissional. Acrescentando Alarcão e Roldão (2010) que "corresponde a um olhar supervisão a pretender regular, compreender, actuar para que ser professor [enfermeiro] faça sentido para si mesmo e para os outros" (p.64). O encorajamento da construção da identidade profissional nos alunos futuros enfermeiros foi a segunda linha orientadora

principal deste estágio.

O desenvolvimento da identidade profissional em enfermagem tem vindo a acompanhar muitos destes estudos de investigação, realizados ao longo destes anos na área da supervisão da prática pedagógica, que contribuíram para a realização doutros estudos na mesma área mas referentes a outras categorias profissionais que não professores. Não tendo uma definição e concepção única e consensual do ponto de vista dos vários investigadores tem, no entanto, uma grande adaptabilidade e semelhança a outros contextos profissionais. A enfermagem sofreu nos últimos vinte anos, como já referimos, grandes transformações na prática do exercício da sua profissão. Conquistou o seu estatuto e autonomia profissional, e é reconhecida socialmente e no âmbito da comunidade científica de saúde. Legitimada pela Ordem dos Enfermeiros, promove a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional (artigo 3º), que foram considerados centrais neste estágio e no desenvolvimento da identidade profissional destes futuros enfermeiros.

Como refere Abreu (2003), a enfermagem é um dos sectores socioprofissionais que mais se tem transformado ao nível da sua identidade, ao conseguir desmarcar-se do poder médico, ao construir modelos de racionalidade facilitadores da conquista de autonomia profissional e ao valorizar de forma crescente as diferentes dinâmicas de formação que se articulam ao longo dos percursos de vida dos enfermeiros. Neste processo de (re) configuração identitária, a formação ocupa um estatuto de relevo, na medida em que torna visíveis os saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão.

Do mesmo modo, Abreu (2003) refere que a orientação social da profissão exige que o desenvolvimento de saberes, atitudes e habilidades seja concretizado simultaneamente em espaços de formação teórica e prática, recomendação esta que foi outra das linhas orientadoras deste estágio. Ou seja, em contextos de trabalho, onde a importância da prática clínica não residiu apenas na necessidade de aplicar conhecimentos teóricos adquiridos, mas sim, onde o trabalho com o doente permitiu

desenvolver competências que são acessíveis somente por esta via. Por outro lado, Abreu (2003) reforça que o contacto com a comunidade insere o enfermeiro numa cultura profissional única, onde se cruzam diferentes representações sobre a profissão, diversas ideologias profissionais e estratégias de negociação com o poder médico.

Durante este estágio orientei-me pelo facto de que ser um docente de enfermagem não invalida o facto de se ser, na sua base, um enfermeiro. Pelo contrário, o vínculo à profissão é claro e permanente e não é possível conceber um bom professor sem se ser um bom enfermeiro. Segundo Abreu (2003), a identidade profissional do enfermeiro no docente é mantida, por mais que não seja, no processo de aprendizagem em contexto real nas instituições de saúde e a identidade profissional do docente no enfermeiro é mantida pelo facto de o ensino da enfermagem estar integrado no ensino superior e, por isso, em permanente contacto com outros docentes de outras áreas. Daí que se possibilita um vasto desenvolvimento académico e científico porque abrange dois campos de investigação: o ensino e a enfermagem. Neste sentido, concordo com Abreu (2003) quando defende que todos os processos formativos pelo qual passa o indivíduo são importantes no seu desenvolvimento pessoal e profissional, uns mais que outros certamente, e que estes processos formativos estão na base da problematização das práticas profissionais e do constante questionamento reflexivo e crítico da acção e na acção.

A adopção de uma perspectiva dialógica na promoção da reflexão “na” e “sobre” a acção foi outra das linhas orientadoras deste estágio. Macedo (2002), refere que “face a novas situações vividas em contexto de trabalho, os diferentes interlocutores fornecem novas referências e representações, conduzindo ao relativismo das próprias evidências e ao alargamento de pontos de vista” (p.55). Assume-se, portanto, que este processo formativo se inicia e se constrói na escola através da transmissão de conhecimento, valores, normas e critérios que serão posteriormente aplicados à prática em contextos clínicos. Na sua perspectiva, “no quotidiano profissional dos enfermeiros existem elementos que, para além de influenciarem as suas lógicas de acção, condicionam também os seus pensamentos e hábitos colectivos” (Macedo, 2002, p.55). Acrescenta que, neste sentido, a organização hospitalar salienta a sua dimensão educativa, dado que determina a acção dos profissionais e o desenvolvimento de determinadas competências

em detrimento de outras consideradas menos pertinentes. A título de exemplo, Macedo (2002) explica que o início da actividade profissional é um momento relevante e “rico”, pelas diversas experiências pela qual vai passando o profissional recém-formado e que o seu envolvimento afectivo e emocional é maior. Assim, o enfermeiro recém-formado poderá “apropriar-se” da experiência do enfermeiro, agente da acção pedagógica, o que nos remete, mais uma vez, para o modelo de trabalho pedagógico de tipo incitativo de orientação pessoal de Marcel Lesne, já abordado nos subcapítulos anteriores.

É conveniente dizer-se, neste momento, que a formação em contexto clínico, decorre num espaço no qual interage uma multiplicidade de pessoas heterogéneas, e que o ensino clínico de enfermagem só terá êxito se os diferentes intervenientes, e cito, o docente, o enfermeiro do contexto clínico e os alunos, complementarem a sua actuação. Só assim, e simultaneamente, será alcançada a qualidade na formação e na prestação de cuidados. Silva e Silva (2004), acrescentam que desta articulação, os alunos, os docentes, mas também os formadores da prática e ainda as instituições envolvidas, tirarão benefícios mútuos. Os autores ainda sustentam que tendo conhecimento da realidade, a escola identificará as situações problemáticas e poderá encontrar as soluções que aproximem os conteúdos teóricos aos problemas levantados na prática.

Relativamente à dicotomia entre teoria e prática, Miller (1985, cit. por Silva & Silva, 2004) diz que “enquanto os docentes escrevem e ensinam a enfermagem como ela deveria ser (enfermagem ideal) os profissionais dos serviços praticam-na como ela é (enfermagem real)” (p. 4), isto é, a barreira que divide as enfermeiras que ensinam e as que prestam cuidados situa-se ao nível comunicacional. Assim, concordando com Miller e Santos (1986, cit. por Silva & Silva, 2004) neste estágio defendeu-se como solução o diálogo entre pessoas, mas complementado por um diálogo institucional através dos seus órgãos representativos. No meu dia-a-dia, é frequente os enfermeiros da prática queixarem-se da falta de preparação dos recém-formados e das suas dificuldades na integração na vida profissional. Consideram também que o afastamento dos enfermeiros docentes, da prática clínica, pode levá-los a fazerem um ensino desinserido da realidade. Esta “brecha” entre a teoria e a prática, porque, quer queiramos quer não, ela existe, é sentida pelos alunos e origina neles sentimentos de frustração, insatisfação, impotência e desamparo. É, assim, importante salientar que a consensualidade e uniformidade na

abordagem do processo de ensino-aprendizagem por partes das duas instituições responsáveis pelo processo formativo quer seja do aluno, do supervisor ou do enfermeiro do serviço no qual se desenrola o estágio clínico, tem crucial importância no sucesso da acção formativa e, por isso, durante este estágio este aspecto foi tido em consideração.

Actualmente, no ensino português de enfermagem, é reconhecida a necessidade imperativa de existir uma maior e efectiva articulação entre a instituição de ensino e a instituição de saúde, no que concerne ao planeamento e coordenação dos estágios clínicos. Por todos os motivos que já foram enunciados ao longo deste relatório, quanto à exigência de qualidade na prestação do trabalho de docência, supervisão e enfermagem e, por outro lado, à necessidade de se estabelecer uma relação de complementaridade, cooperação e responsabilização no que concerne os papéis que cada um presta no processo formativo, torna-se óbvio e fundamental existir um sistema de parceria entre as duas instituições e seus colaboradores. Lesne (1984) considera que a orientação dos alunos deve ser considerada numa perspectiva triangular professor/enfermeiro/aluno, já que são todos actores sociais em interacção constante no período de ensino clínico, e que como tal são importantes no processo de socialização na passagem de estudante a enfermeiro.

Investir na articulação entre a instituição de ensino e de saúde, é permitir que a teoria se repercute na prática e que a prática influencie e actualize o processo de ensino e aprendizagem. Claro está que o foco principal da supervisão é facilitar o progresso no desenvolvimento pessoal e profissional de cada elemento constitutivo do processo supervisivo, integrado na escola ou na instituição de saúde e como refere Alarcão e Tavares (2003), a dimensão relacional que envolve todo o processo, deve ser “um contexto afectivo-relacional propício à aprendizagem (...) uma atmosfera cognitiva e emocional estimulante, um clima favorável” (p.47).

Outro ponto essencial referido por Abreu (2003), é quem são os enfermeiros que desenvolvem uma prática clínica. De acordo com o ponto 6 do artigo 9º do REPE (1996), são profissionais de saúde e enfermeiros que colaboram na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos (alínea e) e organizam, coordenam, executam,

supervisionam e avaliam a formação dos enfermeiros (alínea a), e como o ensino de enfermagem é autónomo, nada mais natural que sejam os enfermeiros a acompanhar e supervisionar as suas práticas (p.13). No entanto, podemos colocar aqui uma questão, que me parece pertinente e cuja realidade tenho constatado co-colaborando com outros enfermeiros supervisores em contexto clínico: Será que o enfermeiro supervisor está interessado em ajudar na formação dos alunos de enfermagem, ou cumpre funções supervisivas apenas porque é “obrigado”, porque faz parte das suas funções como enfermeiro ou porque é nomeado pelo enfermeiro chefe para o fazer? Eu encontro-me entre os primeiros.

A percepção dos conteúdos teóricos das unidades curriculares é essencial à compreensão da prática e do saber-fazer com autonomia e competência profissional mas só fará sentido para os alunos, se acompanhada de uma supervisão efectiva, sincera, voluntária e eficaz por parte de quem a pratica. Os campos de estágio clínico devem ser realizados e entendidos, de forma a permitir que os alunos retirem deles uma experiência positiva de vida e lhes possibilite um crescimento pessoal e profissional. Como refere Alarcão e Tavares (2003), seja qual for o modelo de tutoria, é fundamental que este considere as instituições de saúde como “espaços de formação reflexivos”, que reconheça aos profissionais a capacidade de pensarem as suas práticas e reconstruam o conhecimento a partir do seu campo de acção. Abreu (2003), entende que os sistemas de tutoria poderão desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento pessoal e profissional dos novos enfermeiros, quer na formação contínua quer na promoção das práticas. Deste modelo de desenvolvimento, o autor destaca três palavras-chave: experiência, continuidade e interacção.

Retirei da minha experiência de supervisora e do ensino da prática antes do estágio, que o docente que coordena o estágio clínico e o enfermeiro são dois actores sociais ligados no mesmo contexto de trabalho e que têm o mesmo objectivo: proporcionar ao aluno toda a experiência e sabedoria que cada um deles possui para que ele possa prestar cuidados de enfermagem com a qualidade e responsabilidade que a profissão exige. Fonseca (2006), apelida esta relação de trabalho, de relação supervisiva em tríada (docente, enfermeiro e aluno), onde o docente se apresenta como o recurso na área do saber teórico, na área pedagógica, de supervisão e sendo quem conhece melhor

o aluno no seu percurso formativo e pessoal. Será, tal como se pretendeu neste estágio, colaborador do enfermeiro na partilha de informações e implementação das estratégias.

Quanto ao enfermeiro, e segundo Fonseca (2006), é o recurso na área do saber prático, e o perito que vai “pôr em marcha”, o processo reflexivo sobre as práticas e aquele que vai ajudar na resolução de questões/problemas que serão suscitadas pelo “confronto teoria-prática”. Simultaneamente, desenvolve as suas competências pedagógicas e supervisivas. Mais, ainda, segundo Fonseca (2006), o aluno, centro do processo de formação do docente e enfermeiro, objecto, sujeito ou agente da formação, tem como função aprender a aprender. Desenvolve o seu espírito crítico e reflexivo, vai-se tornando autónomo, vai interiorizando o que é ser enfermeiro, vai construindo a sua identidade profissional e vai, no futuro, como profissional, zelar pela qualidade dos cuidados de enfermagem que irá prestar ao doente e comunidade.

Esta relação interpessoal, dinâmica, encorajadora e facilitadora da aprendizagem (já referida por Alarcão e Tavares, 1987) que foi linha orientadora neste estágio, permite ao aluno desenvolver a capacidade de tomada de decisão e detectar interesses e aptidões no aluno. Todavia, como também já foi referido, esta relação exige que o enfermeiro supervisor, seja perito na prática de enfermagem, tenha, se possível, algum conhecimento das metodologias de ensino e orientação, compreenda em que estágio de aprendizagem se situa o aluno estagiário, que objectivos o aluno têm a cumprir e o clima afectivo que o envolve.

São todas estas condicionantes que vão ditar o bom aproveitamento do estágio e que foram tidas em atenção durante este estágio. Para mim, como enfermeira e supervisora das práticas, é importante que o aluno termine o curso com a ideia clara que a sua formação foi muito mais do que a mera conclusão do seu curso. A postura de procura de saber que ele vai adquirindo ao longo dos anos de formação, deve estar sempre presente ao longo de toda a sua vida pessoal e profissional. Só assim poderá crescer como ser humano completo.

Outra constatação feita por mim, no decurso do meu trajecto profissional, é que, o aluno aprende muito por imitação. E como sabemos, nem todas as acções devem ser imitadas. Por esse motivo, adoptou-se como ponto de partida para este estágio que é essencial que para além de ser um bom profissional, o enfermeiro supervisor desperte

o aluno o mais cedo possível para uma prática reflexiva. Só assim, este poderá destacar-se pela sua pertinência na avaliação dos cuidados que está a prestar, à luz dos seus conhecimentos teóricos e empíricos e assim desenvolver a sua capacidade de auto-análise. É importante providenciar ao aluno momentos de introspecção dos seus conhecimentos e potencialidades para que ele possa fazer os reajustes necessários e crescer como ser humano e como profissional. A confrontação com a realidade profissional, vai suscitando no aluno inúmeras interrogações e incertezas. A presença efectiva do supervisor deve ajudá-lo a aferir a sua vocação para o exercício da profissão, o seu espírito de sacrifício e dedicação e a sua percepção do Cuidar.

Do meu ponto de vista, em função da revisão de literatura e da minha experiência, é importante, e por isso foi assumido neste estágio, que o enfermeiro que tem o papel de supervisor das práticas clínicas tenha consciência das suas responsabilidades e de que o seu ensinamento terá repercussões no futuro profissional do jovem. Coerência e clareza na supervisão são essenciais para que o aluno se estruture psicologicamente e profissionalmente. Efectivamente, o que acontece ainda com alguma frequência, na minha prática supervisiva, é que os procedimentos ensinados em sala de aula nem sempre se adaptam à realidade dos serviços, quer seja pela utilização de técnicas obsoletas ou inadaptadas aos recursos humanos e materiais das unidades hospitalares, quer seja pelo desfasamento entre teoria e prática. Nestes casos, assumi como linha orientadora a importância do papel do supervisor em despertar no aluno pensamento reflexivo para que seja o próprio a perceber os constrangimentos e dificuldades que se lhe apresentam quanto à execução de determinadas intervenções de enfermagem, e para que este possa adaptar-se e criar uma nova forma de prestar cuidados sem desrespeitar as normas e procedimentos impostos à técnica em questão. Relembramos a esse respeito Garmston et al. (2002, cit. por Fonseca, 2006), quando referem que “a reflexão facilita o desenvolvimento de competências de resolução de problemas ao promover a capacidade de reformular a experiência, gerar alternativas e fazer inferências com base no conhecimento prévio, e ainda avaliar acções no sentido de construir novas aprendizagens” (p. 18). Os mesmos autores, também citados por Gago (2008), reforçam este pensamento dizendo que a prática só por si, pode não ser motivadora de crescimento e desenvolvimento se não for associada à reflexão e que

“sem reflexão, o progresso não tem uma natureza informada e a mudança na prática é apenas acidental” (Gago, 2008, p. 42).

Em síntese, baseada nos contributos da revisão de literatura e na minha prática anterior ao estágio, adoptou-se como principais contributos para o desenvolvimento deste estágio que o aluno deveria ser um elemento activo e interactivo nas experiências de aprendizagem e ser acompanhado no seu desenvolvimento pessoal e profissional tendo em vista:

- O desenvolvimento do conhecimento ético, ecológico, estético, ou seja a educação para cidadania;
- O desenvolvimento de uma postura reflexiva, crítica e de análise permanente das suas práticas, definindo o papel ao longo do processo de aprendizagem;
- A participação com autonomia gradual, na formação, no trabalho em equipa e a relação interpessoal e interdisciplinar;
- A capacidade de questionar em situação;
- A capacidade de agir com responsabilidade;
- A capacidade de tomar decisões (Asseiro, 2002, p. 29).

3.3.2 Contributos para ser um bom supervisor

Durante este estágio um dos principais contributos da revisão de literatura foi permitir estabelecer algumas competências que deverão ser desenvolvidas para se ser um bom supervisor. Foi adoptada como linha orientadora a perspectiva de Alarcão e Tavares (2003), que defende que uma das funções da relação supervisiva, além de estabelecer um clima afectivo-relacional favorável ao processo, é dos actores intervenientes “porem 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” (p.61). A este propósito, também se procurou seguir Vieira (1993), quando refere que uma boa relação supervisiva depende de uma boa relação com o meio e de uma relação intra e interpessoal entre todos os intervenientes, numa dimensão de entreajuda, colaboração, abertura e negociação.

Conceber um bom processo de supervisão implica que os seus actores tenham a perfeita noção que este processo só será viável se acompanhado de um processo contínuo de desenvolvimento e de aprendizagem do supervisionado, que atenda a todas as suas crenças, as suas diferenças e idiossincrasia, e que assente na construção do seu ser, saber e fazer. Alarcão (1993) diz da reflexão que ela surge como indispensável para que o indivíduo se torne autónomo nas suas decisões quando confrontado com os dilemas do mundo contemporâneo. Isto quer dizer que todo o saber até aí adquirido é mobilizado na tentativa de resolver o problema levantado, e que, associado aos valores e crenças intrínsecos a cada um e com o apoio dos outros actores possa encontrar novas perspectivas e novas formas de agir. Alarcão (1993) fala em “dialogar, confrontar, reflectir para criar novos olhares e novas formas de agir” (p.12). Isto leva-me a colocar uma questão: podemos todos exercer supervisão?

A supervisão desenvolve-se segundo Vieira (1993) fundamentalmente em duas dimensões: a dimensão analítica que é aquela respeitante ao processo de monitorização das práticas, e a dimensão interpessoal que se reporta aos processos de interacção entre os sujeitos envolvidos no processo de monitorização das práticas. Vieira (1993) considera ainda que as duas dimensões são indissociáveis quanto ao seu desenvolvimento. Contudo sabemos que o supervisor pode ser conotado como uma autoridade única, “juiz do pensamento e actuação do professor” como refere Vieira (1993, p. 30) ou como colaborador que co-responsabiliza o professor e o ajuda no desenvolvimento da sua autonomia através de uma prática reflexiva e introspectiva (Vieira, 1993). É este tipo de supervisor colaborativo que é enfatizado neste trabalho. Efectivamente, considero que um bom supervisor (e reitero aqui que não há uma receita única mas sim algumas características indispensáveis a uma boa prática supervisiva) é aquele que tem como objectivo final atingir o desenvolvimento e aprendizagem do supervisionado. É aquele que, em contexto de estágio (quer em ensino clínico quer em sala de aula) valoriza as experiências passadas, os sentimentos que delas foram despoletados e (re) constrói com o supervisionado as experiências actuais e colabora na estruturação de um pensamento reflexivo que se combine a uma prática igualmente reflexiva. Portanto, considero que o supervisor deve ser fundamentalmente uma pessoa atenta aos problemas e sentimentos referidos pelos supervisionados, deve ser perspicaz na análise

desses problemas e sentimentos, deve ser dinâmica, conselheira e companheira e cuja pretensão é integrar o supervisionado ao seu contexto profissional. Contexto esse, que pode ser incerto, imprevisível, angustiante e para o qual é necessária uma compreensão exacta da realidade para que seja possível responder às situações. O profissional que supervisa, quer em contexto clínico quer em contexto escolar, deve ter, no meu ponto de vista, uma bagagem experiencial razoável que possibilite ao supervisionado essa integração ao contexto e às situações. Cotrell (2000, cit. em Faria, 2007), defende que o bom supervisor tem que ter presente, para além dessa bagagem experiencial, características como perícia, aceitabilidade por parte de quem ele supervisa e formação em supervisão para assegurar a qualidade da mesma. Mosher & Purpel (1972, cit. em Faria, 2007) ainda acrescentam às características citadas por Cotrell, competências de relacionamento e noção de responsabilidade social como educador. Posso acrescentar, por experiência profissional como supervisora, que características como empatia, paciência, disponibilidade e motivação são também elas necessárias para ser um bom supervisor. Em suma, do meu ponto de vista, ser um bom supervisor é ser promotor de mudança, quer a nível pessoal quer a nível profissional, do aluno e do próprio supervisor. Este profissional deve ter sempre em atenção o contexto em que se insere a prática supervisiva, os seus intervenientes e todas as variáveis que vão surgindo ao longo deste processo. Investir na relação supervisiva é outro ponto essencial ao sucesso da supervisão. Esta deve assentar numa base de cooperação, mediação, encorajamento e facilitação do processo de desenvolvimento pessoal e profissional. A supervisão deve ser consciente e de compromisso mútuo no que respeita ao processo de ensino e aprendizagem.

CAPÍTULO IV

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTÁGIO

4.1 Introdução

Este capítulo, depois de uma descrição geral do estágio (4.2), faz a apresentação e fundamentação da metodologia de intervenção/ investigação (4.3), nomeadamente, a fundamentação e apresentação da metodologia seguida no processo de supervisão usado no estágio (4.3.1), a fundamentação e apresentação do desenho de investigação usado no estágio (4.3.2), a selecção e validação dos instrumentos de recolha de dados (4.3.3), os procedimentos usados na recolha de dados (4.3.4), o tratamento e análise de dados (4.3.5) e a identificação dos recursos mobilizados e das limitações do processo (4.3.6).

4.2 Descrição geral do estágio

Este estágio é o resultado de todo um processo de questionamento realizado por mim ao longo dos anos, enquanto enfermeira e supervisora das práticas clínicas em enfermagem. Encarei a sua realização como a possibilidade de encontrar soluções para as minhas próprias interrogações no que respeita ao processo de supervisão de alunos de enfermagem, mas também, como uma forma de, explorando a supervisão como um processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolver nos alunos, futuros enfermeiros, competências de trabalho colaborativo e de auto-reflexão. Assim, como já referido (secção 2.3.3), este estágio teve como finalidade analisar as características do estágio no ensino clínico supervisionado pela estagiária, a nível da percepção da supervisora sobre o tipo de reflexão desenvolvida pelos alunos de enfermagem durante o estágio, das características da reflexão nuclear dos alunos sobre a prática no final do processo de estágio e da sua opinião sobre o processo supervisivo e

as características de um bom supervisor.

O estágio começou com a caracterização da instituição, a avaliação diagnóstica das necessidades da instituição e das minhas motivações e expectativas (ver secções 2.2.1 e 2.3.2). Posteriormente, caracterizou-se o público que faria parte deste estágio e, dentro do público-alvo, fez-se uma caracterização dos sujeitos que fariam parte de uma análise mais profunda no contexto do estágio, para se atingir os objectivos inicialmente delimitados e se atingir a finalidade deste estágio (ver secção 2.2.3). Por fim, fez-se o plano de estágio e o seu enquadramento na instituição (figura 12).

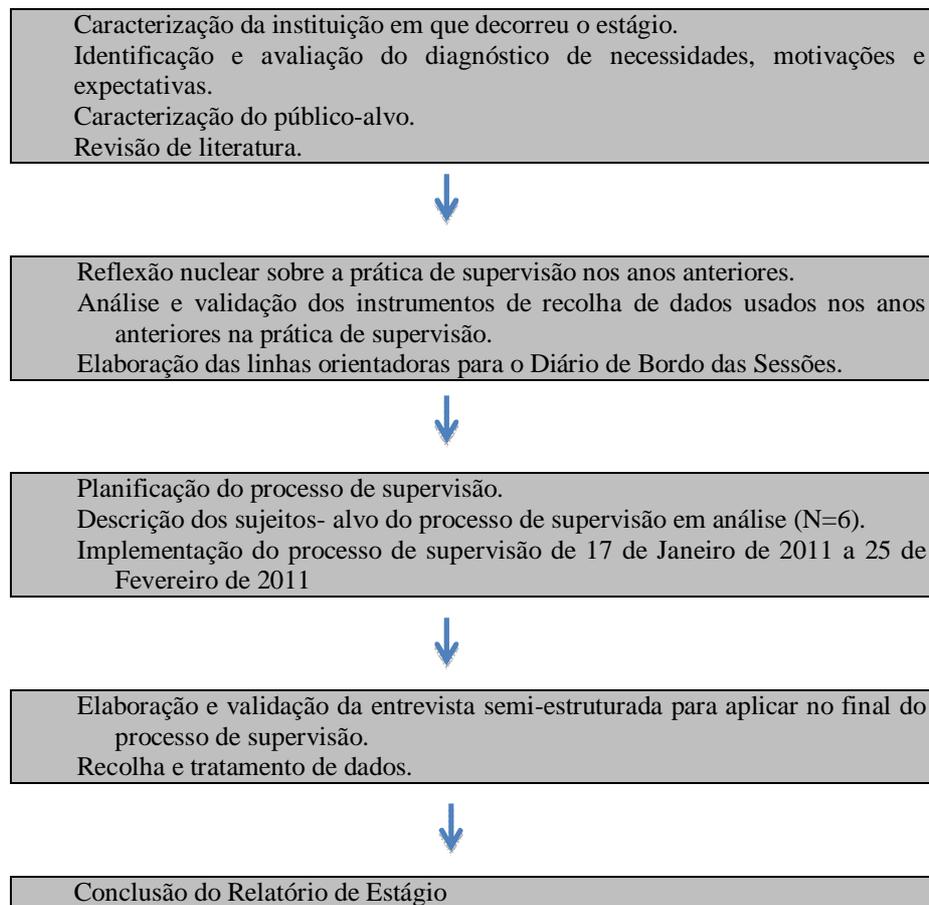


Figura 12. Visão geral do estágio

Após a elaboração do plano para o estágio, fez-se uma revisão de literatura sobre supervisão, supervisão na formação dos enfermeiros, e legislação subjacente, e planificou-se o processo de supervisão de acordo com a experiência anterior como enfermeira supervisora em contexto clínico e da revisão de literatura efectuada. Na

primeira fase dessa planificação, analisou-se o tipo de práticas de supervisão que nos anos anteriores costuma desenvolver e os instrumentos para avaliação dos alunos futuros enfermeiros que costumavam ser aplicados durante esse processo.

Tendo em atenção os objectivos do estágio, ficou decidido acrescentar a esses métodos de recolha de dados a elaboração de um diário de sessão pela supervisora e uma entrevista final semi-estruturada, com o objectivo de fazer uma triangulação de dados com as evidências recolhidas durante a observação participante e atingir os objectivos inicialmente delimitados. Primeiro, foi planificado o processo supervisivo e foram seleccionados e caracterizados os sujeitos alvo dessa supervisão. Tendo em atenção a altura do ano em que esta fase do estágio seria implementada, foram seleccionados seis alunos, futuros enfermeiros, que nessa altura estariam a fazer o seu estágio em clínica. Esses alunos serão sempre referidos nos dados apresentados com nomes fictícios para se manter o anonimato.

Em síntese, o estágio desenvolveu-se em três etapas principais: 1) planificação do processo de supervisão, em função da experiência prévia e da revisão de literatura (fase mais longa); 2) supervisão do estágio de um grupo de seis alunos; 3) validação, aplicação e análise de uma entrevista semi-estruturada com o objectivo de descrever as características principais dos níveis de reflexão nuclear sobre a prática dos alunos de enfermagem no final do estágio no ensino clínico e identificar a sua opinião sobre o estágio e sobre as características de um bom supervisor.

4.3. Apresentação e fundamentação da metodologia de intervenção e investigação no estágio

4.3.1. Fundamentação e apresentação da metodologia usada no estágio durante o processo de supervisão

A supervisão das práticas clínicas teve como finalidade ajudar os profissionais de saúde a desenvolverem competências pessoais e profissionais para o desempenho de funções e reforçou e sustentou também, o verdadeiro sentido do que é ser enfermeiro e da sua responsabilidade civil, moral e ética.

Ferramentas fornecidas aos supervisados

Durante a supervisão das práticas clínicas foram providenciadas todas as ferramentas possíveis ao supervisado, que lhe permitam um cuidar com mais qualidade e com responsabilidade profissional. A supervisão neste contexto foi entendida como um apoio clínico profissional dado por mim que visou contribuir para uma prática segura e sustentada do profissional em formação inicial com o utente, o que exigiu desenvolver nestes futuros profissionais as suas competências de reflexão sobre a prática.

Relação supervisora e supervisados

Houve um cuidado especial no relacionamento entre a supervisora e supervisado, pois foi considerado fundamental para a consecução do processo supervisivo a nível do desenvolvimento pessoal e profissional do aluno de enfermagem. Se por um lado, a supervisora foi aquela que transmitiu e partilhou o seu conhecimento, a sua experiência, os seus valores e a sua motivação para o exercício de funções, o supervisado, por outro lado, foi aquele que, através das suas interrogações, reflexões, observações construtivas, anseios e medos, fez com que a supervisora se aplicasse e implicasse na promoção e desenvolvimento das suas capacidades e competências de supervisão. A relação supervisiva, teve assim, uma dimensão central no processo de supervisão e o sucesso do processo supervisivo só foi possível com o empenhamento de ambas as partes envolvidas.

Relação entre o hospital como local de estágio e a instituição formadora

Obviamente não foi menosprezada a relação de reciprocidade que deve existir entre o docente e a enfermeira que supervisa, porque é através dela que todos os intervenientes do processo de ensino e aprendizagem são co-responsabilizados e que se pode conseguir ultrapassar a dicotomia entre teoria e prática. Foi também através desta parceria que se pode melhorar a aprendizagem dos alunos e a cooperação entre os profissionais.

Efectivamente, as instituições de ensino têm um papel preponderante na formação dos futuros enfermeiros e têm a responsabilidade de colaborar activamente na

formação ao longo da vida dos profissionais de enfermagem. A Escola de Enfermagem é reconhecida como sendo um espaço privilegiado para fomentar a reflexão crítica e tem por obrigação sensibilizar os estudantes de enfermagem para a importância de prestar cuidados de qualidade.

Com a manutenção deste elo de ligação entre instituição de ensino e instituição de saúde, a supervisão clínica tornou-se um processo formal de acompanhamento da prática clínica que visou promover a tomada de decisão autónoma, assegurando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados de enfermagem, através de processos reflexivos e de análise da prática clínica.

Ao longo destes anos, a evolução da escola e do ensino de enfermagem, as alterações legislativas das metodologias de ensino e do próprio ensino, tiveram grande impacto na formação inicial de enfermeiros, e nomeadamente no estabelecimento de uma estreita e efectiva articulação entre a escola e os contextos de trabalho. Neste sentido, como enfermeira da prática clínica, surgiu como facilitadora desta articulação, agindo como facilitadora da integração dos alunos nos contextos de estágio e como supervisora das suas aprendizagens. O meu trabalho, surge da implementação de protocolos/parcerias entre as instituições de ensino e de saúde que de acordo com a legislação sustenta uma formação e uma supervisão com qualidade.

Desenvolvimento do processo de supervisão

Foram acompanhados em orientação do ensino clínico de especialidades médicas e cirúrgicas, um grupo de 6 alunos do 3º ano de Licenciatura em Enfermagem de um Instituto Superior, no período compreendido entre 10 de Janeiro e 25 de Fevereiro de 2011, e que se realizou no serviço de Cirurgia Geral do Piso 2 do Hospital (ver secção 2.2.3). A supervisão deste ensino clínico foi realizada, numa fase inicial, por um orientador pedagógico do Instituto de Ensino e, posteriormente, por mim e outra enfermeira do serviço de Cirurgia Geral do hospital.

Até então, a supervisão das práticas clínicas era realizada por dois enfermeiros do serviço onde iria decorrer o ensino clínico, e em parceria com o docente da instituição de ensino, responsável pelo referido estágio clínico. Com a tomada de posse de uma nova administração neste Instituto, a orientação dos alunos na prática clínica, passou a ser ministrada apenas por enfermeiros formados pela referida escola,

independentemente da experiência profissional e de orientação que possuam. No entanto, face aos problemas e preocupações levantados pelos alunos no referido ensino clínico, no que respeita à qualidade da supervisão das suas práticas clínicas, e face às dúvidas, incertezas e falta de experiência tanto profissional como de supervisão, referidas pelo próprio orientador, a coordenadora do ensino clínico pediu, com autorização da administração do Instituto, a minha colaboração como enfermeira do serviço, porque já tinha colaborado com este Instituto em ensinos clínicos anteriores.

Assim, em 17 de Janeiro de 2011, iniciei este ciclo de supervisão das práticas clínicas, em colaboração com o orientador pedagógico do estabelecimento de ensino, que viria a abandonar, por sua iniciativa, o ensino clínico em 27 de Janeiro de 2011. Mais tarde, seria convidada, a pedido da coordenadora e por referência minha, outra enfermeira do serviço para dar continuidade ao ensino clínico.

Quando iniciei a supervisão, a minha experiência profissional como enfermeira e supervisora das práticas clínicas e o facto de conhecer a unidade de saúde e a filosofia educativa da instituição de ensino facilitou o processo de supervisão dos alunos, pois tornou-se mais fácil a mobilização e a integração dos conhecimentos e a sua aplicabilidade no ensino clínico.

O meu papel de supervisora foi simultaneamente de supervisão e de gestão do desenvolvimento da aprendizagem e visou permitir ao aluno alcançar a plena maturidade no seu desenvolvimento pessoal e humano, mas também educacional e profissional. Para além de monitorizar as práticas como enfermeira supervisora, tentei assumir o papel de facilitadora da aprendizagem e do desenvolvimento, numa relação estreita e de confiança com os meus supervisados. Do mesmo modo, tentei que o aluno conseguisse perceber a segurança que lhe procurava transmitir quer a nível prático quer teórico, visando facilitar-lhes, como já referi, a sua introdução e integração ao serviço e ao ensino clínico. O que pretendi ao longo do ensino clínico, foi que os alunos de enfermagem dessem continuidade ao seu processo de aprendizagem, reflectindo em acção e aplicando os conhecimentos adquiridos. Assim, foi-lhes dada a oportunidade de praticar, em situação similar à futura actividade profissional.

Este ensino clínico possibilitou 245 horas de prática clínica, e obedeceu aos objectivos gerais seguintes, propostos pela equipa pedagógica do Instituto:

- Perceber o modo de funcionamento e a dinâmica das unidades de saúde;
- Estabelecer relações terapêuticas;
- Cuidar o indivíduo/família de forma global;
- Demonstrar conhecimentos teóricos e integrá-los na prática;
- Utilizar os métodos de registo utilizados na instituição;
- Demonstrar pensamento crítico eficaz e destreza na tomada de decisão.

A supervisão das práticas clínicas neste contexto de estágio, visou estabelecer uma relação de cooperação no processo de ensino e aprendizagem que estivesse direccionada para uma troca de saberes entre os tutores, o aluno de enfermagem e o orientador do ensino clínico. O objectivo principal desta supervisão foi a promoção do processo de crescimento e a evolução individual, propiciada pelo aproveitamento de todas as oportunidades de ensino e aprendizagem que ofereceu o campo de estágio. Sendo que, obviamente este crescimento e esta evolução se reportaram também aos colaboradores deste processo.

Como enfermeira supervisora procurei conhecer-me a mim mesma e ter capacidade de reflexão para introduzir medidas correctivas, se necessário, no meu desempenho. Não há melhor forma de desenvolver valores no aluno supervisionado, do que no contexto da prática, e não há melhor forma de alterar comportamentos do que ser levado a reflectir na e sobre essas mesmas práticas.

Assim, a prática supervisiva decorreu da seguinte maneira:

Dia 10 de Janeiro. Foi realizada uma apresentação do serviço como estrutura física e foi dada a conhecer aos alunos a equipa multidisciplinar que compõe a unidade de saúde, assim como os diferentes espaços e acessos (quartos, gabinetes, copa, stocks, farmácia e salas de tratamentos). Esta apresentação não foi realizada por mim, visto só ter iniciado a minha supervisão no dia 17 de Janeiro. No entanto, esta apresentação prolongou-se nos dias seguintes, porque os alunos de enfermagem ainda tinham dificuldade em integrar-se e orientar-se no espaço físico. Também lhes foi explicado por mim, a articulação do serviço de cirurgia com o bloco operatório, a unidade de cuidados intensivos polivalentes, o serviço de urgência e a consulta de estomaterapia, porque seriam agendados por mim os dias de estágio de observação no bloco operatório e consulta de estomaterapia. O serviço de urgência e cuidados intensivos polivalentes

seriam, a posteriori, objectos de outros estágios clínicos programados pela instituição de ensino.

Assim, para programar as actividades do ensino clínico, elaborei com os alunos, um cronograma (Quadro 5).

Quadro 5. Descrição do estágio por aluno

Mês	Janeiro e Fevereiro de 2011																							
Dia da semana	10	11	12	13	14	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28	31	1	2	3	4	7	8	9	10
	S	T	Q	Qt	S	S	T	Q	Qt	S	S	T	Q	Qt	S	S	T	Q	Qt	S	S	T	Q	Qt
Sofia													TC	TE				B	X					
Maria												TC							X					TE
Rafaela																			X					
Hélder														TE				TC	X	B	TC			
Joana																			X				TC	TE
Carina																	TC		X					TE
Dia da semana	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25													
	S	S	T	Q	Qt	S	S	T	Q	Qt	S													
Sofia					E		TC				A													
Maria		TC			B						A													
Rafaela			TC		TE	B			TC		A													
Hélder					E						A													
Joana					TC	B					A													
Carina					B			TC			A													

NOTA: TC - Tarde no serviço de Cirurgia das 15h às 22h; B - Bloco Operatório das 8h30 às 15h30; TE- Tarde na consulta de Estomatoterapia das 13h às 20h; X - Avaliação Intercalar; A - Avaliação Final; E - Exame de recurso de Anatomia na instituição de ensino.

O ensino clínico decorreu em sete semanas, sendo que as minhas funções de supervisão se iniciaram na segunda semana de estágio. Os alunos estagiaram de segunda a sexta-feira e a distribuição dos turnos de supervisão (Manhãs das 8h30 às 15h30) foi acordada entre mim e o orientador do Instituto e, mais tarde, entre mim e a outra enfermeira do serviço, consoante a disponibilidade e horário de trabalho de cada um. Desta forma, foi delineado um mapa de trabalho (Quadro 6).

Quadro 6. Mapa de trabalho dos supervisores

Mês	Janeiro e Fevereiro de 2011																								
Dia da semana	10	11	12	13	14	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28	31	1	2	3	4	7	8	9	10	
	S	T	Q	Qt	S	S	T	Q	Qt	S	S	T	Q	Qt	S	S	T	Q	Qt	S	S	T	Q	Qt	
Cláudio	X	X	X	X	X		X	X				X	X	X											
Isabel						X			X	X	X				X	X	X	X	X	X			X		
Beatriz																						X		X	X
Dia da semana	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25														
	S	S	T	Q	Qt	S	S	T	Q	Qt	S														
Cláudio																									
Isabel	X	X		X		X		X	X		X														
Beatriz			X				X			X															

Nota: Dos nomes apresentados apenas o meu é verdadeiro

Os objectivos do ensino clínico foram estabelecidos previamente entre a escola e o campo de estágio, mas a condução do ensino clínico foi feita por mim como enfermeira do serviço que supervisa o estágio. De comum acordo com o Cláudio e mais tarde com a Beatriz, a coordenação das actividades do ensino clínico foi assumida por mim, sendo eu a pessoa com mais experiência no domínio da supervisão. O Cláudio tinha concluído a sua licenciatura em 2006 e tinha uma experiência profissional de três anos em cuidados continuados e nenhuma em supervisão. A Beatriz tinha seis anos de experiência profissional em cirurgia e três anos de experiência de supervisão.

Foi explicado aos alunos aquando da apresentação do contexto de estágio que o serviço de cirurgia geral do Piso 2 do Hospital, é um serviço que está integrado no Departamento de Cirurgia, também composto pelo serviço de cirurgia geral do Piso 3. Cada um destes serviços tem médicos integrados em unidades funcionais distintas. O serviço de cirurgia do Piso 2 trata preferencialmente doentes com patologia colorectal e patologia hepatobiliopancreática assim como doentes do foro cirúrgico em geral. No serviço de cirurgia do Piso 3 são tratados preferencialmente doentes com patologia esofagogástrica e patologia da cabeça e pescoço assim como doentes do foro cirúrgico em geral. Entende-se como doentes do foro cirúrgico em geral, os doentes cuja patologia não se insere nas unidades funcionais descritas mas que necessitam de tratamento por cirurgia, e de que são exemplo o doente politraumatizado, o doente submetido a cirurgia laparoscópica, o doente com patologia cirúrgica secundária, o doente com apendicite aguda, quisto sacrococcígeo, pé diabético, etc.

Como tal, a minha distribuição destes doentes aos alunos foi aleatória no que

respeita às patologias. O que eu pretendi foi que alternassem o maior número de experiências e não cuidassem sempre dos mesmos doentes. Assim, optei por manter no mínimo dois a três dias o aluno com o mesmo doente. Tive em atenção o facto de passarem pela experiência do pré operatório, fazendo a admissão do doente e exercitando a colheita de dados através do preenchimento da folha de avaliação inicial ao doente. Do mesmo modo, os alunos experienciaram cuidar de doentes na fase do pós-operatório. Tentei que alternassem as patologias diagnosticadas no serviço para ampliar o leque de conhecimentos médicos, e propicie a mesma alternância no que respeita às técnicas cirúrgicas (laparotomia, laparoscópica, etc.) e aos procedimentos e técnicas realizados no serviço.

Possibilitei o cuidar de doentes com ostomias de eliminação, doentes oncológicos e em fase terminal. É importante que todos os alunos possam lidar com este tipo de doentes, pois são situações complexas e ansiogénicas para qualquer profissional de saúde. Lidar com a dor, o sofrimento e a morte é uma tarefa para a qual o aluno deve receber preparação.

Toda esta metodologia e distribuição foram registadas nos planos de trabalho do serviço.

Durante o ensino clínico, esperou-se que o aluno fosse responsável pela sua aprendizagem de uma forma pró-activa, fazendo a pesquisa documental e outras que fossem pertinentes, desenvolvendo a reflexão crítica dos momentos de aprendizagem.

O ensino clínico foi planeado de modo a proporcionar ao aluno o desenvolvimento de competências para cuidar o doente do foro cirúrgico e sua família, nos domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros. Para além dos objectivos citados no ponto anterior, e propostos pela equipa pedagógica do Instituto, foi fundamental para mim, enfermeira e supervisora das práticas, que os alunos finalizassem o ensino clínico com aproveitamento no que respeita à utilização da metodologia científica em enfermagem.

Construir um plano de cuidados que passa pela colheita de dados, o diagnóstico, o planeamento, as respectivas intervenções e a avaliação dessas mesmas intervenções de enfermagem no cuidar do doente de foro cirúrgico e da sua família, é essencial para integrar o que são verdadeiramente os cuidados de enfermagem. Integrar os

conhecimentos éticos e deontológicos na prática do cuidar e comunicar com assertividade e de modo profissional, tanto a nível de registos escritos como verbais, foram também objectivos que eu tentei que o aluno atingisse no final do ensino clínico.

Dia 17 de Janeiro. Atribuí um doente a cada aluno, a quem prestaria os cuidados de enfermagem, na sua globalidade. Esses cuidados abrangiam os cuidados de higiene e conforto, a administração da terapêutica, o cumprimento das prescrições médicas, a vigilância das intervenções e a transmissão dos registos de enfermagem oralmente e através de registos escritos.

Não conhecendo as características de cada aluno, pretendia num primeiro momento, avaliar o estágio de conhecimento teórico e prático de cada um deles. É para mim importante, não querer saber de informação prévia sobre cada aluno. É fundamental que seja eu a traçar o perfil de cada um deles, para que não haja possíveis juízos de valor ou enviesamentos na minha avaliação, porque, mesmo inconscientemente, é possível acontecer que, tendo informações prévias sobre determinado aluno, a avaliação que lhe seja feita a posteriori possa ser influenciada.

Cada aluno iniciou os seus cuidados de enfermagem segundo o planeamento das suas intervenções. Este planeamento foi realizado com a supervisora que ajudou o aluno a identificar qual a situação de saúde em que se encontrava o seu doente, e levou-o a reflectir sobre qual pode ser a sua intervenção e quais as implicações dos cuidados que lhe irá prestar. O aluno colheu toda a informação necessária à prestação dos cuidados, e iniciou a sua actividade, avaliando e reavaliando a sua acção se necessário, de forma a introduzir as alterações necessárias. Todavia foi sempre ao aluno que competiu identificar os problemas, analisá-los e tentar resolvê-los.

A mim, orientadora, coube-me o papel de escolher e orientar as minhas estratégias de supervisão, para levar o aluno à reflexão e explicitação das suas inquietações. Por último, à luz do que foi planeado e executado pelo aluno, coube-me questioná-lo, com base nos saberes, acerca dos cuidados prestados e dos resultados e ganho em saúde que obteve com o seu planeamento e execução das intervenções associadas. A minha função foi ajudá-lo a reflectir sobre si mesmo e sobre as suas práticas, para, quando ele o entendesse proceder aos devidos ajustamentos ou mudanças

das suas acções, pois não há um estudante de enfermagem que exerça funções da mesma forma. Todos somos actores diferentes e com interpretações diferentes do conceito de cuidar. No entanto, obedecemos aos mesmos princípios éticos e deontológicos, e as normas e os procedimentos dos cuidados de enfermagem respeitam os mesmos critérios de actuação. O que eu quero dizer, e o que eu pretendi que os alunos entendessem é que o conhecimento é construído na teoria em sala de aula e que o conhecimento prático se desenvolve em contexto clínico. Mas sendo a técnica diferente de um aluno para outro, sendo o procedimento realizado de forma diferente de um aluno para o outro, o que eu pedi foi que respeitassem o mesmo código de conduta e actuação e que esses cuidados respeitassem as normas e os padrões de qualidade instituídos na prática.

Nos momentos em que os alunos manifestaram as suas inquietações e dúvidas, é que a supervisora tentou contribuir através de uma comunicação clara e transparente, para que o aluno se sentisse confortável, num clima de confiança mútua, que lhe permitisse uma tomada de decisão assertiva.

Dias 20 e 21 de Janeiro. Os alunos tinham à sua responsabilidade dois doentes, sendo que eu tentava atribuir um doente com cuidados de maior grau de complexidade e outro com menor grau de complexidade. O objectivo foi permitir ao aluno adaptar-se a um cuidar mais complexo para que eu pudesse avaliar a gestão que fazia do seu tempo. Não foi de todo fácil orientar seis alunos em estágio clínico na medida em que exigiu de mim, para além de uma grande disponibilidade, muita atenção. Os enfermeiros do serviço colaboraram muito para que eu pudesse orientar devidamente os alunos. Este facto faz-me concluir que trabalhar no mesmo serviço onde é realizada a supervisão, é benéfico não só para os alunos como também para mim como supervisora. Muito provavelmente (e por já o ter experienciado noutros serviços onde realizei supervisão), não teria o mesmo apoio e colaboração por parte dos enfermeiros de outro serviço que não fosse o meu. Ainda existem enfermeiros que consideram, por diversas razões, que estando um supervisor no serviço a orientar alunos, não têm papel na formação desses mesmos alunos ou delegam simplesmente essa função à escola e ao supervisor contratado pela escola. No entanto, é importante referir que apesar da presença do

supervisor, todo o “material experiencial” que foi providenciado pelos enfermeiros do dito serviço foi de importância crucial, porque o supervisor pode entender muito de supervisão mas pode não estar tão à vontade e confiante numa especialidade que não seja a dele.

De acordo com a minha percepção, possuo características essenciais à consecução do processo de supervisão como abertura, disponibilidade, flexibilidade e sentido crítico. Também possuo conhecimentos básicos do serviço no qual estou a exercer supervisão para poder sustentar o conhecimento que pretendo que os alunos assimilem.

O conhecimento é essencial mas, também, e por experiência, pode-se negociar esse conhecimento. Ou seja, mesmo fazendo parte integrante do serviço, o enfermeiro que supervisa não possui nem pode possuir todo o conhecimento de medicina e da prática de enfermagem, de todas as especialidades. Sendo o saber infinito, todo o profissional aprende todos os dias e todos os dias se questiona sobre se o conhecimento que possui se aplica perfeitamente e adequadamente à sua prática. Assim, uma estratégia que utilizo com frequência e utilizei neste ensino clínico, foi incutir nos alunos que quando se tem dúvidas, ou pouco conhecimento, acerca de qualquer procedimento ou patologia, deve ser efectuada uma pesquisa pessoal sobre o tema em questão. A dificuldade maior que os alunos expressam, e este grupo não foi excepção, é respeitante à medicação.

Para tentar colmatar essa dificuldade, pedi aos alunos que elaborassem um portefólio sobre a principal terapêutica utilizada no serviço de cirurgia. Acordamos um prazo de 10 dias para a sua elaboração.

Acordámos também em grupo, qual a medicação importante a trabalhar neste estágio, o que fez com que cada aluno tivesse que pesquisar sobre quatro-cinco medicamentos. O facto de cruzar depois a informação entre eles para construir um portefólio único, permitiu que todos tivessem acesso às pesquisas. O portefólio foi no final do ensino clínico oferecido pelos alunos ao serviço, para que outros alunos em futuros estágios beneficiassem com as informações colhidas neste trabalho e pudessem actualizá-las se necessário, a posteriori.

O mesmo foi feito em relação às patologias. O aluno que referisse necessidade

de estudar uma patologia específica, era convidado a ser ele a explorá-la e a transmitir as informações aos restantes elementos do grupo. Também no final, esses trabalhos ficaram no serviço.

A partir do dia 24 de Janeiro. Cada aluno passou a ter três doentes a seu cargo, ou seja foi-lhe atribuída a responsabilidade de um quarto com três doentes.

A partir do dia 25 de Janeiro. Os alunos integraram as rotinas de trabalho do turno da tarde, e iniciaram o estágio de observação nas consultas de estomaterapia. A cada final de semana foi-lhes pedido que elaborassem o respectivo semanário. Os dias 28 e 31 de Janeiro decorreram sem intercorrências.

A distribuição dos doentes, o ritmo e a intensidade do processo formativo e superviso foram sempre efectuados atendendo às necessidades, interesses, capacidades, limitações e dificuldades que os alunos iam demonstrando no decorrer do ensino clínico. Daí a importância e a necessidade que senti de conhecer bem os alunos, implicando-me numa relação estreita, cordial e de confiança que me possibilitou captar ao pormenor a personalidade dos alunos e a interacção que tinham com o grupo para despistar eventuais problemas intra-grupais.

Quem supervisa, também deve estar atento à existência de problemas pessoais, como foi o caso com duas alunas deste grupo, que possam interferir na aprendizagem e reflectir-se no desempenho do aluno.

Foi necessário fazer o ponto da situação com uma aluna em 1 de Fevereiro, pelo seu comportamento imaturo e pelo facto de desvalorizar as orientações que lhe eram dadas. Repetia de seguida o mesmo erro pelo qual tinha sido alertada, pouco antes.

Dia 2 de Fevereiro. Intensificaram-se as actividades do ensino clínico com a ida ao bloco operatório dos alunos, em dias acordados com a enfermeira chefe do bloco. Isto aconteceu porque a gestão desses dias também teve que ser feita de acordo com a disponibilidade do bloco em receber esses alunos e não haver a possibilidade de juntar muitos alunos numa sala de operações, o que não seria nem muito viável nem muito confortável para a equipa cirúrgica. Foi necessário ter este cuidado porque os alunos de

Medicina também se encontravam a estagiar no mesmo período de estágio.

Também a partir desses dias, como os alunos já não estavam todos no serviço ao mesmo tempo, porque estavam distribuídos pelo bloco operatório, consulta de estomaterapia e turno da tarde no serviço de cirurgia, foram atribuídos consoante o grau de evolução na aprendizagem, mais doentes a determinados alunos.

Esta atribuição de mais doentes a determinados alunos foi uma medida que eu utilizei para consolidar a minha primeira avaliação ou para validar determinados aspectos no aluno que precisavam ser reajustados ou anulados. Por vezes, esta metodologia também foi utilizada simplesmente para ver até onde determinado aluno conseguia estender as capacidades e habilidades que apresentava até aquele momento do ensino clínico.

Dia 3 de Fevereiro. Foi proposta a realização da avaliação intercalar aos alunos. Foi-lhes então pedido que pensassem na sua auto-avaliação. Considero que o aluno deve participar no processo de avaliação e não ser confrontado com ele. A análise dos problemas encontrados e relacionados com o desenvolvimento pessoal e profissional do aluno, ou do próprio processo de supervisão, foi discutida pelos pares que integram o processo de supervisão: o enfermeiro que supervisa, o aluno e o representante da instituição de ensino.

Nesta primeira fase do ensino, participaram nesta avaliação intercalar os três responsáveis pelo ensino clínico: eu, como supervisora, o aluno supervisionado e o Carlos (que já tinha abandonado funções de supervisão), como representante do Instituto de Ensino. Na fase de avaliação final, já só foi realizada pelas duas orientadoras do serviço, a saber, eu e a enfermeira Beatriz, porque não foi possível à docente da escola assistir à avaliação final por estar a supervisionar outros ensinamentos clínicos.

A avaliação intercalar (docente-aluno-supervisor) permitiu: i) fazer o “ponto da situação” quanto ao progresso da aprendizagem dos alunos; ii) analisar e discutir as estratégias de orientação e de ensino/aprendizagem que estavam a ser utilizadas; iii) identificar possíveis obstáculos à implementação dessas mesmas estratégias; iv) as dificuldades dos alunos.

Ao longo do ensino clínico, pontualmente, individualmente ou em grupo, foram

realizadas reuniões para discutir eventuais problemas ou dificuldades sentidos no processo de orientação, na implementação das estratégias de supervisão, no cumprimento dos objectivos propostos pela escola ou pelo aluno ou para analisar as competências desenvolvidas até ao momento. Também foram discutidos e analisados problemas de ordem pessoal, quando o aluno manifestou essa vontade, ou simplesmente para partilhar experiências ou discutir situações ou problemas atribuídos ao campo de estágio.

Sendo enfermeira do serviço, também me competiu analisar o acompanhamento que foi feito aos alunos para que o ensino clínico decorresse nas melhores condições possíveis. A avaliação intercalar foi realizada consoante uma grelha elaborada e disponibilizada pela escola.

Sem esquecer que a avaliação é a fase final da supervisão, que ela consta obrigatoriamente do processo supervisivo, e é parte integrante do processo, foi realizada de forma meticulosa, sustentada e com todo rigor possível. Com base na minha experiência, foi sempre a tarefa mais difícil de cumprir, porque está sujeita a erros (e porque errar é humano) e sujeita à subjectividade do avaliador. Esta avaliação seguiu a mesma grelha de critérios da avaliação intercalar. Às avaliações intercalar e finais (avaliações quantitativas) foram associadas avaliações qualitativas redigidas na avaliação intercalar por mim e o orientador Cláudio, e na avaliação final por mim e pela enfermeira Beatriz.

Dia 2 a 18 de Fevereiro. A programação das idas ao bloco operatório, de 2 a 18 de Fevereiro, foi realizada com o intuito de o aluno escolher um doente, para o seu estudo de caso, que pudesse observar e acompanhar nas fases do pré, intra e pós-operatório. A construção destes estudos de caso foi orientada por mim e pela enfermeira Beatriz, e a sua correcção foi realizada pela coordenadora do ensino clínico, segundo as normas e filosofia de ensino da escola. As informações necessárias à elaboração dos estudos de caso foram disponibilizadas por mim e pela enfermeira Beatriz, respeitando o sigilo profissional e a protecção dos dados.

Durante todas estas semanas de estágio, para além da realização do portefólio, das pesquisas científicas e dos estudos de caso, o aluno era questionado individualmente

sobre uma técnica ou procedimento que estivesse a realizar ou sobre uma terapêutica que estivesse a preparar. Todos os momentos foram oportunos e aproveitados para avaliar se os conhecimentos estavam a ser assimilados, se de facto, o aluno demonstrava conhecimentos e interesse pela aquisição de novos conhecimentos e para avaliar se o aluno também demonstrava capacidade de análise e reflexão. Estas competências adquiridas (ou não) no domínio do desenvolvimento profissional permitiram-me avaliar se o aluno promovia e mantinha a imagem profissional e se promovia a qualidade dos cuidados de enfermagem, finalidade que também se pretende, para além do desenvolvimento pessoal e profissional do futuro enfermeiro.

A supervisão das práticas clínicas exigiu de mim, orientadora que exercia tais funções, o desenvolvimento de competências que me foram essenciais na execução de uma prática supervisiva crítica, segura, sincera e justa.

Dia 21 a 25 de Fevereiro. A última semana do ensino clínico, decorreu seguindo as mesmas actividades, consolidando conhecimentos, ajudando na elaboração dos estudos de caso e esclarecendo as dúvidas ainda persistentes.

Percepcionei uma maior ansiedade dos alunos na última semana de estágio, por ser como a denominam “a semana da avaliação final”. Como já foi referido anteriormente, a pretensão do ensino clínico foi a de providenciar aos alunos de enfermagem, o maior leque possível de experiências práticas mas ao mesmo tempo que sejam promotoras de reflexão. É fundamental que as práticas de enfermagem permitam o desenvolvimento pessoal e profissional do aluno mas que promovam a capacidade reflexiva de cada um deles, para e sobre essas mesmas práticas. Assim, para além de desenvolverem actividades nos diferentes domínios de competência dos cuidados de enfermagem (ver secção 3.2.2, Figura 2), pretendeu-se ainda que o estudante desenvolvesse outras actividades, tais como:

- Elaboração de semanários de aprendizagem;
- Aplicação do processo de enfermagem ao indivíduo/família com problemas do foro médico e/ou cirúrgico traduzido na elaboração escrita de um estudo de caso;
- Elaboração de um relatório crítico de avaliação do ensino clínico onde

conste a análise crítica e reflexiva dos objectivos específicos delineados pelo estudante.

Durante todo o estágio. Outra estratégia, constante ao longo do estágio, consistiu em colocar perguntas pedagógicas. Vários autores (Smyth, 1989; Amaral et al., 1996 cit. em Fonseca, 2006; Alarcão & Tavares, 2003) concordam em dizer que colocar ou colocar-se questões significativas constitui um motor de desenvolvimento pessoal e profissional e contribui para a compreensão do mundo e tem como intenção de formar e de ser formado. Daí a designação de pedagógicas. Smyth (1989, cit. em Fonseca, 2006) sugere quatro tipos de perguntas: “descrição (destinadas à expressão do que faz e sente), interpretação (dirigidas ao significado da acção ou sentimento), confrontação (destinadas a ser tomado em consideração outros pontos de vista, outras concepções e práticas alternativas) e reconstrução (dirigidas à integração de novo conhecimento)” (p. 29). Todos os investigadores, concordam em assumir que esta atitude de questionamento, está na base de todas as outras estratégias quando o objectivo é a reflexão e a construção do conhecimento, seja ele teórico ou prático (Alarcão & Tavares, 2003).

Em síntese. Ao concluir o ensino clínico, pretendeu-se que o aluno adquirisse um conjunto de competências necessárias ao seu desempenho e que desenvolvesse uma reflexão pessoal tendo em conta a qualidade dos cuidados prestados e a promoção da formação pessoal e profissional. Este conceito de reflexão foi central durante a supervisão das práticas clínicas. O aluno de enfermagem reflectiu sobre o papel que irá desempenhar no futuro, com todos os imprevistos e instabilidades inerentes à profissão e aos contextos de trabalho, mas também reflectiu sobre a qualidade das suas práticas. Esta reflexão foi acompanhada por um facilitador da aprendizagem que é um profissional mais experiente e perito nas suas funções profissionais de enfermagem e/ou de supervisão.

No final do ensino clínico, os seis alunos entregaram o último semanário e enviaram a reflexão sobre o ensino clínico até 4 de Março. Todos cumpriram. Apenas uma aluna pediu a minha orientação sobre o estudo de caso elaborado por ela.

4.3.2 Fundamentação e apresentação do desenho de investigação usado no estágio

Atendendo aos objectivos que foram enunciados para este estudo, o paradigma de investigação utilizado foi o da investigação qualitativa. Efectivamente, como referem Bogdan e Biklen (1994) “o objectivo dos investigadores qualitativos é o de melhor compreender o comportamento e experiência humano” (p. 70). Como é característica da investigação qualitativa, a relação com os sujeitos baseou-se numa relação de empatia, de confiança e neutral. De acordo com Fortin (1999), na abordagem qualitativa acontece frequentemente que “se investiga «com» e não «para» as pessoas de interesse e certos investigadores vão ao ponto de designar os sujeitos do seu estudo como «co-investigadores» ” (p. 148). Mais, na investigação qualitativa o investigador está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los ou avaliá-los (Fortin, 1999). O conceito de “caring” na enfermagem, apela a uma abordagem qualitativa entre os enfermeiros, porque ajuda a explicar uma realidade experienciada e vivida pelos indivíduos na questão do cuidar na prática clínica (Fortin, 1999). Por estes motivos revelou-se pertinente optar, para este trabalho, pelo método contínuo da observação participante (Figura 13).

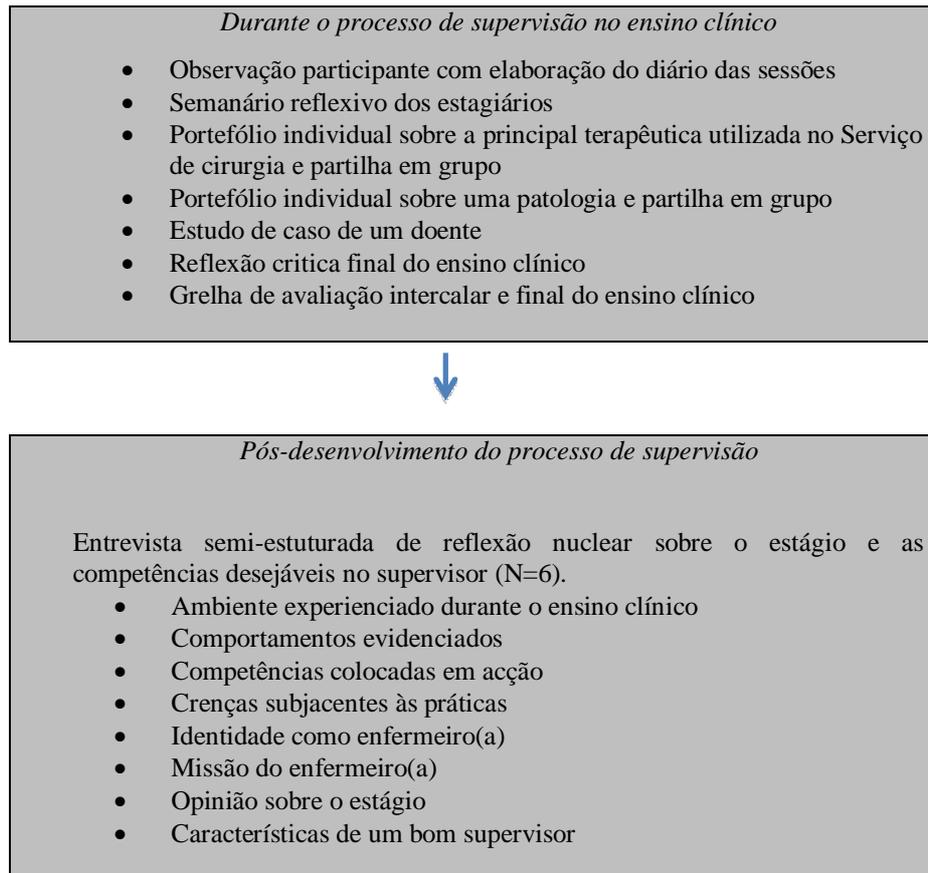


Figura 13. Visão geral do processo de investigação durante estágio

Como refere Fortin (1999), a observação participante é “a chave do conhecimento e elemento central do processo de investigação qualitativa e observar é considerar com atenção a fim de melhor conhecer e compreender a realidade” (p. 36).

Esta observação participante consistiu na participação efectiva da supervisora no seio do grupo de alunos de enfermagem durante a prática supervisiva tendo em vista estudar as suas características de reflexão nesta prática. Como refere Fortin (1999) “visa descrever os componentes de uma dada situação social (pessoas, lugares, acontecimentos, etc.) a fim de extrair tipologias desta, ou ainda permitir identificar o sentido da situação social por meio da observação participante” (p. 241).

Segundo Fonseca (2006), a observação é entendida como “um conjunto de actividades destinadas a obter dados e informações sobre determinado fenómeno, aspecto ou situação, utilizando diferentes instrumentos, anotações ou notas do observador e/ou através de meios audiovisuais, de acordo com os objectivos da

observação e com a finalidade de ver para perceber, analisar e reflectir” (p.28). Tavares e Alarcão (2005), referem que “ao observarmos, temos um objectivo em vista: melhorar o ensino e a aprendizagem. A observação pode ser orientada, ou seja, define-se a priori o que se quer observar ou pode ser não-orientada. Neste último caso, observa-se tudo o que no momento parece digno de observação” (p.188).

Assim, as observações durante o ensino clínico, foram anotadas em momentos mais oportunos da investigação, estabelecidos pela supervisora, para minimizar enviesamentos por comportamentos “fingidos” e foram, posteriormente, incluídos nos diários de bordo da supervisora.

Para responder ao primeiro objectivo da intervenção e investigação, este ensino clínico apelou à utilização de estratégias de supervisão que vários autores (Pereira, 2008; Fonseca, 2006; Garrido, Simões & Pires, 2008) consideram como pilares e instrumentos da prática supervisiva. Uma dessas estratégias mobilizada para o desenvolvimento deste estágio constituiu em escrever narrativas através de diários de bordo. Assim, a cada aluno foi pedido a entrega semanal de um diário de aprendizagem às duas supervisoras da prática clínica e posteriormente complementado com uma análise crítica exigida pelo seu Plano de Curso e aplicada no final do ensino clínico.

Durante este estágio foram usados os seguintes métodos e técnicas de recolha de dados: elaboração de diários (diário de bordo pela supervisora, semanário reflexivo dos estagiários); portfólio (individual dos alunos: sobre a principal terapêutica utilizada no Serviço de Cirurgia; sobre uma patologia); estudo de caso (individual dos alunos sobre um doente); grelha de avaliação (avaliação intercalar e final do ensino clínico); reflexão crítica (final do ensino clínico); entrevista semi-estruturada (reflexão nuclear sobre o estágio e características desejáveis no supervisor).

4.3.3 Selecção e validação dos instrumentos de recolha de dados

Diário de bordo da supervisora.

Como refere Zabalza (1994) a propósito dos diários dos professores e, na minha opinião, perfeitamente adaptável aos enfermeiros, a narração que o diário oferece permite aos professores (enfermeiros) reconstruir a sua acção e explicitar em simultâneo

o que são essas acções e qual a razão e sentido lhes atribuem. Neste sentido, posso dizer que, em qualquer estudo qualitativo, os relatos pessoais escritos têm uma importância crucial para a explicitação e compreensão das realidades humanas e sociais assim como dos contextos, quando o professor (enfermeiro) é confrontado com eles e reflecte sobre eles. As narrativas dos diários de bordo constituem segundo Fonseca (2006), “uma maneira de reviver vivências” (p.28), porque descrevem factos, com alguma reflexão sobre a acção e podem descrever contextos e sentimentos, o que os torna ainda mais ricos e enriquecedores. Ao escrever os meus diários de bordo tentei estruturar o meu pensamento do momento face as situações ou comportamentos encontrados de forma a compreender o que levava os alunos a ter determinada atitude ou reacção face as situações em contexto clínico. Como refere Alarcão & Tavares (2003), “enquanto adultos, as situações por nós vividas constituem-se normalmente como pontos de partida para a reflexão” (p. 104). Assim, nesta perspectiva os diários de bordo elaborados por mim, permitiam a reflexão e a análise crítica de determinadas situações ou comportamentos, no sentido de posteriormente serem discutidas com os alunos e solucionadas caso fosse necessário. Neles, estruturava o meu percurso quanto ao desenrolar do ensino clínico e para além de descrever a sequência do ensino clínico, os objectivos e as estratégias a cumprir, os diários de bordo também me permitiam partilhar emoções, angústias, incertezas, dificuldades mas igualmente êxitos. Alarcão & Tavares (2003) enfocam o facto da escrita das narrativas ser de grande utilidade na análise da vida pessoal e percurso profissional de quem as utiliza. Concordo com estes autores na medida em que na minha experiência de supervisão os diários de bordo me possibilitaram registar aspectos conseguidos e aspectos que podiam ser melhorados, me permitiram desconstruir e reconstruir o conhecimento teórico e prático, abrindo novas perspectivas de compreensão e resolução dos problemas que foram surgindo no contexto clínico, tanto para mim como para os alunos. Zabalza (1994) ilustra bem este pensamento ao referir que “o próprio facto de escrever, de escrever sobre a própria prática, leva o professor a aprender através da sua narração” (p. 95). Assim, posso afirmar que estas narrativas favorecem, favoreceram e favorecerão o meu crescimento e maturação pessoal e profissional assim como o dos próprios alunos.

Na construção dos meus diários a escrita, como acabei de referir, era a do

pensamento do momento face a situações e comportamentos. No entanto e indirectamente ou inconscientemente, as narrativas seguiam algumas linhas orientadoras por mim traçadas antes do início do ensino clínico. Ou pelo menos tinha algumas metas e objectivos para cumprir e fazer cumprir aos alunos. Na minha perspectiva, os diários de bordos servem também como fio condutor do pensamento e da actuação. Assim programei algumas dessas linhas orientadoras:

- Atribuição de um doente a cada aluno na fase inicial do ensino clínico com o objectivo de perceber a personalidade do aluno, a sua maturidade, o seu estágio de conhecimentos, a sua forma de planeamento e organização do plano de cuidados e gestão do seu tempo nos cuidados prestados.
- Atribuição gradual de mais doentes consoante a evolução do desempenho de cada aluno e consoante a necessidade de desenvolver determinada competência ou aumentar o grau de complexidade dos cuidados de enfermagem. O intuito desta estratégia era testar a capacidade de adaptação dos alunos ao próprio contexto e as situações e perceber como mobilizavam os recursos disponíveis para tornarem eficazes e eficientes os seus cuidados.
- Apoiar na elaboração dos portefólios, dos semanários e dos estudos de caso e perceber quais as dificuldades e benefícios retirados da sua construção.
- Perceber quais os sentimentos dos alunos perante o cuidar de doentes ostomizados (consulta de estomaterapia) e intervencionados (bloco operatório), assim como avaliar a percepção deles quanto às diferentes áreas de actuação da enfermagem.
- Perceber como os alunos de enfermagem interpretam o cuidar no turno da tarde.
- Avaliar quais os sentimentos dos alunos no processo de avaliação intercalar e final e quanto a sua inclusão neste processo.

Em todos estes momentos, foram continuamente registados os interesses, as necessidades, as capacidades, as limitações e dificuldades que cada aluno manifestava.

Os diários de bordo também registavam o tipo de relação que os alunos tinham com a supervisora, que a supervisora tinha com os alunos e que os alunos tinham entre si.

Semanário reflexivo dos estagiários. Este semanário, de narrativa escrita e livre, foi utilizado como instrumento promotor da reflexão, na medida em que permitiu ao aluno em ensino clínico, descrever e interiorizar as experiências que vai vivenciando e que foram significativas para o seu processo de ensino-aprendizagem.

Esta estratégia de supervisão possibilitou ao aluno uma reflexão quando analisou a sua acção, pois a narrativa escrita permitiu-lhe expor aquilo que ele viveu e sentiu. Pereira (2008) constatou em relação aos Diários de Bordo que “os diários de aprendizagem motivam o esclarecimento de ideias ou acontecimentos confusamente experienciados, já que a escrita funciona como mediador da reflexão da acção. Bem como nos sugere que as experiências significativas, surgem a partir da observação e consciencialização das acções através da reflexão e ao promover a reflexão através da experiência, também favorece a articulação entre teoria e prática” (p.12).

Esta reflexão sobre a prática clínica é considerada por Pereira (2008), como um processo de reflexão “indispensável na caminhada destes estudantes, permitindo-lhes, nos contextos de trabalho, níveis progressivos de desenvolvimento e confrontos, num processo ainda não acabado, conduzindo-os para a autonomia, o desempenho livre e responsável da sua cidadania e actividade profissional” (p. 17).

Portefólio reflexivo. Outra estratégia a que se recorreu neste ensino clínico foi a do portefólio reflexivo. Os portefólios reflexivos são uma estratégia definida como “um conjunto coerente de documentação reflectidamente seleccionada, significativamente comentada e sistematicamente organizada e contextualizada no tempo, reveladora do percurso profissional” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 105). Alarcão & Tavares (2003) acrescentam que elaborar um portefólio reflexivo não é um processo deixado “ao calha” e que reflexão, decisão e sistematização são condições indispensáveis à sua construção. Na perspectiva destes autores o portefólio é uma construção pessoal do seu autor, onde ele selecciona o material, o organiza, o explica e lhe dá coerência. Mais, Alarcão & Tavares (2003) atribuem ao portefólio uma característica única: dá ao seu autor a

possibilidade de se dar a conhecer, de se revelar, de certificar competências e de ser reconhecido através de uma criação única, particular e especial para ele.

Os mesmos autores identificam oito características do portefólio: coerência, personalidade, significado, reflexão experiencial, documentação, selectividade, continuidade, contextualização no tempo e nas circunstâncias. Sá-Chaves (2001, cit. por Alarcão & Tavares, 2003), uma das formadoras que, em Portugal, se tem dedicado à prática e à teorização desta estratégia formativa no contexto da abordagem reflexiva em formação de professores, diz do portefólio, que é através dele que, quem o redige, constrói algo pessoal e que é um processo de reflexão e acção em que o autor age sobre a sua própria transformação. O portefólio tem, segundo Sá-Chaves, (2000, cit. por Alarcão & Tavares, 2003), uma dimensão processual estruturante, auto e hetero reveladora e uma dimensão de produto e de evidência que, “no seu conjunto, configuram uma abordagem globalizante dos fenómenos relativos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos (...) sujeitos neles implicados” (p. 106).

Neste trabalho, os alunos foram incentivados à elaboração individual de um portefólio sobre a principal terapêutica utilizada no serviço de cirurgia 2. Para elaborarem este portefólio foram construídas, em conjunto com os alunos, as seguintes linhas orientadoras:

- Escolher cinco fármacos dentro da lista dos fármacos mais utilizados no serviço de cirurgia e redigida pelos alunos de enfermagem.
- Identificar a que grupo pertence o fármaco.
- Enumerar as principais indicações terapêuticas.
- Identificar as possíveis reacções adversas.
- Identificar as contra-indicações ao fármaco.

Finalmente, foi acordado com os elementos do grupo que depois de cada um cumprir a tarefa de pesquisa, os fármacos seriam agrupados num único portefólio, que os alunos concordaram em deixar no serviço para consulta própria ou de outros alunos de enfermagem.

Também foi pedido aos mesmos alunos para elaborarem individualmente um portefólio sobre uma patologia que encontraram durante o estágio. Para este portefólio foram construídas, em conjunto com os alunos, as seguintes linhas orientadoras:

- Explicar a etiologia/fisiopatologia da doença.
- Identificar os exames complementares de diagnóstico.
- Identificar a atitude terapêutica e cirúrgica se for o caso.
- Identificar os cuidados pós-tratamento médico ou cirúrgico.

Estudo de caso. Durante o ensino clínico, foi pedido aos alunos de enfermagem a análise de um caso, outra estratégia da prática supervisiva. O estudo de caso de um doente, cuja escolha foi orientada pela supervisora, propõe a elaboração do processo de enfermagem de um doente e comporta na sua construção, uma introdução, uma primeira parte de pesquisa teórica sobre a patologia associada ao doente estudado, nomeadamente à etiologia/fisiopatologia, tratamento médico ou cirúrgico assim como outros dados relevantes para o estudo de caso, e numa segunda parte, a apresentação dos cuidados de enfermagem a prestar a esse doente na fase do pré, intra ou pós-operatório. Na terceira parte do estudo de caso, o aluno identifica o seu doente e elabora o respectivo processo de enfermagem segundo os padrões funcionais de saúde de Gordon (Gordon, 1982, cit. em Leite de Barros, 2009).

Estes padrões são a base da avaliação clínica de enfermagem e apoiados pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (NANDA, 1990, cit. em Leite de Barros, 2009), são partes constituintes do diagnóstico de enfermagem. A NANDA (1990, cit. por Leite de Barros, 2009) define o termo diagnóstico de enfermagem como “um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária” (p. 865).

A NANDA, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento e refinamento dos diagnósticos de enfermagem, tem desenvolvido um sistema conceptual para classificar os diagnósticos numa taxonomia. Actualmente está implementada a taxonomia II da Nanda, apoiada nos padrões funcionais de saúde de Gordon (Gordon, 1982, cit. em Leite de Barros, 2009). Os padrões funcionais de saúde podem ser descritos a partir de uma colheita de dados realizada pelo enfermeiro. São denominados por Gordon (1982, cit. em Leite de Barros, 2009) como: padrão de percepção e controlo

de saúde, padrão nutricional e metabólico, padrão de eliminação, padrão cognitivo e perceptivo, padrão de actividade e exercício, padrão de papéis e relações, padrão de sexualidade e reprodução, padrão de tolerância e controlo de stress, padrão de crenças e valores, e padrão de sono e repouso.

Esta colheita de dados permite identificar as necessidades de cuidados dos doentes, e favorece o processo de diagnóstico na medida em que a análise feita aos dados colhidos para cada padrão funcional de saúde permite implementar todas as possibilidades diagnósticas para esse mesmo padrão. Daí resulta a formulação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento das intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) guia os enfermeiros neste processo de estruturação do diagnóstico de enfermagem (3.2.2). Neste contexto, pretende-se que o aluno proponha um plano de cuidados com as intervenções associadas, segundo os diagnósticos de enfermagem por ele levantados. De seguida, o aluno apresenta a prescrição farmacológica, não farmacológica e alimentar para o seu doente. Por fim, explicita as medidas tomadas no que respeita à preparação da alta do doente. O aluno acaba o estudo de caso com uma conclusão na qual refere as suas observações e dificuldades na realização deste estudo de caso e qual a implicação dos cuidados de enfermagem na promoção da saúde do doente. A construção do estudo de caso possibilita ao aluno estruturar os cuidados de enfermagem consoante os diagnósticos de enfermagem por ele levantados.

A avaliação do estudo de caso incidirá na capacidade reflexiva e na pertinência do aluno na identificação dos diagnósticos e respectivas intervenções de enfermagem. A análise de casos, define-se com o registo de casos reais e problemáticos, ocorridos em determinado contexto da prática e relativamente aos quais se desenvolve conhecimento teórico, permitindo também, a aprendizagem reflexiva através da análise detalhada da situação e do problema levantados (Garrido, Simões & Pires, 2008). Fonseca (2006), diz que a análise de casos assume um grande valor formativo, “pela desconstrução e reconstrução do conhecimento, através da análise, reflexão, discussão e partilha de diferentes pontos de vista que a constituem” (P.28). Reforçando esta ideia, Alarcão e Tavares (2003), apresentam a análise de casos como a reflexão analítica de uma

situação concreta que, pelo seu significado atraiu a atenção dos profissionais.

O supervisor que utiliza esta estratégia, tem o papel de fornecer informações relevantes, ajudar e orientar na planificação do caso e promover a análise reflexiva (Fonseca, 2006) e finalmente ajudar a dar visibilidade ao conhecimento que destes casos transparece (Alarcão & Tavares, 2003). Shulman (1986, cit. por Alarcão & Tavares, 2003) refere que “os casos só são casos (e não meros episódios) porque representam algo sobre o qual se pode teorizar e assumem um valor explicativo” (p. 103), e acrescenta que, “um acontecimento pode ser descrito; um caso tem de ser explicado, interpretado, discutido, dissecado e reconstruído. Assim se pode concluir que não há nenhum conhecimento verdadeiro de caso sem a correspondente interpretação teórica” (Shulman, 1986, cit. por Alarcão & Tavares, 2003, p.103).

Relatório crítico. No final do ensino clínico, cada aluno elabora um relatório crítico de avaliação do ensino clínico, onde deve constar a análise crítica e reflexiva dos objectivos específicos delineados por ele. Digamos que faz a reflexão final do seu percurso pessoal e profissional durante o estágio clínico.

Grelha de avaliação. Finalmente, uma estratégia muito receada pelos supervisados e supervisores, mas inevitavelmente necessária, e por isso também utilizada neste estágio, é a avaliação sumativa. A avaliação sumativa, não pode deixar de ser uma estratégia da prática supervisiva porque é parte integrante do processo de supervisão, e isso apesar do grau de dificuldade que apresenta na sua realização. Assim, neste ensino clínico foi utilizada a mesma grelha de avaliação para a avaliação intercalar e final do ensino clínico. Esta grelha (Anexo 1) pretende atingir os seguintes objectivos:

- Avaliar a responsabilidade do aluno futuro enfermeiro durante o estágio;
- Avaliar a ética do aluno futuro enfermeiro na sua prática como enfermeiro;
- Avaliar o cumprimento dos normativos legais da prática de enfermagem;
- Avaliar as competências do aluno futuro enfermeiro a nível da prestação e gestão de cuidados;
- Avaliar o desenvolvimento profissional global a nível dos conhecimentos teóricos e da sua aplicação na prática;

- Avaliação as competências de reflexão sobre a prática desenvolvidas pelo aluno futuro enfermeiro.

Ao supervisor cabe fazer a avaliação formativa e sumativa. Harris (2002, cit. por Fonseca, 2006), considera que a avaliação incute na supervisão um carácter mais formal, mais autoritário, mais prescritivo e, por isso, menos colaborativo. Hadji (1994), refere que a avaliação formativa tem por objectivo “contribuir para melhorar a aprendizagem em curso, informando o professor 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” (pp.63-64). Vieira (1993) sublinha que a avaliação mantém um carácter colaborativo, de ajuda na aprendizagem e contributivo no desenvolvimento pessoal e profissional do formando, se supervisor e supervisado tiverem discutido e explicado previamente todos os seus procedimentos. Subjaz aqui, a noção de co-responsabilização no processo de avaliação.

Alarcão e Tavares (2003) atribuem duas fases ao processo de avaliação formativa: sincrético (do conhecimento inicial) e analítico.

Quanto à avaliação sumativa, Alarcão e Tavares (2003), referem que esta deve ser global e atender ao supervisado como um todo e não como à soma de características ou comportamentos e faz parte da terceira fase do processo de avaliação que denominam de sintético. Estes autores consideram que a avaliação sumativa deve constituir um momento de síntese a que o avaliador chega depois de ter analisado ao pormenor o percurso do supervisado. Poder-se-á, segundo estes autores, perspectivar que tipo de professor (enfermeiro), este supervisado poderá vir a ser. Ressalvando a subjectividade da avaliação sumativa, Alarcão e Tavares (2003), referem que, para além de ser a prática mais generalizada da avaliação dos formandos e professores estagiários, tem dado resultados positivos quando utilizada por supervisores experientes, perspicazes e com boa formação profissional e deontológica.

Assim, a avaliação deve ser entendida como o culminar de uma longa série de análises sobre a pessoa-profissional e praticada por um outro profissional-pessoa que, “depois de esquecer os aspectos pontuais dessa análise, seja capaz de se fixar no que de geral, de constante, de típico, de característico há no professor em causa” (Alarcão & Tavares, 2003, pp. 110-111). Tavares e Alarcão (2005), acentuam o facto de que “ao

julgar, se deve ter presente o contexto em que os acontecimentos ocorrem e as percepções que os participantes têm desses mesmos acontecimentos” (p. 187).

Com base na literatura, a maior parte dos investigadores, atribuem à avaliação, um real condicionalismo ao processo de supervisão e ao estabelecimento de uma relação espontânea de entreajuda, apesar do estilo ou método supervisoivo ou atitude e características do supervisor e supervisado. A classificação final que subjaz sempre ao processo de avaliação, não permite de todo e segundo Alarcão e Tavares (2003), um “honesto e livre” desempenho de funções. Efectivamente, segundo estes autores e com base nos seus estudos, muitos professores limitam-se a agir em função de uma determinada avaliação que vai ser feita e não em função daquilo que pensa que deveria ser realizado, porque têm medo de se arriscar. Lamenta-se a falta de envolvimento pessoal, que os autores explicam dever-se às consequências que tal atitude teria em termos profissionais e de colocação nas escolas. Outro ponto, não menos importante, é o respeitante à auto-avaliação, que Bartlett (1947, cit. por Tavares & Alarcão, 2005, p. 181) chama de “melhor avaliação das habilidades, ou seja, a capacidade de se ser crítico em relação à própria habilidade”. Tavares e Alarcão (2005), consideram que o educador deve trabalhar no sentido de desenvolver a capacidade de auto-avaliação nos seus alunos, porque ela, não só, auxilia uma aprendizagem consciente como será de grande utilidade para as suas vidas futuras. Mais, esclarecem que o supervisor também é “alvo” dessa auto-avaliação, que corresponde “à atitude de querer analisar o que se fez, em ordem a fazer cada vez melhor” (Alarcão & Tavares, 2005, p. 182). No entanto, Fonseca (2006) refere que “avaliar e auto-avaliar é um processo complexo, com maior ou menor grau de subjectividade, que carece de uma interacção intra e interpessoal capaz de tornar possível emitir um juízo sobre o resultado obtido” (p. 113).

Entrevista semi-estruturada. Para responder ao segundo e terceiro objectivos da intervenção e investigação, foi utilizada a técnica do inquérito por entrevista. Efectivamente, o que se pretendia com esta técnica era descrever quais as características principais dos níveis de reflexão nuclear dos alunos de enfermagem no final do estágio no ensino clínico e quais as competências que atribuem a um bom supervisor em ensino clínico. Optou-se por uma entrevista semi-estruturada, porque se pretendia “aprofundar

um determinado domínio, ou verificar a evolução de um domínio já conhecido” (Ghiglione & Matalon, 1993, p. 97) e porque se pretendia que esta investigação se apoiasse “nos testemunhos dos sujeitos” (Fortin, 1999, p. 245).

Assim, construiu-se um protocolo orientador da entrevista com os objectivos de descrever as características principais dos níveis de reflexão nuclear de alunos de enfermagem no final do estágio no ensino clínico e identificar as opiniões dos alunos de enfermagem sobre o processo de supervisão durante o estágio no ensino clínico e as características de um bom supervisor (quadro 7).

Quadro 7. Estrutura do protocolo de entrevista a alunos estagiários futuros enfermeiros

Dimensões	Objectivos específicos	Questões principais
Reflexão nuclear sobre o estágio.	Caracterizar as percepções sobre o ambiente encontrado durante o estágio.	1, 2, 3, 4, 4.1, 5,
	Caracterizar as percepções sobre o comportamento do cuidar.	3.1, 3.2, 6, 7, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 8, 8.1, 8.2, 9, 10, 10.1, 10.2, 27
	Caracterizar as percepções sobre as competências mobilizadas.	26
	Descrever as crenças subjacente ao acto de cuidar.	11, 12, 13,
	Caracterizar as percepções sobre a sua identidade como enfermeiro	14, 14.1
	Identificar as percepções sobre a sua missão como enfermeiro.	15
Opinião sobre o processo de supervisão e características de um bom supervisor.	Caracterizar os aspectos positivos e negativos encontrados no processo de avaliação formativa durante o processo de supervisão no estágio.	16, 17, 17.1,
	Caracterizar os aspectos positivos e negativos encontrados no processo de avaliação sumativa intercalar e final.	23, 23.1, 23.2, 24
	Analisar os aspectos que recordam das reuniões de estágio.	18, 18.1, 18.2, 19, 20
	Analisar os contributos do ambiente afectivo-relacional criado durante o processo supervisivo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional	25
	Identificar as características que deve ter um supervisor ideal.	21, 28
	Identificar características de um processo de supervisão ideal.	22

Este protocolo está organizado em duas partes: (a) reflexão nuclear dos alunos sobre o estágio e (b) opinião sobre o processo de supervisão e características de um bom supervisor (quadro 8). O protocolo orientador da entrevista foi submetido à apreciação

de dois especialistas em Educação e Supervisão, os quais sugeriram algumas alterações na clarificação dos objectivos inerentes a algumas questões e acrescentar outras questões tendo presente os objectivos definidos para este estágio. Feitas as devidas alterações e tendo presente que a validação de um instrumento de recolha de dados deve recorrer a uma amostra semelhante à amostra convidada (McMillan, & Schumacher, 2006) foi realizada uma entrevista a uma antiga enfermeira estagiária. A entrevista piloto realizada foi analisada e houve necessidade de fazer, novamente, algumas pequenas alterações que, posteriormente, foram novamente sujeitas à apreciação dos especialistas. A versão final, assim obtida constituiu o protocolo final da entrevista (Apêndice 2).

4.3.4 Procedimentos usados na recolha de dados

Os instrumentos de avaliação formativa (semanário reflexivo, portefólios individuais, estudo de caso de um doente e reflexão crítica) foram desenvolvidos, pelos estagiários durante o estágio em casa e no hospital. A auto-avaliação na grelha de avaliação intercalar e final foi realizada em casa e entregue à supervisora. A avaliação da supervisora e da outra enfermeira foi feita em casa e discutida com cada estagiário.

Para a realização das entrevistas finais, a investigadora contactou telefonicamente todos os alunos que tinham acabado de terminar o estágio, explicando sumariamente o que se pretendia. Todos aceitaram ser entrevistados.

As entrevistas realizaram-se individualmente, só com a presença da entrevistadora (supervisora) e do estagiário, de forma a criar um ambiente no qual os intervenientes sentiram preservada a sua intimidade e, por isso, conseguiram dar resposta mais sinceras e fornecer explicações claras e abrangentes sobre o que lhes foi perguntado.

Pedi-se autorização ao entrevistado para fazer a gravação em suporte áudio, o que diminuiu o tempo gasto na entrevista e foi uma garantia de que não houve perda de dados. O tempo de duração previsto para cada entrevista era de 90 minutos, contudo o tempo gasto variou bastante ao longo das entrevistas.

No início da entrevista colocou-se o estagiário à-vontade, criando um clima de confiança, explicando os objectivos da entrevista e a importância da sua opinião.

Também se garantiu a confidencialidade, procurando que o entrevistado se sentisse parte importante desta investigação (Ghiglione, & Matalon, 1997). Durante a entrevista as respostas do entrevistado nunca foram interrompidas para se seguir a sua narrativa espontânea.

4.3.5 Tratamento e análise de dados

Para os dados quantitativos (avaliação intercalar e final) foi feita uma análise da frequência de resposta. Os dados qualitativos (*dos alunos*: semanário reflexivo, portefólios individuais, estudo de caso de um doente e reflexão crítica; *da supervisora*: diários de sessão), foram submetidos a uma análise de conteúdo, partindo do princípio que a análise de dados assenta na procura de uma organização sistemática, de forma a promover a sua compreensão, procurando criar unidades manipuláveis, encontrar padrões e sintetizar dados (Bogdan, & Biklen, 1994).

As entrevistas foram transcritas na íntegra e da sua leitura fez-se a codificação das respostas. Os resultados serão apresentados em função dos objectivos desta investigação e das categorias e subcategorias de resposta que emergiram nas entrevistas (Bardin, 1995). Também foram seleccionados alguns extractos das entrevistas para ilustrar algumas categorias e subcategorias descritas.

4.3.6 Identificação dos recursos mobilizados e das limitações do processo

Para a consecução deste trabalho, foram solicitadas informações e documentos aos departamentos de Recursos Humanos, e de Educação Permanente, à Escola Superior de Enfermagem da Universidade, assim como ao Departamento de Cirurgia do Hospital.

O facto de o Hospital se encontrar no processo de transição para o novo Hospital limitou o acesso à informação pela falta de disponibilidade das fontes. No entanto, o facto de ser enfermeira do Hospital facilitou em muito o acesso à informação e à minha movimentação dentro do espaço físico. Do mesmo modo, a minha experiência de supervisão facilitou o contacto com os alunos, o que me permitiu colocá-los à vontade e retirar deles a informação de que necessitava. Os alunos demonstraram sempre no geral muita receptibilidade ao processo e interesse em participar nele. Os outros recursos utilizados para além da observação participante durante o ensino clínico e a elaboração

dos diários de bordo foram os semanários reflexivos dos estagiários, os portefólios, os estudos de caso, as reflexões críticas finais do ensino clínico e as grelhas de avaliação intercalar e final de cada aluno. O facto de alguns desses alunos serem trabalhadores estudantes não foi de todo impeditivo à colheita de dados ou outro tipo de informação. Constatou-se no entanto sempre algum atraso na entrega dos semanários, e isso independentemente de ser trabalhador-estudante ou não. Outra limitação ao processo foi a necessidade de ajustar o meu horário rotativo ao horário de trabalho dos alunos trabalhadores-estudantes para a realização das entrevistas. Também, por vezes, sentiu-se alguma dificuldade na comunicação via endereço electrónico. Mas apenas uma aluna não respondeu, nem favoravelmente nem desfavoravelmente, ao pedido de entrevista. Simplesmente não respondeu e também não foi possível o contacto telefónico. Por outro lado, a transcrição na íntegra de cinco entrevistas de modo a não enviesar a sua análise, e categorização objectiva dos dados, foi um processo moroso e que exigiu muita disponibilidade. Mais uma vez, o tipo de horário rotativo implementado na enfermagem, dificultou o tratamento dos dados. Uma outra limitação, a meu ver importante, é o facto de não se ter a certeza de que os entrevistados expressem o que realmente pensam, e mais ainda, na frente de uma supervisora, que poderão eventualmente reencontrar em futuros estágios. O mesmo se aplica a interpretação que faz a supervisora dessas mesmas entrevistas. Isto porque também ela, tem a sua subjectividade o que pode condicionar à desejável fidedigna interpretação dos resultados.

CAPÍTULO V

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Introdução

Este capítulo faz a apresentação e discussão do trabalho de intervenção e investigação desenvolvido no estágio (5.2), em três subsecções: percepção da supervisora sobre as características da reflexão dos estagiários durante o ensino clínico (5.2.1); características dos níveis de reflexão nuclear dos estagiários no final do ensino clínico (5.2.2); opinião dos estagiários no final do ensino clínico sobre o estágio e as características de um bom supervisor (5.2.3) e finalmente apresenta os resultados previsíveis e imprevisíveis numa síntese final baseada em evidências (5.3), em duas subsecções: os resultados previsíveis (5.3.1) e os resultados imprevisíveis (5.3.2).

5.2 Apresentação e discussão do trabalho de intervenção e investigação desenvolvido no estágio

5.2.1 *Percepção da supervisora sobre as características da reflexão dos estagiários durante o ensino clínico*

O papel do portefólio na reflexão sobre a prática do cuidar de doentes de foro cirúrgico e da sua família

Tratar vidas humanas, com a possibilidade de erro subjacente à decisão terapêutica que se tomar, foi um factor de stress que os alunos referiram com frequência, no ensino clínico, como condicionando a sua decisão na intervenção. Os excertos seguintes mostram esse tipo de situações:

Sinto ainda dificuldade na diluição dos fármacos, pois vão aparecendo novos...tenho muito medo de errar... estou constantemente a questionar (Joana).

Foi uma tarde onde a adrenalina atingiu o seu máximo...foi preciso máxima atenção...foi um palmo de experiências novas (Hélder).

Sinto também uma responsabilidade muito maior por ser um serviço em que predominam utentes vindo do bloco...o que me deixa um pouco amedrontada...é tudo muito complicado e tenho muito medo de errar.

A medicação é a minha maior dificuldade e sei que tenho de a denominar muito bem, porque é bastante importante.

Sinto que ainda tenho muito para aprender, principalmente em relação às diluições de medicação.

A Karina, questionada sobre a preparação de uma alimentação parentérica referiu “tenho de admitir que não fazia ideia de como se trata de um processo em que os cuidados com assepsia são tão rigorosos... faz todo sentido que seja assim...implica um cuidado redobrado”.

Os estagiários também referiram e consideraram um pilar de segurança, o facto de estar sempre presente um elemento do serviço onde estagiam. Tratando-se de doentes cirúrgicos e muitos deles com pós-operatórios imediatos, foi frequente ver os alunos com muito receio em “mexer” nesses doentes. Assim, foi de facto muito útil e trouxe mais segurança ao aluno em estágio o facto de a sua supervisora fazer parte do campo de estágio. Esta informação foi-me referenciada mais tarde, após a saída do Cláudio, pelos próprios alunos:

A orientadora está sempre disponível para ajudar...ser um enfermeiro do serviço é para nós uma mais valia (Joana).

Sentimo-nos mais à vontade quando estamos com os enfermeiros do serviço porque não nos sentimos tão perdidos (Maria).

Com a orientadora consigo sentir-me apoiada, sinto alguém com segurança a quem posso perguntar e esclarecer as minhas dúvidas sem medo (Sofia).

Muito importante a relação de confiança entre coordenadores e alunos... quando alguém exerce demasiada pressão sobre mim eu bloqueio... não consigo trabalhar direito (Hélder).

No portefólio sobre a principal terapêutica utilizada no serviço de cirurgia, cada estagiário pesquisou sobre cinco medicamentos (quadro 8).

Quadro 8. Medicamentos escolhidos por aluno no Portefólio sobre a principal terapêutica utilizada no Serviço de Cirurgia

Estagiário	Medicamentos				
Sofia	Fenitoína	Captopril	Sufentanil	Aminofilina	Acetilcisteína
Maria	Morfina	petidina	diclofenac	Tiapridal	
Rafaela	Brometo de Ipatrópio	Budenosido	tramadol	digoxina	furosemida
Hélder	Tazobactam+piperacilina	Potássio	paracetamol	esomeprazol	Butilescopolamina
Joana	Ciprofloxacina	Cefoxitina	Meropenem	Metronidazol	Prednisolona
Carina	Metoclopramida	Heparinas de baixo peso molecular	Varfarina	Fitomenadiona	

As alunas Maria e Carina, de acordo com o grupo, tiveram menos um fármaco porque a terapêutica que iriam pesquisar (respectivamente estupefacientes e heparinas) exigiria da parte delas uma pesquisa maior por serem terapêuticas com indicações e efeitos secundários muito específicos.

Em anexo (Anexo 2) encontra-se o portefólio do grupo sobre a principal terapêutica utilizada no Serviço de Cirurgia.

No portefólio sobre uma patologia, cada estagiário fez a pesquisa sobre a patologia que escolheu (quadro 9).

Quadro 9. Patologia escolhida por aluno no Portefólio

Estagiário	Patologia
Sofia	Neoplasia do pancreas
Maria	Neoplasia do colon
Rafaela	Pancreatite
Hélder	Apendicite
Joana	Colecistite
Carina	Neoplasia gástrica

Discussão. Os alunos recolheram os vinte e oito fármacos mais utilizados no serviço. Dividiram-nos pelo grupo o que permitiu a cada aluno pesquisar 4-5 medicamentos. O facto de cruzar depois a informação entre eles para construir um portefólio único permitiu que todos tivessem acesso às pesquisas. O portefólio foi no final do ensino clínico oferecido pelos alunos ao serviço, para que outros alunos em futuros estágios beneficiassem com as informações colhidas neste trabalho e pudessem actualizá-las se necessário, a posteriori. No entanto, a construção e a entrega do portefólio não foi tarefa fácil. Isto porque alguns alunos não estavam a cumprir os

prazos, o que atrasava não só a construção do portefólio final como a sua entrega. O atraso era justificado porque alguns alunos trabalhavam e não conseguiam ter a disponibilidade precisa ou porque não conseguiam ter acesso à informação. O prazo de dez dias dado inicialmente alargou-se por mais outros dez porque o grupo não funcionou como grupo. A Sofia escreveu no seu semanário que “acho que temos melhorado apesar das inúmeras faltas que os meus colegas dão”.

A Joana referiu que “trabalho com qualquer um sem problemas, embora pudéssemos nos ajudar mais uns aos outros...cada um faz o seu...percebo que não é assim em enfermagem, precisamos sempre de fazer equipa...vou tentar melhorar essa relação de equipa”.

Não foi fácil lidar com os problemas de relacionamento dentro do grupo e da dinâmica que se estava a criar. O supervisor, como já referimos, tem como outra característica, a de ser mediador. Tive que ser várias vezes mediadora “propondo reuniões pontuais e individuais ou reunindo com o grupo todo e determinando as tarefas de cada um, explicando que o empenho e a participação neste portefólio também seriam objecto de avaliação porque demonstraria a responsabilidade de cada um neste trabalho, responsabilidade esta, já no sentido profissional como trabalho em equipa e com intuito formativo” (DIÁRIO DA ISABEL). Nessas reuniões ficou escrito no meu diário de bordo que “vamos propor soluções e estratégias que permitam a cada um respeitar o espaço e a vontade do outro e fazer com que convirjam para o mesmo objectivo que é o desenvolvimento pessoal e profissional de cada um dentro de uma equipa de trabalho e para o bem-estar do doente, principal preocupação do enfermeiro”. Individualmente ou colectivamente “momentos individuais e personalizados foram proporcionados aos alunos que o solicitavam ou àqueles nos quais percebia tristeza, revolta, ansiedade ou até mesmo confrontos directos com o outro. Esses momentos serviam para a exposição do problema e para a tentativa de se encontrar soluções” (DIÁRIO DA ISABEL).

Depois das reuniões, a Sofia escreveu “vou tentar fazer o meu melhor, tentar organizar o grupo para que nos tornemos um grupo mais unido, uma equipa de trabalho”. A Maria, num desabafo confessou “são este tipo de situações que me incomodam porque não percebo o que pretendem e não se lembram que só prejudicam o grupo”.

O portefólio das patologias foi mais bem sucedido na medida em que a pesquisa era livre. Quando o aluno referia necessidade de estudar uma patologia específica, era convidado a ser ele a explorá-la e a transmitir as informações aos restantes elementos do grupo. Também no final, estes trabalhos ficaram no serviço. Verificou-se que com esta estratégia, os alunos acabavam por serem eles a tomar a iniciativa de pesquisar. Não estavam à espera que lhes fosse delegada essa função.

Para mim, orientadora, foi sempre uma experiência gratificante porque demonstrou que os alunos têm vontade de aprender se incentivados para tal. Foi criada espontaneamente através de uma relação próxima e aberta (diria até de carinho e de amizade), o gosto pela investigação e pela procura do conhecimento, assim como através de processos reflexivos, se consciencializou o aluno que o enfermeiro não é apenas um bom técnico, mas, sim, um profissional que possui o conhecimento teórico que sustenta a sua prática. Hélder confirmou este facto ao referir: “aprendi novos procedimentos mas acima de tudo, foi uma semana que me enriqueceu muito como homem, como pessoa...”.

Mais, todos concordaram que a realização destes dois portefólios foi muito útil na medida em que seriam dois instrumentos de consulta.

Neste ensino clínico, com estas estratégias, concluí que é importante que se “proponham” ao aluno tarefas e não que se lhe “imponham” tarefas. A motivação e o incentivo à realização destes projectos incutiram no aluno o sentido de responsabilização. No entanto, constatei que, com a realização destes trabalhos de pesquisa e do portefólio, surgiram problemas dentro do grupo, no que respeita ao trabalho em equipa. Efectivamente, tornou-se necessário ser ponderada para mediar os conflitos que emergiram na dinâmica de grupo. Foi importante o aluno perceber que apesar de se estabelecer uma relação empática e próxima, o tutor também tem o papel de gerir os conflitos existentes no grupo e assumir a sua posição de tutor. Tentei permitir que todos os elementos do grupo expusessem as suas ideias e soubessem escutar e respeitar as ideias dos outros, para que no fim essas ideias fossem sintetizadas, discutidas e integradas num todo coerente do qual todo o grupo tirou proveito e encontrou soluções ao conflito.

A capacidade de trabalho em grupo que cada aluno possuía foi explorada

durante a supervisão das práticas clínicas de forma a promover a cooperação, o espírito de ajuda, o respeito e permitir a análise das dificuldades sentidas pelos membros do grupo. A supervisora não impôs os seus próprios valores e expectativas mas tentou dar a cada membro o seu espaço e valorizar as ideias e opiniões de cada um. Apelar depois ao espírito de grupo e à negociação entre os pares. Todo este processo exigiu paciência e tolerância e que, mais uma vez, se conheça bem cada aluno, com as suas limitações, sentimentos, medos ou inibições, ritmo e personalidade.

O saber de enfermagem transmitido em sala de aula e este agir profissional desenvolvido em ensino clínico, possibilita ao aluno de enfermagem adquirir a sua autonomia na aprendizagem do que é realmente um enfermeiro e qual o desígnio dos cuidados de enfermagem. Assim a sua participação neste processo de supervisão da sua formação é essencial para que esta aprendizagem seja, como refere Vieira (2010), “uma aprendizagem consciente, crítica e autodirigida, favorecendo a aproximação do aluno ao saber disciplinar e ao processo de aprender” (p.29).

Vieira (2010) propõe quatro tarefas pedagógicas a que se devem aplicar os alunos para conseguirem a sua autonomia: a reflexão, a experimentação, a regulação e a negociação. Em Enfermagem, estas tarefas estão muito presentes ao longo do ensino teórico e prático. Contribuem para o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional do futuro enfermeiro. Neste sentido e com base na minha experiência supervisiva, a supervisão assume-se como promotora de todas estas tarefas. Sendo que o processo de aprender é intrínseco a cada um e desenvolvido de forma muito pessoal, o mesmo é construído com a assimilação de experiências passadas, que vão ser partilhadas, analisadas e estruturadas para que cada um retire delas, aprendizagens futuras e construa o seu próprio conhecimento, quer de si quer da profissão para a qual se propõe. Assim no meu ponto de vista, fica claro que a supervisão da formação em enfermagem não se restringe apenas à supervisão das práticas clínicas ao nível técnico e científico, mas sim ao nível do desenvolvimento pessoal, social e emocional do aluno de enfermagem, e contribui para que o aluno de enfermagem desenvolva as suas capacidades crítico-reflexivas, o conhecimento de si e consolide a sua identidade profissional. A aprendizagem reflexiva torna-se assim um elemento central na formação e supervisão da enfermagem. O diálogo que se estabelece entre os alunos ou entre

alunos e supervisora deve ser um diálogo construtivo na medida em que são “parceiros da mesma comunidade profissional, interessados em inovar e provocar mudanças nos contextos educativos” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 41). Smyth (1989, cit. em Alarcão & Tavares, 2003) acrescenta que este tipo de relações simétricas de colaboração contribui para uma emancipação individual e colectiva.

O aluno de enfermagem traz, do meu ponto de vista, uma formação teórica, que no contexto da prática clínica, deve ser reequacionada de modo a responder às situações com que se irá defrontar. Como já foi referido na secção 3.2.3, com D’Espiney (2003), o aluno de enfermagem deve ser rapidamente preparado para reflectir sobre a sua prática e para promover diariamente essa reflexão. Isto porque, na minha perspectiva, só assim se tornarão enfermeiros competentes e conscientes do seu papel. Assim o papel de mediadora de conflitos entre os elementos do grupo também assume a sua importância no processo supervisivo. Bonafé-Schmitt (2009), diz da mediação que esta se esforça por criar condições que permitem o diálogo efectivo entre as partes e que esta é orientada para a intercompreensão. Refere do mediador que este deve criar um espaço de palavra que possibilite a cada um dos envolvidos exprimir “o que viveu e quais as suas expectativas quanto à resolução do conflito” (p. 26). No entanto Bonafé-Schmitt (2009), considera que este objectivo só será conseguido se estiver criado um clima de confiança. Concordando com Bonafé-Schmitt (2009) considero que a supervisora das práticas clínicas pode conseguir esse clima de confiança e minimizar assim os conflitos dentro do grupo e muitas vezes, antes que se iniciem. Por experiência profissional posso afirmar que o facto de estar presente, respeitar o espaço de cada um, escutar, valorizar o papel de cada aluno dentro do grupo, são condições necessárias para que nenhum deles se sinta menosprezado ou inferiorizado.

O papel do semanário na reflexão sobre a prática clínica e sobre a observação de doentes ostomizados

Como já foi referido, os estagiários cuidaram, para além de doentes cirúrgicos, de doentes com ostomias de eliminação, doentes oncológicos e em fase terminal, tendo-lhes sido atribuídos atendendo às necessidades, interesses, capacidades, limitações e dificuldades que os alunos iam demonstrando no decorrer do ensino clínico. Foi-lhes

dada a oportunidade de assistirem às consultas de estomaterapia dadas por uma enfermeira do serviço, especialista em estomaterapia, todas as quintas feiras e segundo o cronograma estabelecido pela supervisora. Normalmente os alunos iam dois a dois, para não constrangirem os doentes com a presença de muitos alunos na mesma consulta. Pedi à enfermeira especialista em estomaterapia para explicar aos alunos o seu trabalho, o que explica aos doentes e família para dar a conhecer aos alunos, uma outra vertente de actuação da enfermagem. A consulta de estomaterapia do Hospital funciona desde a fase pré-operatória quando é diagnosticada a necessidade de construir uma ostomia até a fase pós-operatória e as consultas de follow-up. Numa primeira fase, numa consulta informal e “controlada”, isto é que vai de encontro às questões e inquietações, o doente fica a saber em que consiste uma ostomia e que tipo de material existe no mercado. Na fase do pré-operatório, é-lhe marcado o local do estoma no abdómen e na fase do pós-operatório e o mais cedo possível, é iniciada a preparação da alta com o ensino e treino dos cuidados com a ostomia e o uso dos materiais. Este ensino é sempre realizado, a não ser que o doente recuse, com a presença de um membro familiar escolhido pelo doente e que passará a ser a referência e o apoio do doente ostomizado. O ensino realizado consiste em explicar a função da ostomia, de como cuidar da pele peristomal, de como aplicar os dispositivos, de como os adquirir e de como são comparticipados. Este ensino também incide sobre outros temas como alimentação, vestuário, actividade física, actividade laboral e actividade sexual, sendo que estes temas serão mais explorados durante as consultas de follow-up. A enfermeira especialista em estomaterapia fornece, no momento da alta, folhetos de informação que ajudarão o doente a familiarizar-se com a sua nova imagem corporal até ir à consulta onde poderá expor as suas dúvidas e que geralmente se segue nos quinze dias pós-operatórios. Nessa consulta, para além de ouvir as inquietações dos doentes e esclarecer dúvidas, a enfermeira avalia a adaptação do doente e família à nova condição de vida e avalia o estoma e a pele peristomal despistando possíveis complicações. A alta da consulta é dada, não pela enfermeira, mas sim pelo doente no momento que for para ele o mais oportuno. Acontece com frequência que, após o falecimento do doente, a família continue a manifestar necessidade de uma consulta simplesmente para conversar. O mesmo se passa com alguns doentes que fazem reconstituição e que apesar de já não ter ostomia, continuam a

solicitar uma consulta. E essas consultas são efectivamente marcadas.

Em anexo (Anexo 3) apresenta-se um excerto de um semanário elaborado por um destes alunos.

Discussão. Em primeiro lugar serão discutidas a evolução das necessidades, interesses, capacidades, limitações e dificuldades que os alunos foram demonstrando no decorrer do ensino clínico. Em segundo lugar, será discutido o papel do semanário na reflexão sobre a observação dos doentes ostomizados.

O semanário é na sua maioria considerado pelos alunos como uma estratégia importante onde é dada a possibilidade de relatar factos ou expressar opiniões que publicamente não conseguiriam. No entanto referem algum constrangimento na sua redacção por não saberem bem até onde pode ir a narrativa e se é permitido relatar tudo. As principais evidências recolhidas durante essa fase foram as que a seguir se apresentam.

Cada aluno encarou a prestação de cuidados seguindo a sua estrutura cognitiva mais ou menos alicerçada. Como refere Ferreira (2005), “a capacidade de aprendizagem do aluno assume as características de uma bola de neve: a aquisição de conhecimentos novos, baseados na estrutura existente, vai tornar-se também a base do mecanismo de transferência desse conhecimento para a prática” (p. 151). Isto quer dizer, no meu entender, que os conhecimentos de fundo que o aluno traz de experiências anteriores retiradas quer do contexto prático através de estágios anteriores, quer do contexto de sala de aula, lhe vai permitir enfrentar novas realidades e produzir não só conhecimento novo como lhe propicia uma adaptação à própria prestação de cuidados e a tudo o que dela decorre. Nomeadamente o planeamento, a execução e a avaliação do plano de cuidados são tarefas constantemente exercitadas. Esses conhecimentos de fundo como acrescenta Ferreira (2005) “influenciam o comportamento do aluno em cada momento” (p.152) e, associados à sua personalidade, que inclui a sua expressão emocional, os seus interesses, valores e crenças assim como a sua imaginação e criatividade, permite ao aluno integrar-se ao contexto prático e ao próprio processo de aprendizagem. Constatei, ao longo deste ensino clínico, que de facto cada aluno adopta a sua estratégia para iniciar cuidados. A Maria, por exemplo, gostava de conhecer o seu doente consultando primeiro o processo, enquanto a Sofia planeava junto do doente as suas intervenções

para o dia, procurando colher os dados necessários a esse planeamento, comunicando e questionando o doente. O confronto teoria - prática também proporciona ansiedade como o referiu Karina “a maior dificuldade que posso salientar é o facto de nem sempre os métodos de trabalho e protocolos utilizados neste serviço coincidirem com a forma como aprendemos... quer nas aulas teóricas quer em ensinamentos clínicos anteriores...cria uma certa confusão... tenho de adaptar-me à nova forma de fazer as coisas”.

Na questão da execução das técnicas, o mesmo se passa. É inculcado ao aluno logo no início do ensino clínico e como já referi na secção 4.3.1, que somos todos actores diferentes mas com o mesmo código de conduta ético e deontológico e que apesar de sermos diferentes na execução das técnicas, estas não deixam de respeitar as mesmas normas e os mesmos critérios de actuação. Proponho, para ilustrar o referido, as seguintes citações provenientes dos contactos com os alunos na execução de técnicas e com base nos excertos dos meus diários de supervisão:

Uma técnica de algáliação tem normas e obedece a uma assepsia rigorosa, como vais fazê-la é contigo, o que eu quero é ver essas normas e essa assepsia. Todos somos técnicos diferentes mas obedecemos ao mesmo código de conduta e actuação (Isabel para a Maria no procedimento da algáliação).

O penso pode ser realizado com luvas ou sem luvas, porque a técnica é realizada com pinças, o que é preciso saber é qual das pinças vai ao doente e qual das pinças deve ficar no campo. Como vais proceder à realização do penso? (Isabel para a Sofia, na realização de um penso).

Como vais iniciar uma transfusão de glóbulos rubros? Qual o procedimento e qual a sua vigilância? O doente aceita esta transfusão? Tens presente a atitude a tomar em caso de reacção de incompatibilidade transfusional? (Isabel para a Rafaela na transfusão de um doente).

Outra evidência por mim constatada no decorrer deste processo é que a reacção dos alunos às situações práticas difere muito entre eles. Assim, enquanto a Maria referia “sinto-me um pouco receosa e com algum medo de errar em alguma circunstância, visto que qualquer pequeno erro pode trazer graves problemas” ou a Karina quando tratou de um doente jovem confrontado com o diagnóstico de carcinoma, “este tipo de situação deixa-me com a sensação estranha de impotência, pois por mais vontade que eu tenha de ajudar, nem sempre posso, e acho que este será sempre o eterno dilema na vida de

qualquer profissional de saúde”, o Hélder era mais empreendedor e quando lhe foi atribuído mais doentes, referiu “fiquei um pouco surpreendido por já me terem sido “entregues” três utentes numa fase do estágio tão precoce... consegui organizar o tempo... foi um bom desafio para mim, um desafio às minhas capacidades”. Com o mesmo afínco a Joana referiu “tentei estabelecer prioridades... já tive uma atitude mais autónoma em relação à execução dos cuidados de enfermagem, procurei sempre agir segundo o que me pareci melhor para o doente”. Já a Karina escreveu “uma grande mais-valia deste serviço é o facto de estarem sempre a aparecer situações novas... pôr em prática procedimentos... aprender coisas novas... há vários assuntos que apenas aprendemos na teoria mas que nunca tivemos oportunidade de ver em prática... a teoria é importante... é a base do conhecimento...mas a prática é fundamental”. Contudo, constatei que à medida que o ensino clínico avançava, os alunos iam interiorizando as orientações e reajustavam comportamentos e posturas e progrediam gradualmente no seu desempenho e adquiriam as competências desejadas para a prática de enfermagem. Seguem alguns excertos que demonstram essa transformação e emancipação dos alunos, de que fala Vieira (2009) na secção 3.2.4: “esta semana foi um pouco mais exigente para connosco devido ao facto de haver mais doentes atribuídos, no entanto não senti grande dificuldade, pois quando precisava de ajuda ou senti alguma dificuldade questionava os enfermeiros do serviço e tanto eles como a orientadora me ajudavam e esclareciam”. Já a percepção da Rafaela foi um pouco diferente “as exigências começam a ser mais... passamos a ter três doentes... foi complicado em termos de organização... organizar o tempo... ter tudo feito a horas e isso tornava-se complicado dependendo dos utentes que tínhamos... mas isso foi melhorando durante a semana”. A Sofia encarou o desafio e confessou “tive vários utentes com diversas patologias... adaptei-me muito bem... consegui prestar todos os cuidados com apoio bilateral não só da orientadora como da equipa de enfermagem... foi muito interessante... ultrapassei algumas dificuldades...desenvolvi mais sentido de confiança na prestação... sinto-me mais à vontade com a equipa de trabalho”. Anotei no meu diário que “cada aluno tem a sua personalidade, cada um deles desenvolve estratégias próprias face à diversidade e adversidade das situações... traz a sua motivação, a sua vontade de aprender e a sua percepção do que é ser enfermeiro... uns conseguem ultrapassar as dificuldades e lidar

bem com as experiências, mobilizam os recursos existentes... humanos... materiais e adaptam-se à complexidade do cuidar. Outros precisam de apoio e mais presença dos orientadores... inculcando sentimentos de confiança e incentivo” (DIÁRIO DA ISABEL).

Nestas situações onde o aluno está inquieto, ansioso, o papel da supervisora é fundamental e a relação supervisiva deve ser estabelecida como referem Alarcão e Tavares (2003) numa atmosfera afectivo-relacional e cultural positiva, de entreajuda, aberta cordial, empática, autêntica e assente numa base colaborativa. Pela minha experiência posso dizer que a relação estabelecida contribui de forma decisiva para o processo de ensino e aprendizagem assim como para o desenvolvimento interpessoal. Os seguintes excertos dos semanários de alguns alunos apoiam esta linha de pensamento:

No que respeita à orientadora, está sempre disponível para ajudar e esclarecer quando preciso (Joana).

Consgo sentir-me apoiada, sinto alguém com segurança a quem posso perguntar e esclarecer as minhas dúvidas sem medo (Sofia)

Retirei daquela conversa força para continuar e melhorar...e mostrar a mim própria que sou capaz de melhorar os aspectos que me foram referidos...já dei um passo a frente (Rafaela, depois da avaliação intercalar).

Retiro destes excertos e da minha experiência que é fundamental a supervisora estar atenta aquilo que vê e aquilo que não vê, aquilo que está omissivo verbalmente mas que se pode constatar através da atitude do aluno no campo de estágio. Isto quer dizer que experiências passadas, eventualmente traumáticas vividas pelo aluno podem ser (re) vividas com doentes em condições ou processos de doenças similares. Relembro do meu diário uma dessas situações: “uma aluna revia numa doente em fase terminal a sua avó e, por essa razão, prestar cuidados a esta doente tornou-se complicado para a aluna e provocava-lhe muita tristeza” (DIÁRIO DA ISABEL). Sá-Chaves (2009) ilustra bem este pensamento ao referir que a relação supervisiva “pressupõe, portanto, por parte do supervisor um *jogo* reflexivo e inteligente, ora de distanciamento para permitir e assegurar o espaço e a afirmação do supervisando, ora de aproximação sensível para permitir a escuta, a cumplicidade, a compreensão e o encontro” (p. 52). É só nesta

condição que o aluno assimila aquilo que lhe aconteceu na sua vida pessoal e o relaciona com as situações práticas vividas no ensino clínico e retira delas mecanismos de defesa para o seu bem-estar emocional e mecanismos adaptativos que lhe permita seguir em frente no processo do cuidar.

Fui constatando ao longo deste ensino, que a relação supervisiva também se pode colocar a um nível mais superior. Esta relação pode-se estender aos outros actores envolvidos indirectamente no processo de supervisão como os outros enfermeiros do serviço onde se desenrola o estágio. Efectivamente, pelo número de alunos, não podia estar presente em todos os procedimentos e administração de terapêutica a todos os doentes ao mesmo tempo. Assim “organizava-me com os colegas de maneira a respeitar a dinâmica do serviço, não atrasar as rotinas e ao mesmo tempo supervisionar à vez os alunos que apresentavam mais dificuldade” (DIÁRIO DA ISABEL).

Num serviço que não seja o meu, esta relação pode sofrer algum retrocesso ou entrave. Isto porque alguns enfermeiros desvalorizam o seu papel como formadores ou simplesmente não se acham capazes de formar ou ensinar. Alguns colegas referiam “tens mais jeito do que eu” ou “tens mais experiência e paciência” ou “não quero estar a dizer asneiras” ou “essa é a tua função”. Fonseca (2006), fundamenta que é necessário consciencializar os profissionais de que a colaboração passa por uma complementaridade de papéis, por uma partilha de saberes e recursos, por uma relação interpessoal efectiva, enfim por uma co-responsabilização de cada um e de todos no processo de formação clínica. Ao longo do meu percurso fui constatando que nem todos os enfermeiros têm presente como podem ser vistos ou vir a ser, uns modelos de formação para os alunos. Alguns enfermeiros não se sentem preparados ou motivados para integrar os alunos, para acompanhá-los, para colaborar com eles na partilha de experiências e momentos de formação ou simplesmente para ouvi-los ou apoiá-los nas aprendizagens.

Relativamente à experiência adquirida nas consultas de estomaterapia, e no internamento com doentes ostomizados, o Hélder escreveu “histórias de vida fantásticas, pessoas com enorme força de vontade, com um ver a vida de uma maneira completamente diferente do esperado para estas situações”. A Rafaela relatou: “estive com a enfermeira a fazer ensinios...trocar o saco de colostomia ...seguir todos os

passos...ver como o utente ultrapassou aquela barreira”. A Joana confessou a sua admiração perante a relação estabelecida com o doente ostomizado descrevendo-a como “uma relação que parece familiar, de tal confiança que se nota grande empatia...a maneira de falar...reforça muito a auto-estima”.

O papel do estudo de caso na reflexão sobre as práticas

No estudo de caso, cada estagiário propôs a elaboração do processo de enfermagem de um doente (Quadro 10)

Quadro 10. Doente do estudo de caso por aluno

Estagiário	Patologia
Sofia	Doente com neoplasia do pâncreas
Maria	Doente com neoplasia do colon
Rafaela	Doente com colecistite
Hélder	Doente com apendicite
Joana	Doente com colecistite
Carina	Doente com neoplasia hepática

Este estudo de caso incluiu: 1) introdução, pesquisa teórica sobre a patologia associada ao doente estudado (etiologia/fisiopatologia), tratamento médico ou cirúrgico; 2) cuidados de enfermagem a prestar na fase do pré, intra ou pós-operatório; 3) identificação do seu doente e do respectivo processo de enfermagem segundo os padrões de Gordon (Gordon, 1982, cit. em Leite de Barros, 2009). Em anexo apresenta-se um excerto de um caso elaborado por um destes alunos (Anexo 6).

Discussão. Os estudos de caso elaborados pelos alunos foram entregues na escola de enfermagem da universidade para serem corrigidos pela coordenadora do ensino clínico. Apenas colaborei na selecção dos casos e providenciei as informações dos processos clínicos desses doentes aos alunos. Desta forma não é possível realizar uma comparação entre os estudos de caso. No entanto importa em primeiro lugar, explicitar quais as dificuldades sentidas pelos alunos na construção dos mesmos. Em segundo lugar, será discutido o papel do estudo de caso na reflexão sobre as práticas.

A primeira dificuldade que os alunos sentiram foi a escolha do doente. De facto a escolha desse doente deve ser pertinente para não construir um estudo de caso desprovido de informação ou do qual decorre um plano de cuidados pobre em diagnósticos de enfermagem e intervenções. Contudo, o contrário, isto é escolher um

doente com múltipla informação clínica e/ou inúmeros antecedentes, pode fazer com que o aluno tenha imensa dificuldade na construção do plano de cuidados porque não tem ainda grande experiência na selecção e adequação dos diagnósticos subjacentes à informação e condição clínica desse tipo de doentes. O aluno acabaria por “se afundar” no enredo de informações clínicas, não saber como geri-las ou descodificá-las. Ou então, andaria às voltas sem conseguir identificar os diagnósticos de enfermagem decorrente da avaliação do doente. Outra dificuldade sentida e referida pelos alunos é o tempo de cuidados prestados ao doente do estudo de caso. Efectivamente, a escola estipula que o tempo de prestação de cuidados para o doente do estudo de caso tenha que ser pelo menos de três dias. O que acontece é que, pela grande rotatividade do serviço cirúrgico, nem sempre esse tempo é conseguido. O que pode provocar um atraso na entrega do estudo de caso por o aluno não conseguir atempadamente estar a cuidar de um doente nesse espaço de tempo. Daí sucede que alguns alunos tenham de realizar o estudo de caso de um doente com um tempo de internamento superior a três dias. O que pode complicar a identificação dos diagnósticos e intervenções porque à partida se tratará de um doente com múltiplos diagnósticos. A estrutura do estudo de caso é uma dificuldade menos referida porque a instituição de ensino providencia as linhas orientadoras do trabalho: introdução; etiologia/fisiopatologia da doença; exames diagnósticos; tratamento médico ou cirúrgico; proposta de cuidados de enfermagem; avaliação inicial do doente segundo os padrões de Gordon (Gordon, 1982, cit. em Leite de Barros, 2009) e segundo o modelo em aplicação no serviço; construção do respectivo plano de cuidados e conclusão. Depois de ultrapassadas todas estas dificuldades, a grande dificuldade dos alunos e onde sou muito solicitada é na construção do plano de cuidados. O levantamento dos diagnósticos de enfermagem pode revelar-se incompleto e eu tenho de levar o aluno a pensar criticamente sobre qual o seu contributo como enfermeiro nos problemas que apresenta o seu doente. Ou seja quais os ganhos em saúde para o seu doente. Em seguida o aluno reflecte sobre quais as intervenções pode propor ao doente para o ajudar e quais os meios que vai disponibilizar na promoção da sua saúde. Finalmente o aluno reflecte sobre os resultados alcançados com o plano de cuidados que implementou para o seu doente e proceder aos reajustes se necessário em função da resposta do doente. Finalmente o aluno termina o estudo de caso propondo o

planeamento da alta do seu doente, recorrendo à educação para a saúde ou a medidas curativas ou paliativas se for o caso, incluindo sempre a família ou prestador de cuidados neste planeamento. Por esse motivo, o aluno é incentivado a preparar a alta desse doente no momento da sua admissão. Isto porque podem ser processos longos e a necessitarem da colaboração e do apoio da família ou prestador de cuidados. Neste sentido, o aluno vai recolhendo informação junto dos familiares ou prestador de cuidados para avaliar quais as condições e recursos de que dispõe para otimizar a alta.

A NANDA (1990, cit. por Leite de Barros, 2009) define o termo diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade no que respeita a problemas de saúde reais ou potenciais, que justifica uma terapia definitiva que busca alcançar resultados e nos quais a enfermagem é necessária e interventiva. A colheita de dados que o enfermeiro faz a partir desses padrões funcionais permite identificar quais as necessidades em cuidados de enfermagem, implementar intervenções de enfermagem e avaliar quais os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. O estudo de caso, quando construído, obedece na sua estruturação à linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), (ver secção 3.2.2), classificando as práticas de enfermagem através de uma linguagem comum e uniformizada (Abreu, 2007). Com esta ferramenta os alunos dão visibilidade à prática da enfermagem e propõem-se, através dela no estudo de caso, à reflexão dessa mesma prática, ou como referem vários autores (Abreu, 2007; Vieira, 2009; Alarcão & Tavares, 2003), a reflexão sobre e na acção. Pela estrutura do estudo de caso e como refere Alarcão & Tavares (2003), a análise desses casos são “descrições, devidamente contextualizadas, que revelam conhecimento sobre algo que, normalmente, é complexo e sujeito a interpretações” (p. 102). Mais acrescentam que o estudo de caso tem como objectivo dar visibilidade ao conhecimento que dele nasce. Shulman (1986, cit. em Alarcão & Tavares, 2003) ainda considera o estudo de caso como representando algo sobre o qual se pode teorizar e do qual se retira um valor explicativo, interpretativo, discutível e reconstruível.

Reflexão crítica no final do estágio

No final do estágio os alunos elaboram um relatório crítico de avaliação do ensino clínico onde consta a análise crítica e reflexiva dos objectivos específicos delineados pelo estudante. Fazem o balanço (positivo ou negativo) das competências adquiridas, das que ainda têm de explorar para que num próximo estágio as possam rentabilizar. Digamos que nessa reflexão, confrontam o “eu” pessoal com o “eu” futuro enfermeiro. Tendo já abordado os portefólios, os semanários e o estudo de caso, apenas nos falta apresentar o excerto de algumas reflexões elaboradas por alguns dos alunos de enfermagem sobre o ensino clínico. Em anexo apresenta-se a reflexão da Maria (Anexo 4). Apresenta-se também a reflexão do único homem presente no grupo de estágio. A intenção é analisar se poderemos colocar a hipótese de haver alguma diferença de género no tipo de reflexão elaborada. A reflexão do Hélder encontra-se em anexo (Anexo 5).

Discussão. Em primeiro lugar serão comparadas as reflexões elaboradas e as dificuldades sentidas. Em segundo lugar, será discutido o papel desta reflexão sobre as práticas.

As reflexões críticas no final do ensino clínico são narrativas livres onde se espera que o aluno faça a análise crítica e reflexiva da sua prática clínica, expondo as situações de maior complexidade e as estratégias que utilizou para as superar. Também se espera que o aluno identifique as suas necessidades, exprima os seus sentimentos e expectativas para um próximo estágio e para a sua profissão. Neste ensino clínico, as reflexões finais colocaram ênfase em vários pontos e consoante o critério de avaliação do próprio aluno e da experiência que retirou do ensino.

Assim, o Hélder valorizou na sua reflexão, a necessidade de prestar cuidados de enfermagem de qualidade e o desenvolvimento de competências no seu percurso formativo que lhe permitam tornar-se autónomo e responsável. Deu grande importância à relação criada com os doentes e ao facto de compreender a pessoa como um ser único, bio-psicossocial e cultural. Reconheceu a necessidade premente de ter conhecimentos teóricos sustentados e que só essa base de conhecimentos permitirá uma actuação eficaz e eficiente. O aluno fala em saber em acção, que deve ser afirmado e assumido como garantia de cuidados de enfermagem competentes e que promovam a autonomia

profissional. Considera a complementaridade dos papéis dos diferentes profissionais de saúde, o eixo central para a promoção da qualidade e da humanização dos cuidados. Na sua reflexão, o Hélder destacou o estatuto e o papel do enfermeiro do ponto de vista ético e deontológico, com a preocupação de defender a liberdade e a dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (Ordem dos enfermeiros, 2009, Artigos 78º e 79º) e com a preocupação de se envolver com o doente numa relação de ajuda que preserve ao mesmo tempo os valores da vida humana, a integridade da pessoa e o próprio bem-estar emocional do enfermeiro (Ordem dos enfermeiros, 2009, Artigo 82º). Finalmente o aluno afirma que não concebe uma aprendizagem sem o exercício de uma prática e que esta é fundamental e imprescindível. Termina a reflexão consciente de que a sua experiência prática neste ensino clínico contribuiu para que um dia possa ser um excelente enfermeiro.

A Joana, na sua reflexão final, analisa o facto de ser trabalhadora-estudante e mãe de um filho em idade pequena. Constata que conciliar uma vida familiar e profissional à uma vida estudantil não é tarefa fácil e que irremediavelmente condiciona o rendimento no ensino clínico. Também refere que de estágio para estágio, se confronta com situações novas, patologias diferentes e técnicas diferentes e que se o conhecimento teórico não é explorado e adquirido, a “bagagem” para se ser uma boa enfermeira fica leve e mal aproveitada. Na sua reflexão, colocou ênfase numa boa supervisão, na vontade de ensinar por parte dos supervisores e no empenho que põem para cumprir o processo de ensino e aprendizagem com excelência. Releva o facto de a enfermagem ser um trabalho de equipa e que não constatou isso no seu grupo de trabalho. É o único ponto negativo que aponta ao ensino clínico.

A Maria confessa na sua reflexão, que se sentia muito apreensiva antes de iniciar o estágio mas que simultaneamente sentia-se curiosa e com vontade de se desenvolver pessoal e profissionalmente. Conseguiu ultrapassar essa apreensão quando percebeu que a equipa de enfermagem e de supervisão se mostrava disponível e sempre respondendo às suas interrogações e medos. Embora tivesse ficado um pouco desorientada com a saída do orientador e um início de estágio um pouco atribulado, a aluna refere que dissipou essa ansiedade quando se sentiu apoiada pelas novas supervisoras e integrada no contexto. Releva ao longo da sua reflexão a importância de se criar uma boa relação

com e entre os profissionais de saúde. Classifica essa relação de próxima, aberta, facilitadora da expressão de opiniões e sentimentos, não opressiva, colaborativa, motivadora, promotora de um desenvolvimento pessoal e profissional cada vez mais crescente. A aluna acentuou a presença constante das supervisoras ao longo do ensino assim com a riqueza de experiências técnicas e humanas que este serviço de cirurgia proporcionou. No entanto concorda com o facto de a aquisição de conhecimentos teóricos ser obrigatoriamente uma aquisição contínua e persistente. Quanto ao espírito de grupo, apesar de ser pouco coeso, na sua opinião, funcionou bem como grupo. Conclui a sua reflexão destacando a sua evolução na competência relacional e confirmando a sua pretensão em ser enfermeira para cuidar do outro nos bons e nos maus momentos da sua vida/doença.

A Sofia relata a mesma ansiedade de início de estágio e que essa ansiedade se foi dissipando quando se sentiu mais integrada nas rotinas do serviço, no espaço físico e na metodologia de trabalho. Constatou ser um serviço de grande rotatividade, com grande nível de imprevisibilidades e de rápida alteração dos planos de cuidados. Reafirma como nas reflexões anteriores, que o caminho para a aquisição de conhecimentos teórico-práticos é um caminho árduo mas necessário. Realça um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), que tem a ver com a promoção da saúde. Isto, porque considera que um dos papéis do enfermeiro é ajudar os doentes a alcançarem o máximo potencial de saúde. Acrescenta também que este papel é conseguido através de uma relação empática, terapêutica e direccionada para a promoção da autonomia ou da readaptação funcional do doente, outro enunciado descritivo dos padrões de qualidade propostos pela Ordem dos Enfermeiros (2001).

Identifica também problemas de relacionamento dentro do grupo de trabalho mas que foram sendo colmatados. Um ponto essencial referido por esta aluna e já referido por vários autores (Alarcão & Tavares, 2003; Sá-Chaves, 2009, Abreu, 2007) é o facto de o aluno de enfermagem só evoluir se conseguir mobilizar os conhecimentos teóricos adquiridos de forma a articulá-los com a prática mas tendo sempre um pensamento crítico-reflexivo sobre e na acção. A aluna relembra que enfermagem não é só cumprir prescrições médicas mas sim executar intervenções autónomas.

Finalmente, valoriza a disponibilidade e abertura das supervisoras e a relação de

inter-ajuda criada, que propiciou oportunidades de experiências e realização de técnicas. Considera que o aluno também deve ter um papel activo no processo de formação e que o investimento no conhecimento nem sempre é conseguido e isso por vários motivos. Atribui uma importância fundamental aos semanários reflexivos porque possibilitaram a exposição das dificuldades sentidas e das vitórias alcançadas e contribuíram para uma evolução pessoal e profissional.

A Karina classifica na sua reflexão o ensino clínico como oportunidades de observação e aprendizagem, onde se desfruta de novas experiências, se consolida o conhecimento, se aperfeiçoam técnicas, se aprende a trabalhar em equipa e se trabalham as relações interpessoais. Na sua opinião é no ensino clínico que o aluno se depara com situações novas e inesperadas e onde é treinado a assumir a responsabilidade das suas acções e da sua tomada de decisão. Mais acrescenta que é em contexto clínico e integrado no seio de uma equipa multidisciplinar que o aluno tem verdadeiramente a noção dos diferentes papéis do enfermeiro e que é necessário desenvolver competências para ter êxito nesses papéis. A aluna destaca o papel fundamental não só dos supervisores como da equipa de enfermagem em geral. Destaca a sua disponibilidade e paciência para com os alunos em estágio que lhe permitiram cumprir os objectivos preestabelecidos e auto-propostos. Conclui a reflexão caracterizando a experiência como promotora do seu crescimento pessoal e profissional, e confirma o seu desejo de querer “fazer parte disto”.

A Rafaela inicia a sua reflexão exprimindo o medo e ansiedade que sentia no início do estágio. Considera o serviço de cirurgia, um serviço muito exigente e principalmente a nível psicológico. Confessa a sua desorientação inicial pela afluência de informação que não conseguia assimilar. Tem noção que a sua insegurança e medo a acompanharam ao longo do ensino clínico e que condicionaram o seu desempenho. Contudo considera que teve muitas oportunidades de aprendizagem o que a fez crescer pessoal e profissionalmente mesmo precisando de mais tempo que os seus colegas para realizar as suas intervenções. Acrescenta que o facto de lhe terem sido providenciadas várias vezes as mesmas experiências fez com que exercitasse a sua destreza e adquirisse mais firmeza na sua actuação. Valorizou muito esse tipo de estratégia mas também admitiu que a falta de conhecimentos limita essa destreza e firmeza nos procedimentos e

por consequência, a aplicação de uma prática eficaz e eficiente. A aluna realça a necessidade de uma relação terapêutica de ajuda para com o doente, factor essencial segundo ela no processo de recuperação do doente. Finalmente, lamenta a falta de espírito de equipa dentro do seu grupo de trabalho, e de situações passadas com o grupo, que a desmotivaram em alguns momentos do ensino clínico e que a aluna confessa ter tido dificuldade em superar. Agradece o apoio dado pelos supervisores e pela equipa de enfermagem em geral realçando a sua paciência e vontade de ensinar.

Comparando estas seis reflexões finais, constato que todos os alunos consideram que adquirir conhecimento teórico é fundamental para o exercício de uma prática efectiva e eficiente e que o enfermeiro não se pode limitar a ser um bom técnico mas sim procurar sustentar a sua prática através do conhecimento e da reflexão sobre esse conhecimento-acção. Faria (2007) sustenta bem este pensamento quando explica que a resolução de problemas e a tomada de decisão estão dependentes de uma interacção progressiva entre teoria e prática. O modelo de supervisão reflexão-acção de Alarcão e Tavares (2003) também vem confirmar a reflexão dos alunos. Relembramos a esse propósito que a enfermagem é uma ciência com um corpo de conhecimento próprio.

Na opinião de todos os alunos (menos a Joana que não fez referência), para além de desenvolver várias competências, indispensáveis ao exercício profissional, através da experimentação de um variado leque de experiências, o ensino clínico permite o estabelecimento de uma relação de ajuda com o doente, podendo ser trabalhada e evoluir para uma relação terapêutica, desenvolvendo-se assim competências relacionais no aluno. Garrido e Simões (2007), apoiam esta opinião ao referir que o ensino clínico se assume como a melhor forma de organizar as práticas, aprendendo a executar técnicas, desenvolvendo outras competências como a relação interpessoal e de ajuda, o pensamento crítico e a capacidade para avaliar, decidir e utilizar. Dois alunos reforçaram a importância de prestar cuidados de enfermagem de qualidade baseados nos padrões de qualidade instituídos pela Ordem dos Enfermeiros (2001) e da humanização, ética e deontologia desses mesmos cuidados. Outros dois alunos realçaram a importância do pensamento crítico e reflexivo assim como da tomada de decisão e do assumir responsabilidades pelas acções. Todos foram unânimes quanto ao papel fundamental do supervisor e da supervisão no seu processo de formação. Consideraram

como essenciais, características como disponibilidade, paciência, vontade de ensinar e abertura no processo de supervisão. Sá-Chaves (2000) já tinha referido que a supervisão só faz sentido numa perspectiva de desenvolvimento humano e profissional.

Uma aluna valorizou a apresentação ao contexto e metodologias de trabalho como estratégia amenizadora da ansiedade sentida em início de estágio e valorizou o papel dos semanários como possibilitando a expressão de sentimentos e a reflexão sobre e na acção. O conceito das dinâmicas adaptativas de Vygostsky salienta a relação com o meio, caracterizando-a de relação espontânea que progressivamente através da tomada de consciência se transforma em inteligência adaptativa. Abreu (2003), acrescenta que o desenvolvimento pessoal e a aprendizagem social são facilitados pelo contacto social. O mesmo se passa com os alunos. Quando confrontados com um contexto novo, pessoas novas ou situações novas, estes têm de ter o seu tempo de adaptação e encontrar a sua forma de estar e fazer. Considerou também a participação activa do aluno no seu processo de formação. Alarcão e Roldão (2010) compartilham este pensamento da aluna quando relevam no seu processo socioconstrutivista, a importância do envolvimento pessoal (processo de auto-implicação) do aluno no processo de aprendizagem para a construção da profissionalidade. Outra aluna, através do ensino clínico, confirmou a sua vocação.

Para além da Sofia, mais duas alunas referiram ansiedade, medo e insegurança ao iniciar o ensino clínico. Daí o papel mediador e integrador da supervisão, como refere Abreu (2003, cit. em Fonseca, 2006). Na questão do espírito de grupo, todos concordaram em escrever que deve existir união no grupo quer seja em equipa de trabalho ou de estágio. Fundamentam o escrito referindo que o exercício profissional da enfermagem é na sua base um trabalho de equipa e que ainda se complementa com o trabalho de outros profissionais.

Em suma, podemos retirar tanto, das reflexões destes alunos de enfermagem como da literatura, que a supervisão tem um campo de actuação extraordinariamente vasto e diversificado no que respeita aos cuidados de enfermagem e ao ensino clínico. Combina relações, estratégias, atitudes, capacidades, funções, agentes, sujeitos e contextos, em constante transformação, (des) construção e (re)construção, com o principal objectivo de desenvolver pessoal e profissionalmente o seu supervisando e

assente nos princípios, como refere Vieira (2009), da indagação crítica, da intervenção crítica, da democraticidade, da dialogicidade, da participação e da emancipação.

Elaborar reflexões finais do ensino clínico é uma estratégia muito utilizada no ensino da enfermagem com o intuito do aluno analisar criticamente o seu percurso, o seu desenvolvimento pessoal e profissional e reflectir sobre a sua actuação, se cumpriu os objectivos propostos por ele e pelo ensino clínico e se considera que deva proceder a reajustes do seu desempenho ou da sua postura profissional. O aluno propõe na sua reflexão crítica, descrever uma prática experienciada em contexto clínico, e na qual procura o significado das suas acções e qual o contributo de tais acções para a Enfermagem. O aluno inicia assim, um processo de reflexão que ele transcreve e que lhe permitirá questionar o propósito das suas práticas, a missão da Enfermagem e eventualmente repensar determinadas práticas e atitudes. Reorganizará os cuidados, procurando alternativas às suas dificuldades de forma a obter maior controlo na sua actuação, maior poder de decisão e conseqüentemente melhor desempenho. Podemos dizer que quando um aluno de enfermagem escreve a sua reflexão crítica no final do ensino clínico, tenta reflectir sobre todas as dimensões da prática profissional (técnica, relacional, cognitiva, etc.), tenta compreendê-las e repensá-las criticamente. É muito frequente perceber nas reflexões finais que os alunos pouco ou nada entendem acerca da realidade da profissão e encontram-se muitos deles com grandes dilemas, a saber, se estão realmente no curso certo ou se é realmente a sua vocação. É com toda a certeza uma das tarefas do supervisor em clínica, face ao que lê, avaliar não só o nível de reflexão sobre e na acção mas também o espírito ou estado emocional em que é feita esta reflexão para despistar eventuais dúvidas, desequilíbrios ou “crises internas”.

Avaliação intercalar e final

Em seguida serão descritos os principais resultados da avaliação intercalar (Ai) e avaliação final (Af). Às avaliações intercalar e finais (avaliações quantitativas) foram associadas avaliações qualitativas redigidas na avaliação intercalar por mim e o orientador Cláudio, e na avaliação final por mim e pela enfermeira Beatriz. Os resultados alcançados pelos alunos no domínio da responsabilidade encontram-se registados no quadro 11

Quadro 11. Responsabilidade dos alunos no ensino clínico

	Sofia		Maria		Rafaela		Helder		Joana		Karina	
	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af
Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções	15	18	15	18	10	11	14	17	14	15	15	17
Reconhece os limites do seu papel e da sua competência	15	18	15	18	10	11	15	17	14	15	15	17
Assiduidade	15	18	15	18	14	15	15	17	14	15	15	16
Pontualidade	15	18	15	18	15	18	17	18	14	17	15	18

No domínio da prática profissional, ética e legal, os alunos foram aprendendo a responsabilizar-se pelas suas acções, reconhecendo o papel do enfermeiro e os limites da sua actuação e competência. O sentido de responsabilidade profissional é inculcado aos alunos desde o início do ensino clínico. Assumir os seus erros respondendo pelas suas acções, aceitar e interiorizar as observações da supervisora e reconhecer qual o limite do campo de actuação e competência profissional do enfermeiro são condições necessárias ao bom prosseguimento do ensino clínico. Constata-se no quadro apresentado que todos os alunos melhoraram mas com estádios diferentes. Isto traduz-se na prática na capacidade de argumentação e criticidade que cada aluno possui e na sua vontade de evoluir. Nos meus diários escrevi que “enquanto a Sofia, a Maria e a Karina aproveitaram as observações supervisivas para remodelar posições e comportamentos, a Rafaela ainda não tinha bem a noção do seu papel como enfermeira e da sua área de actuação e limite e aceitava acriticamente as decisões. Cometendo erros pelo qual já tinha sido alertada a Rafaela “arranjava desculpas para justificar a falha de planeamento das suas intervenções e desvalorizava as observações que eu lhe dava, como aconselhá-la a não perder tempo em arranjar desculpas e começar a interiorizar as falhas para tentar remediá-las” (DIÁRIO DA ISABEL).

Quanto ao Hélder, pela sua postura desembaraçada, “achava que podia ultrapassar os seus limites. Era activo demais e precisa de ir mais ponderadamente” (diário da Isabel). A Joana, talvez por já trabalhar, considerava que “era mais um trabalho e não conseguia separar o tipo de responsabilidades e o tipo de clientes” (DIÁRIO DA ISABEL).

No que respeita à assiduidade, a diferença foi marcada pelo número de faltas que

cada aluno deu neste ensino clínico e a pontualidade foi sendo debatida individualmente e pontualmente.

Quadro 12. Prática ética e legal dos alunos no ensino clínico

	Sofia		Maria		Rafaela		Helder		Joana		Karina	
	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af
Exerce de acordo com o Código Deontológico	15	18	15	18	15	16	15	17	15	16	15	16
Respeita o direito à privacidade	15	18	15	18	15	15	15	17	15	16	15	17
Respeita o direito ao consentimento informado	15	18	15	18	15	15	15	17	15	17	15	17
Respeita o sigilo profissional	15	18	15	18	15	18	15	18	15	18	15	18
Respeita crenças e valores	15	18	15	18	15	18	15	18	15	18	15	18
Respeita a autonomia do doente	15	18	15	18	14	13	15	17	15	15	15	16
Actua de acordo com a legislação aplicável	15	18	15	18	15	18	15	18	15	18	15	18

Foram sensibilizados para o compromisso e respeito de uma prática profissional de acordo com o código deontológico que respeite os valores da profissão e os direitos dos doentes. Constata-se neste quadro que a Sofia e a Maria tiveram uma evolução semelhante. No meu diário anotei que as duas alunas “envolveram-se na tomada de decisão do ponto de vista ético, procuraram rever os pressupostos do código deontológico, zelaram pelos direitos dos doentes e pela dignidade da pessoa humana, procurando uma actuação legalmente permitida. Todo este trabalho foi com certeza facilitado pelo bom relacionamento que as duas têm”. A Rafaela continuou com dificuldade, por falta de conhecimentos e por insegurança. No meu diário escrevi que “a aluna não sendo muito perspicaz no planeamento executava intervenções que não promoviam a autonomia do doente. Foi alertada para ser mais coerente e não prestar cuidados ou realizar intervenções para o qual o doente tinha plena capacidade. Questionada se esta atitude seria para compensar a dificuldade na sua gestão do tempo”. A Joana, o Helder e a Karina tiveram uma evolução progressiva e ascendente porque também procuraram colmatar as falhas no conhecimento da legislação e nos deveres deontológicos. Por experiência profissional posso acrescentar, à explicação deste quadro, que os alunos têm muita consciência do segredo profissional a que são obrigados e do direito ao consentimento informado. São princípios que lhes são inculcados ao longo de toda a sua formação inicial. E estes alunos não foram excepção à

regra, e isso independentemente da instituição de ensino de onde provêm.

Quadro 13. Prestação de cuidados dos alunos no ensino clínico

	Sofia		Maria		Rafaela		Helder		Joana		Karina	
	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af
Promove a saúde	15	18	15	18	11	11	15	16	14	14	14	15
Efectua a colheita de dados	15	18	13	18	11	11	13	16	14	13	14	14
Identifica os problemas	15	18	15	18	12	12	15	16	14	13	14	14
Planeia	15	18	15	18	12	12	15	16	14	13	14	14
Executa	15	18	15	18	12	12	15	17	14	14	14	15
Avalia	15	17	15	17	12	12	14	16	14	13	14	14
Garante a continuidade dos cuidados de enfermagem	15	18	15	17	12	12	14	16	13	13	14	15
Estabelece uma relação terapêutica com o indivíduo	15	18	15	18	12	12	15	16	14	14	16	15
Estabelece uma relação terapêutica com a família	14	18	14	18	12	12	15	16	14	14	16	15

Estes alunos assimilaram os procedimentos e os conhecimentos necessários à prestação dos cuidados e foram orientados na realização do plano de cuidados e na identificação dos diagnósticos de enfermagem associados a esse plano. No que respeita à prestação de cuidados, continuaram a destacar-se a Sofia e a Maria. Os alunos aprenderam a ver o doente numa perspectiva holística, colhendo informação sistemática e relevante acerca do seu estado de saúde, dados, que lhes permitiram formular um plano de cuidados para os doentes atribuídos. Com base nesse plano, o aluno aplicou os conhecimentos pré-adquiridos e as técnicas mais adequadas à prática, incorporando os resultados obtidos e propondo as alterações necessárias a esse plano de cuidados e em colaboração com os doentes. No meu diário de bordo anotei que “a Maria e a Sofia aceitaram bem as observações relativas à construção do plano de cuidados e conseguiram prestar cuidados de enfermagem mais ponderados e assertivos, envolvendo-se numa relação terapêutica que providenciou uma colheita de dados mais completa, possibilitando a identificação dos diagnósticos para os seus doentes, a execução pertinente de intervenções e a introdução de alterações ao plano que promovessem a autonomia dos doentes”.

O Hélder como a Maria foram alertados para a importância da colheita de dados e sua análise para o levantamento pertinente de diagnósticos de enfermagem. Daí os

resultados obtidos na avaliação final. Já a Rafaela, não estando sensibilizada com a necessidade de avaliar o doente numa fase inicial, antes de programar os cuidados, teve mais dificuldade em interpretar a informação, estabelecer e gerir o seu planeamento. Do mesmo modo, a falta de conhecimentos condicionou o seu planeamento e actuação.

A Karina teve um desempenho regular, apenas demonstrando uma pequena quebra na relação terapêutica, mas mais no sentido de integrar a família aos cuidados, motivando-os na recuperação dos seus familiares ou no seu acompanhamento, não esquecendo que “os familiares, a pessoa significativa para o doente é um importante recurso a ter em consideração e a utilizar para o cuidar” (DIÁRIO DA ISABEL).

A Joana teve um retrocesso (também devido às faltas), mantendo dificuldades no planeamento e na organização dos cuidados, fazendo com que o seu rendimento não fosse constante e o cansaço se revelasse. “a Joana, perdia muito tempo em justificações que em nada validavam os erros, menos reflexiva e distraída...incoerente por vezes...com falta de conhecimentos para propor um plano fidedigno e ajustado às necessidades dos doentes” (DIÁRIO DA ISABEL).

A Sofia avalia a sua relação terapêutica com o doente como “a melhorar a cada dia que passa soltando-me mais”, e o seu desempenho no estágio referindo que “cresci muito neste estágio não só a nível de práticas de enfermagem como a nível pessoal” (DIÁRIO DA ISABEL).

Quadro 14. Gestão de cuidados dos alunos no ensino clínico

	Sofia		Maria		Rafaela		Helder		Joana		Karina	
	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af
Garante e mantém um ambiente seguro	15	18	15	18	14	11	15	17	14	14	14	15
Gere o tempo adequadamente	15	18	15	18	11	11	15	17	14	14	14	15
Integra-se na equipa de saúde	15	18	15	18	14	11	15	17	13	13	14	15
Contribui para o trabalho em equipa	15	18	15	18	14	11	15	17	13	13	14	15
Estabelece relações inter profissionais construtivas	15	18	15	18	11	11	15	17	13	13	14	15
Utiliza os recursos de materiais adequadamente	15	18	15	17	11	11	15	17	14	14	14	15

Desenvolveram a relação terapêutica com o utente/família e aprenderam a integrar-se e a trabalhar numa equipa multidisciplinar identificando, valorizando e

respeitando o papel de cada elemento dessa equipa. Aprenderam a monitorizar e gerir o tempo da sua actuação garantindo a execução dos cuidados em tempo útil e de forma a não perturbar a dinâmica do serviço e as prioridades estabelecidas por eles. A gestão dos cuidados traduz-se na garantia de um ambiente de cuidados seguro, avaliando-se os riscos reais e potenciais, gerindo-se adequadamente o tempo de prestação e os recursos de materiais e respeitando-se os procedimentos de controlo de infecção. Englobe-se também a aprendizagem de um trabalho interprofissional numa relação construtiva e colaborativa e baseada numa tomada de decisão conjunta.

Neste quadro, constatamos que a Sofia, a Maria e o Hélder, evoluíram favoravelmente no desenvolvimento das competências necessárias à gestão dos cuidados, a Karina teve uma evolução discreta e a Joana “estagnou”. A Rafaela continuou com muitas dificuldades porque “ a Rafaela não conseguiu libertar-se da ansiedade e do medo pelo qual já tinha sido alertada... precisou sempre de mais apoio e presença...sentiu-se pressionada... lenta e pouco decidida... monopolizou o material...atrapalhada, mantendo trémulos das mãos... sem espírito de grupo... pouco atenta às normas de segurança...” (DIÁRIO DA ISABEL).

Quadro 15. Desenvolvimento profissional dos alunos no ensino clínico

	Sofia		Maria		Rafaela		Helder		Joana		Karina	
	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af
Demonstra conhecimentos teóricos	15	17	13	14	10	11	13	15	14	13	14	13
Aplica conhecimentos na prática	15	18	15	16	10	11	14	16	14	13	14	14
Manifesta interesse pela aquisição de novos conhecimentos	15	18	13	15	9	11	13	15	14	13	14	14
Demonstra iniciativa e criatividade	15	18	15	16	9	11	14	15	14	13	14	14
Demonstra capacidade de análise e reflexão	15	18	15	16	9	10	15	15	13	13	14	14
Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem	15	18	15	16	9	11	15	16	14	14	14	15
Promove a qualidade dos cuidados prestados	15	18	15	16	10	11	15	15	13	14	14	15
Demonstra capacidade na comunicação oral	15	18	15	16	11	12	16	16	11	11	16	15
Demonstra capacidade na comunicação escrita	15	19	15	16	10	11	15	16	13	13	14	14

Estes alunos desenvolveram-se a nível profissional na procura de novo conhecimento teórico que sustentasse uma prática crítica e reflexiva e que promovesse a imagem profissional e a qualidade dos cuidados. Desenvolveram competências para melhorar os registos escritos e a transmissão oral da informação, seleccionando e relevando os dados essenciais à compreensão da condição do doente. Desenvolveram uma atitude profissional para o questionamento, para a aceitação das dificuldades e das observações supervisivas e uma atitude participativa e reflexiva no processo de avaliação.

O desenvolvimento profissional passa obrigatoriamente pela aquisição do conhecimento científico da profissão. Não há conhecimento sem prática, mas também não existe uma prática que não seja sustentada pelo conhecimento. Constatámos neste quadro que o conhecimento que os alunos demonstraram não teve uma evolução notória entre a avaliação inicial e a avaliação final como era pretendido. Assim como no caso da Karina e da Joana houve um retrocesso: “alguns alunos ficaram aquém das expectativas no que respeita ao investimento feito na demonstração e aquisição de conhecimento. Reflectiu-se na prática e nos registos escritos” (DIÁRIO DA ISABEL). Já a Maria, quando questionada sobre a técnica de algaliação respondeu “correu bem melhor que a primeira... todos temos capacidades para realizar as técnicas na perfeição”. Já respeitante ao conhecimento teórico diz “na parte teórica falhei... não aproveitei as oportunidades que as orientadoras me deram... o puxão de orelhas que as orientadoras me deram servirá para um próximo estágio”.

A demonstração de iniciativa e criatividade ficou condicionada pelo cansaço que alguns alunos apresentaram, e pelo facto de quanto mais o ensino clínico avançava maior eram as exigências. A capacidade analítica e reflexiva esteve presente de forma constante em todos os alunos e linear no Hélder, na Joana e na Karina. A Rafaela disse a propósito da colocação de um cateter venoso central “foi bastante enriquecedor... é sempre bom aprender coisas novas”, e em relação a técnica de algaliação acrescentou “estava muito ansiosa, pensava que era difícil pelo que li do procedimento, mas na prática... é muito mais fácil, o complicado é manter assepsia... para a próxima irá correr melhor, com a prática vou evoluindo”. O Hélder comentou durante um procedimento “cometi um erro... não sei explicar porquê... provavelmente por

distracção... estou a tentar encontrar respostas para saber como me foi acontecer tal coisa... experienciei coisas boas e outras más, mas todas muito construtivas para o meu futuro... saí desta semana melhor enfermeiro... uma pessoa aprende com os erros... e aprendo com os meus”. Quanto à Joana avalia a sua prestação quando interrogada em várias ocasiões como “um leque enriquecedor de conhecimentos e uma realização pessoal gratificante e uma realização plena de um vasto conjunto de objectivos que sinceramente não esperava”.

No registo escrito da informação e na sua transmissão oral, os alunos melhoraram na medida em que iam aperfeiçoando todos os parâmetros referenciados em toda a grelha de avaliação. A documentação dos cuidados de enfermagem depende sempre da pertinência da avaliação inicial feita ao doente, do planeamento ajustado das intervenções e da relevância dos diagnósticos de enfermagem levantados. Quanto mais completo o processo de enfermagem for, mais ricos se tornam os registos de enfermagem.

Discussão. Na preparação do ensino clínico, todo o aluno tem conhecimento da grelha de avaliação instituída e dos objectivos a que devem responder, com o intuito de se familiarizarem com os critérios de avaliação e de certa forma contribuir para que amenize o estado de ansiedade que a avaliação provoca neles. Vieira (1993) refere que se o supervisor e o supervisionado tiverem discutido e explicado previamente todos os procedimentos da avaliação, esta contribuirá certamente para o desenvolvimento pessoal e profissional do supervisionado. Em enfermagem posso dizer que o mesmo se aplica. Efectivamente se todos os domínios e competências que constam na grelha de avaliação são previamente ou até durante o ensino clínico, explicados e discutidos com o aluno, este tem a possibilidade de direccionar e construir o seu desempenho atendendo aos critérios de avaliação. Co-responsabiliza-se no processo de avaliação. Digamos que, ao mesmo tempo que o aluno assume esse compromisso também não lhe é dada a possibilidade de, posteriormente, reclamar de que não foi informado do que se pretendia que ele demonstrasse e desenvolvesse no ensino clínico.

O facto de se propor uma avaliação intercalar a meio do estágio e uma avaliação final no término do estágio, possibilita ao supervisor analisar passo a passo o

desempenho de cada aluno, fazer os reajustes necessários ou motivar o aluno para o desenvolvimento de outras competências num estágio mais avançado. Alarcão e Tavares (2003) consideram de facto que a síntese da avaliação é o resultado de uma análise pormenorizada do percurso do supervisionado. Acrescentam que esta análise poderá perspectivar que tipo de profissional se está a construir. No entanto como vários autores (Alarcão & Tavares, 2003; Fonseca, 2006; Sá-Chaves, 2009) o referenciam, a avaliação também depende muito da subjectividade do supervisor. Assim considero que quanto mais longa for a experiência do supervisor em supervisão das práticas clínicas, mais fidedigna, objectiva e perspicaz será a avaliação.

Outro aspecto relevante e que o avaliador deve ter em consideração é, em que circunstâncias ou contexto se desenrolou a acção. Isto porque não nos podemos esquecer que o contexto clínico é um contexto altamente ansiogénico e que o aluno nem sempre tem a mesma capacidade de resposta independentemente de já ter experienciado a situação do momento. Alarcão e Tavares (2005) ilustram bem esta opinião ao considerar que ao julgar, o contexto em que os acontecimentos ocorrem é importante assim como as percepções dos participantes a esses mesmos acontecimentos. A pouco, referíamos a perspicácia e experiência do supervisor, elas são de facto importante porque permite despistar a “manipulação” da avaliação e de comportamentos fingidos por parte dos alunos. Ao conhecer os critérios de avaliação, o aluno pode cingir-se apenas ao cumprimento dos referidos critérios e “empenhar-se” na sua consecução. Alarcão e Tavares (2003) constatarem efectivamente que a classificação final subjacente ao processo de avaliação, nem sempre permite de todo, um desempenho “honesto e livre”. O agir profissional é condicionado ou enviesado. Em Enfermagem, quando a supervisão tem um carácter autoritário, hierárquico (Vieira, 2009), o aluno acaba por ter medo de se “arriscar” e acaba por seguir o “padronizado” e deixar de parte a sua criatividade e singularidade. Não há auto-implicação do aluno no processo de avaliação, o que não conduzirá de forma alguma à sua autonomia e emancipação (Vieira, 2009). Como podemos constatar com base na literatura e na minha vivência supervisiva, o “fantasma” da avaliação paira irremediavelmente por cima dos alunos em todo o processo de formação. Pode ser mais ou menos atenuado consoante as atitudes e os métodos supervisivos ou até mesmo pela maneira que o supervisor encara a supervisão

ou pelas suas próprias características. Do meu ponto de vista e na maioria da literatura, a relação que se estabelece em todo e qualquer processo supervisivo é de extrema importância para o envolvimento e implicação de todos os intervenientes. Os erros de uma avaliação poderão ser minimizados se, no início do processo supervisivo, se reúnem condições relacionais entre supervisor e supervisionado, construídas numa base de entreajuda saudável, honesta, cordial e empática. Neste sentido, o que também se pode retirar de todos estes argumentos é que a avaliação não é apenas a do supervisionado mas estende-se logicamente ao supervisor. A esse propósito relembro Fonseca (2006) que cito na secção 4.3.3, quando refere que “avaliar e auto-avaliar é um processo complexo, com maior ou menor grau de subjectividade, que carece de uma interacção intra e interpessoal capaz de tornar possível emitir um juízo sobre o resultado obtido” (p. 113).

Retiro com esta minha experiência com os alunos de enfermagem em estágio que a supervisão das práticas clínicas exigiu de mim como orientadora que exercia tais funções, o desenvolvimento de competências que me foram essenciais na execução de uma prática supervisiva crítica, segura, sincera e justa. Essas competências foram de ordem: formativas “estimulando o aluno para uma aprendizagem contínua ao longo do ensino, identificando as suas necessidades de formação e mobilizando os saberes adquiridos e possibilitando a assimilação de novos saberes e novas experiências” (DIÁRIO DA ISABEL); integrativas “integrando o aluno no espaço físico, na orgânica do serviço, apoiando-o na gestão de recursos de materiais, transmitindo-lhe o meu saber experiencial, o sentido de responsabilidade inerente à profissão e integrando-o ao processo de cuidar...colocando-o na realidade da enfermagem” (DIÁRIO DA ISABEL); analíticas e reflexivas “avaliando o desempenho do aluno criteriosamente e honestamente, auto-avaliando-me como enfermeira e supervisora, aprendendo de forma contínua, reflectindo na e sobre a prática e responsabilizando-me pelas minhas acções supervisivas e pela minha prática profissional” (DIÁRIO DA ISABEL); comunicacionais “estabelecendo relação pedagógica, de confiança, tendo uma comunicação assertiva, e gerindo as minhas emoções, transmitindo tranquilidade e sustentabilidade do meu conhecimento da enfermagem” (DIÁRIO DA ISABEL) e técnicas “mobilizando e flexibilizando o uso das estratégias de supervisão e adequando os modelos supervisivos e os instrumentos de avaliação aos alunos que eu supervisava,

implicando-os nesses processos” (DIÁRIO DA ISABEL). Retiro também da minha experiência supervisiva que é com alguma frequência que, através deste processo reflexivo/supervisivo, o aluno de enfermagem chegue a conclusão que não é bem o que procura, que não se revê nesta profissão, e que à semelhança do que se passa nos outros cursos, o aluno ingressou no curso de enfermagem porque não tinha outra opção ou porque foi influenciado.

5.2.2 Níveis de reflexão nuclear dos estagiários no final do ensino clínico

Dos seis alunos entrevistados apenas uma não participou na entrevista. Dos cinco alunos entrevistados, quatro revelaram que o primeiro contacto com o contexto de estágio foi realizado com grande apreensão (Tabela 1).

Tabela 1. Primeiro contacto com o contexto de estágio

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Agitado				✓		1
Assustador				✓		1
Apreensivo	✓	✓	✓		✓	4
Uma novidade			✓			1
Diferente		✓	✓	✓		3

Efectivamente a Maria expressou na sua entrevista que “o primeiro contacto não foi assustador mas foi feito com receio que ao longo do tempo passou”. Já a Sofia revelou que “no inicio senti medo, aquela angústia, mas depois de conhecer o serviço, fiquei menos renitente e ultrapassei esse medo”. O Hélder sentiu-se “muito nervoso” enquanto a Karina sentiu “o nervosismo normal”. No entanto os dois acrescentaram não terem sentido “dificuldade maior” (Karina) mas sim “vontade de trabalhar, de aprender e de viver esta experiência” (Hélder). Três alunos entrevistados consideraram o primeiro contacto com o contexto de estágio como sendo um contacto diferente. Isto porque vinham de realidades diferentes, pelos estágios anteriores em cuidados continuados ou cuidados de saúde primários. Assim a Maria referiu na sua entrevista que “nunca tinha tido um contacto hospitalar”, a Joana disse que “era um serviço diferente, grande, muito agitado e com muita gente”. Já o Hélder revelou que “foi um contacto completamente

diferente do normal porque estava habituado a sala de aula e deparar-me mesmo com o trabalho em si é bastante bom”. Finalmente dois alunos também consideraram esse primeiro contacto como sendo um misto de assustador e agitado pela “sua correria” (Joaquina) e uma novidade pelo que explica Hélder ao referir que “foi uma coisa nova, no secundário nunca tive oportunidade de estagiar e acho que foi o fomentar do que aprendemos... é essencial e foi uma experiência nova”.

Todos os alunos entrevistados foram unânimes ao referir que a visita ao serviço no início do estágio contribuiu para que conhecessem a estrutura do serviço, identificassem a localização do material e do equipamento e a localização das áreas estratégicas do serviço como a farmácia, a sala de tratamento, as zonas de limpo/sujo, a arrecadação, os gabinetes médico, de enfermagem e da secretária de unidade e a copa (Tabela 2).

Tabela 2. Contributo da visita ao serviço no início do estágio para a adaptação ao contexto de estágio

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Localização do material e equipamento	✓	✓	✓	✓	✓	5
Estrutura do serviço	✓	✓	✓	✓	✓	5
Localização das áreas estratégicas (farmácia, sala de tratamentos, zonas de limpo/sujo, arrecadação, gabinetes médico, de enfermagem e da secretária de unidade e copa)	✓	✓	✓	✓	✓	5
Percepção do ambiente hospitalar			✓			1
Composição/papéis das equipas		✓				1
Percepção da orgânica/dinâmica do serviço		✓	✓		✓	3
Amenizar a ansiedade subjacente ao início de estágio			✓			1

Assim o Hélder considerou que “ao visitar, já nos punham mais à vontade com o serviço, mostravam-nos os sítios das coisas... já tínhamos uns sinais de onde ficavam... já ficávamos mais descontraídos”. A Joana referiu que “foram explicando a estrutura dos quartos, a farmácia, a sala de tratamentos, onde ficava o material e as outras coisas”. A Sofia considerou que a visita ao serviço contribuiu sem dúvida à adaptação ao contexto referindo que “foi-nos apresentado o serviço passo a passo... os sítios das coisas... as ideias principais ficaram na mente”. Três alunos também consideraram que a visita inicial ao serviço permitiu ter alguma percepção da orgânica e da dinâmica da unidade de internamento. A Karina explicou que “tivemos assim uma ideia geral de

como funcionava o serviço e as rotinas” enquanto a Maria reconheceu que “começamos a conhecer o funcionamento do serviço, a autonomia de cada equipa, o que fazia a equipa de enfermagem, a equipa médica e de auxiliares”. Finalmente alguns alunos, de uma forma geral, consideraram que a visita inicial ao serviço, deu-lhes a perceber qual o ambiente hospitalar, a composição/papéis de cada equipa de profissionais e que de certa forma contribuiu para amenizar a ansiedade subjacente a um início de estágio.

Numa primeira abordagem ao doente, todos os alunos concordaram que deve ser realizada a avaliação do estado geral do doente assim como a avaliação das suas capacidades psico-motoras para os cuidados de higiene e conforto (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização do primeiro doente para a planificação dos cuidados de enfermagem

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Falar com o doente antes de prestar os cuidados de enfermagem	✓	✓				2
Identificação do diagnóstico e antecedentes médicos	✓	✓	✓	✓		4
Avaliar o estado geral do doente	✓	✓	✓	✓	✓	5
Identificar o tipo de intervenção cirúrgica					✓	1
Avaliar capacidades psico-motoras do doente para os cuidados de higiene e conforto	✓	✓	✓	✓	✓	5
Atender às preferências/solicitações do doente para os cuidados de higiene e conforto		✓		✓	✓	3
Contrariar com fundamentação as preferências/solicitações do doente para os cuidados de higiene e conforto					✓	1

Para ilustrar estes dois critérios de avaliação, proponho os seguintes excertos de entrevistas:

Fiz a sua avaliação, idade, tipo de cirurgia...tirei a minha primeira impressão dela... estava muito queixosa... era muito apelativa... era uma doente que podia ajudar mais nos posicionamentos e não ajudava... foi giro porque tive logo uma primeira doente assim exigente fisicamente...não facilitava naquilo em que obrigasse da parte dela algum esforço (Karina).

Vi qual o seu estado geral, avaliei quais as suas condições para o banho... vi se tomou o pequeno almoço e parti para os cuidados (Joana).

Quatro alunos consideraram que é importante ter previamente o conhecimento do diagnóstico e antecedentes médicos como a Sofia que referiu: “vi qual era a patologia, os motivos pelo qual estava ali, os seus antecedentes para depois poder

trabalhar com ele” e três alunos atenderam às preferências/solicitações do doente para os cuidados de higiene e conforto. A Maria referiu a esse propósito: “tentei construir um plano de cuidados adaptado ao tipo de cuidados que ele necessitava e conseguindo haver uma ligação entre ambos para trabalhar com essa pessoa”. Dois alunos falaram com o doente antes de prestar os cuidados de enfermagem. A Sofia disse “falei com o doente inicialmente, ouvi-o e só depois prestei os cuidados” e a Maria referiu:

Tentei aproximar-me dele, criar um elo de ligação para que tanto ele como eu nos sentíssemos à vontade... não aparecer renitência em ser tratado por uma aluna... adaptar-me ao doente e ele a mim... não é fácil lidar com eles quando não nos querem. Devemos tentar fazer alguma coisa com eles e estimulá-los...dar-nos a conhecer, demonstrar tranquilidade e não medo. Às vezes temos de nos pôr no papel do outro.

Outros dois alunos identificaram o tipo de intervenção cirúrgica e contrariaram com fundamentação as preferências/solicitações do doente para os cuidados de higiene e conforto como a Karina que revelou: ”tive de lhe explicar que fisicamente ela era mais pesada do que eu e que eu precisava que ela me auxiliasse...depois de lhe explicar, ela fazia um certo esforço, mínimo, mas lá fazia um pouco mais”.

Quatro dos alunos entrevistados avaliaram positivamente a sua integração na equipa de enfermagem realçando a sua disponibilidade, o sentimento de à vontade que sentiram quando colocavam questões e o facto de lhes serem esclarecidas as dúvidas (Tabela 4).

Tabela 4. Percepção da integração na equipa de enfermagem

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Bom acolhimento		✓	✓			2
Sentimento de à vontade na colocação de questões/ Esclarecimento das dúvidas	✓	✓	✓	✓		4
Incentivo para a procura de novo conhecimento				✓		1
Disponibilidade	✓	✓	✓	✓		4
Humildade				✓		1
Presença efectiva na prestação dos cuidados de enfermagem/ Apoio na execução das intervenções	✓	✓	✓	✓		4
Difícil por renitência/ falta de confiança por parte dos profissionais/ Diferença de estatutos (alunos de enfermagem/enfermeiros) /progressivo					✓	1

Os alunos constataram a presença efectiva dos enfermeiros no momento da prestação dos cuidados de enfermagem com o respectivo apoio na execução das

intervenções. Os seguintes excertos das entrevistas ilustram essa percepção dos alunos inquiridos:

A equipa de enfermagem esteve sempre bem, acolheu-nos muito bem e sempre que questionava ou precisava de alguma coisa ou tivesse dúvida sempre me ajudou e demonstrou disponibilidade (Maria).

Senti apoio por parte da equipa de enfermagem, senti que qualquer questão que colocasse, eles tinham vontade de nos responder ou esclarecer melhor com palavras deles. Senti que estava sempre alguém do meu lado mesmo que não fosse orientador. Qualquer pessoa do serviço, qualquer enfermeiro me ajudava (Sofia).

Acho que o à vontade de todos os enfermeiros do serviço, o estar sempre prontos para ajudar foi essencial (Hélder).

A equipa de enfermagem era muito boa... respondiam sempre ao que se perguntava, indicavam-nos o local dos materiais, esclareciam dúvidas (Joana).

Outros alunos, de uma forma geral, relevaram o bom acolhimento por parte dos enfermeiros, o seu incentivo para a procura de novo conhecimento como a Joana quando referiu que “nos mandavam pesquisar” e a sua humildade. A Karina focou um ponto interessante e não tão invulgar quanto isso, pela minha experiência supervisiva. Ela referiu que a sua integração foi progressiva, difícil em alguns aspectos porque alguns enfermeiros não confiavam ainda nas suas capacidades e na sua prestação e que para ela é evidente que os estatutos são diferentes. Isto porque eles são os alunos e os enfermeiros, os profissionais. Na sua entrevista ela confirmou a sua integração na equipa de enfermagem mas “foi progressivo porque nós não conhecíamos ninguém e as pessoas também não nos conheciam. Depois, não vamos num contexto de colegas mas sim de alunos, e as pessoas, primeiro têm de ver até que ponto podem ou não confiar naquilo que vamos fazer. Não senti no entanto da parte de ninguém, resistência à nossa presença ou não nos querer ensinar”.

Todos os alunos inquiridos consideraram que o tipo de personalidade, as características e capacidades que cada um possui são elementos facilitadores na interacção e adaptação no grupo (Tabela 5).

Tabela 5. Percepção da integração no grupo de estágio

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Situações conflituosas/problemáticas/ Existência de subgrupos		✓		✓	✓	3
Trabalho em equipa efectivo	✓	✓	✓			3
Conflito de interesses/objectivos	✓			✓		2
Influência/consequência de um co-relacionamento já existente na turma ou a falta dele.	✓		✓		✓	3
Capacidades/personalidades/características pessoais de adaptação/interacção no grupo	✓	✓	✓	✓	✓	5

A Karina reportou na sua entrevista:

Apesar de pertencermos à mesma turma, somos oitenta e nove, neste estágio eram pessoas com as quais não tinha grande convivência e falava o básico. Havia um grupo de quatro que se relacionava e, eu e outra colega, não tínhamos relacionamento com eles. Mas como não tenho um feitio muito difícil, não foi complicado a gente interagir.

Apontou, assim, também a existência de subgrupos como foi referido igualmente pela Maria e a Joana. Já a Sofia confessou que se sentia integrada “com alguns, porque é um grupo de trabalho onde funcionam seis pessoas com personalidades diferentes e objectivos diferentes. Torna-se complicado uma pessoa se integrar totalmente. Com a maior parte dos colegas integrei-me, já os conhecia... outros... aprendi a trabalhar com eles e gostei e outros conhecia e acabei por desconhecer”. Na opinião da Joana “...até senti embora nós não trabalhássemos muito em equipa. Mas eu sou uma pessoa que se relaciona facilmente e retirando algumas situações, acho que sim. O trabalho em equipa não funcionou... todos queriam fazer o que é seu... uma queria sempre fazer primeiro e depois os outros”. A confirmar o precedente, três alunos eram de opinião que o trabalho em equipa era efectivo e que o facto de se conhecerem ou não tinha implicações e consequências nessa integração ao grupo e no aparecimento de situações conflituosas e problemáticas. Por exemplo, o Hélder referiu que “também me senti bem com o grupo todo... até nos ajudávamos bastante uns aos outros, tentámos sempre... alguns já conhecia... outras era a primeira vez que estagiava com elas... até nos dávamos bem. Por isso foi fácil”, e a Marta expressou “no geral, senti... houve interacção quando precisávamos de trabalhar em equipa... acho que conseguimos”.

Releva-se nesta tabela, que a integração ao grupo e o reconhecimento de cada membro desse grupo e do grupo em si, dependem das personalidades que o compõe. Umhas mais fincadas, mais maduras, contrastando com personalidades mais jovens, mais despreocupadas.

Como podemos constatar na tabela 6, são diversas as impressões positivas provocadas pelo contexto de trabalho.

Tabela 6. Impressões mais positivas no contexto de trabalho

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Diversidade de patologias			✓	✓		2
Incentivo ao estudo/procura de mais conhecimentos/ Articulação da teoria à prática			✓	✓	✓	3
Diversidade de procedimentos cirúrgicos/ Assistir às cirurgias no bloco operatório	✓			✓		2
Elo de ligação presente com os Centros de Saúde no acompanhamento pós-alta				✓		1
Ser a supervisora, uma enfermeira do serviço					✓	1
Impacto dos cuidados de enfermagem na evolução do estado de saúde do doente		✓				1

Na sua maioria, os alunos concluíram que este estágio foi um incentivo ao estudo e à procura de mais conhecimento pela diversidade de patologias e procedimentos cirúrgicos e pela possibilidade de articular efectivamente a teoria à prática e vis versa. A Karina foi uma das alunas que referiu: “aprendi imenso. Há muita coisa na teoria que não tem nada a ver ...com a prática... é que compreendo de facto”. A Joana explicou que “foi realmente a diversidade de patologias... muitas delas eram tão fáceis... muito interessantes... aquela constante entrada e saída de doentes, ao contrário de alguns serviços onde permanecem mais tempo, dá outra dinâmica de procura de conhecimentos”. A Sofia relatou a sua experiência no bloco operatório dizendo “a cirurgia a qual fui assistir me impressionou bastante... assisti a algumas técnicas que eu pensei não assistir neste estágio... foi até hoje a melhor experiência”. O Hélder reafirmou ”noutros contextos tem patologias menos graves e lá tínhamos patologias bastante graves e complicadas, e isto fazia com que eu estudasse... fosse para casa pesquisar e isto contribuiu positivamente.

A Joana ainda acrescentou como impressão positiva deste estágio, o facto de com alguns doentes ou através de algumas situações, lembrar as experiências de estágios anteriores, nomeadamente em cuidados de saúde primários, e relacioná-las com

as actuais de forma a melhor compreender o tipo de intervenção cirúrgica ou tratamento a que esses doentes tinham sido submetidos. Isto porque a experiência de bloco operatório que lhes é proporcionada permite fazer essa ponte entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados. A esse propósito, ela referiu "hoje percebo o quanto é comum retirar a vesícula...relembrei os doentes dos centros de saúde quando iam realizar pensos e reconhecer e perceber o tipo de sutura...porque neste estágio assisti realmente a este tipo de técnica cirúrgica".

Outro ponto interessante recolhido pela Maria e que a marcou positivamente foi o facto de perceber qual o impacto dos cuidados de enfermagem na evolução do estado de saúde do doente. A aluna exprimiu que, o que a impressionou mais foi "o ver evoluir das situações. Passar de doente para uma pessoa sã...é muito gratificante para o papel do enfermeiro...consegue ver o desenvolver da pessoa e o tornar-se diferente de como chegou". Nem sempre, e falo pela minha experiência supervisiva, todos os alunos têm a precisa noção de que o exercício profissional dos enfermeiros se insere num contexto de actuação multiprofissional e que significa prestar cuidados de enfermagem diferenciados, de qualidade e para pessoas diferentes. O que exige um alto nível de sensibilidade nesses cuidados para lidar com todo o tipo de situações que derivam dessas diferenças.

Outro aspecto reconhecido positivo pela Karina, foi o facto de a supervisora ser uma enfermeira do serviço onde estava a exercer funções supervisivas. Relembrou o que aconteceu com a mudança de orientador e explicou que "o facto de não pertencer ao serviço o limitava um bocado...também estava à nora na procura do material e da medicação...com as enfermeiras do serviço já foi diferente, aprendemos... mais...era outro à vontade... que as enfermeiras tinham e que o outro orientador não tinha".

Duas alunas entrevistadas não apontaram nenhum aspecto francamente negativo (Tabela 7).

Tabela 7. Impressões mais negativas no contexto de trabalho

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
O processo de morte/ Envolvimento emocional		✓				1
Problemas relacionados com o grupo	✓					1
Nenhuma				✓	✓	2
Condição de saúde do doente/exposição da sua debilidade			✓			1

A Marta expressou o seu medo pelos processos de morte referindo que “como alunos ainda não sabemos separar a parte emocional, damos-nos, se calhar, mais a conhecer ao doente, e no fim se acontece alguma coisa menos positiva, sofremos mais e ficamos mais sentidos”. A Sofia, ficou marcada negativamente pelos problemas que foram surgindo no grupo de estágio, enquanto ao Hélder apontou a condição de saúde do doente e a exposição do seu estado débil como uma impressão negativa.

As estratégias utilizadas pelos alunos todos para estabelecer as prioridades no cuidar a vários doentes incidiram essencialmente no grau de dependência desses doentes e no grau de complexidade dos cuidados a prestar (Tabela 8).

Tabela 8. Estratégias utilizadas para estabelecer prioridades no cuidar de mais do que um doente

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Atender ao grau de dependência do doente	✓	✓	✓	✓	✓	5
Atender ao grau de complexidade dos cuidados	✓	✓	✓	✓	✓	5
Respeito pela individualização dos cuidados a cada doente	✓					1
Disponibilidade dos recursos humanos ou materiais		✓				1

Assim, o Hélder referiu: “tentei sempre ir primeiro aos mais necessitados...que precisavam de mais cuidados... de ajuda no banho... que tinham um grau de dependência mais elevado, e logo a seguir ir aos mais independentes”. A Sofia, para além de também respeitar o grau de dependência dos seus doentes e o grau de complexidade dos cuidados a prestar, realçou o respeito pela individualização dos cuidados: “começava nos que eu podia dar alguma assistência e para o fim os doentes que exigiam mais cuidados... nunca misturava os cuidados aos doentes... quando estava com o doente, estava com o doente”. Já a Karina acrescentou: “orientava aqueles que eram independentes nas suas higiene e depois ia tratar dos que estavam acamados e precisavam de ajuda”. O que sobressai nesta avaliação dos alunos para iniciar os cuidados a mais do que um doente é o respeito pelo grau de dependência, no sentido de serem orientados primeiro os doentes independentes, que apenas precisam de supervisão e depois os doentes mais dependentes deixando por último os doentes totalmente dependentes. Também a Maria, para além de obedecer aos dois primeiros critérios da tabela, colocou ênfase no facto de ter de se verificar a disponibilidade dos recursos

humanos e materiais do serviço antes de iniciar os cuidados.

Retira-se da tabela 9, que todos os alunos recolheram a informação necessária à prestação de cuidados através do doente.

Tabela 9. Tipo de colheita de dados para a identificação dos diagnósticos de enfermagem

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Modelo de avaliação inicial instituída no serviço	✓	✓			✓	3
Dados recolhidos através da informação dada pelo doente	✓	✓	✓	✓	✓	5
Dados recolhidos através da informação dada pela família		✓		✓	✓	3
Dados fornecidos através da avaliação hemodinâmica/da avaliação das suas capacidades cognitivas e motoras	✓				✓	2
Dados fornecidos através da passagem de turno					✓	1
Dados fornecidos através da consulta do processo clínico				✓	✓	2
Dados fornecidos através da consulta do processo de enfermagem			✓			1

Outra fonte utilizada é o recurso à família do doente ou o recurso ao modelo de avaliação inicial em vigor no serviço. A Karina contou que “fazia a minha própria avaliação falando com o doente e com a família. Podia preencher a folha de avaliação inicial utilizada no serviço ...e elaborar o processo de enfermagem”.

A Marta partilhou a opinião da Karina referindo que “seguiu a avaliação inicial do serviço, apresentava-me ao doente, questionava-o sobre os dados importantes. O doente e família eram as principais fontes de informação”. À colheita de dados inicial dois alunos acrescentaram a importância de registar os valores hemodinâmicos, uma aluna referiu aproveitar a informação recolhida através da passagem do turno da noite para o turno da manhã e finalmente outras fontes de informação como o processo clínico e o processo de enfermagem também foram referenciados como necessários a uma boa colheita de dados. O Hélder era um desses alunos e referiu: “ia ver quais as intervenções escolhidas pelos enfermeiros e tentava depois em casa pesquisar... e ver o que mais podia fazer.

Durante a entrevista de Joana, esta referiu um aspecto essencial à prática profissional e que tem a ver com as competências do enfermeiro do ponto de vista ético. Efectivamente a aluna contou que “via o processo, falava com a família embora tivesse sempre o receio de dizer mais do que devia e dar informações que eles desconheciam.

Não tínhamos esse direito. Falava com o doente mas sem ir ao pormenor... quando faço a colheita de dados procuro sempre não dar informação mas sim saber aquilo que o doente sabe, receber o máximo possível mas sem entrar muito por dentro”. Segundo me recorde da minha experiência supervisiva, este respeito pela confidencialidade e a segurança da informação, quer seja ela escrita ou oral, é sempre um aspecto pelo qual os alunos zelam com grande cuidado e profissionalismo. No caso da elaboração dos semanários, das reflexões e dos estudos de caso, qualquer aluno sabe que a informação que colhe do seu doente não deve “sair as portas do hospital” e neste sentido têm sempre o cuidado em recortar ou apagar a identificação dos documentos legais dos doentes constando nos processos clínicos ou de enfermagem.

No ensino clínico de enfermagem, no curso de licenciatura, todos os alunos, no meu entender e pela minha experiência profissional, estão muito envolvidos na procura da satisfação do doente, na procura da promoção da sua saúde e na procura do seu bem-estar e autocuidado. A tabela 10 vem confirmar aquilo que a minha experiência me ditou.

Tabela 10. Dificuldades sentidas na aplicação da prática segundo os padrões de qualidade instituídos pela Ordem dos Enfermeiros

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Dificuldades sentidas na procura da satisfação do doente	✓	✓	✓	✓	✓	5
Dificuldades sentidas na promoção da saúde do doente	✓	✓	✓	✓	✓	5
Dificuldades sentidas na prevenção de complicações				✓		1
Dificuldades sentidas na procura do bem-estar e autocuidado do doente	✓	✓	✓	✓	✓	5
Dificuldades sentidas na procura da readaptação funcional do doente	✓					1
Dificuldades sentidas na organização dos cuidados de enfermagem						0

A preocupação do Hélder segundo o que disse na entrevista era ”tentar sempre o bem-estar do doente e depois proporcionar com que ele fosse autónomo... sentia dificuldade porque via que havia pessoas que não queriam tanto...tinha de me esforçar mais para elas serem autónomas... fazerem as coisas... com calma... levei-as aquilo que eu queria”. Marta não sentiu grande dificuldade e referiu ”havia situações que contornávamos sem grande dificuldade”. Para o cumprimento destes enunciados descritivos que compõem os padrões de qualidade instituídos, Karina reiterou”tínhamos de utilizar os meios que eram disponibilizados, podiam não ser os ideais mas também

não se notava grandes falhas que não nos permitisse providenciar os cuidados aos doentes... os doentes sempre tiveram o que precisavam...s alvaguardamos a privacidade e a qualidade de vida deles e dos cuidados”. No que respeita à prevenção de complicações, à readaptação funcional ou à organização dos cuidados de enfermagem, e com base no enquadramento conceptual instituído pela Ordem dos Enfermeiros (2001), estes padrões implicam já um nível superior de conhecimento, que os alunos neste estágio de aprendizagem ainda não possuem e uma experiência já sustentada por vários anos de exercício profissional. Isto porque são englobados numa prática perspicaz, altamente competente e com um rigor científico e técnico que se adquire com a experiência e o saber profissional. Implicam um nível de responsabilização do enfermeiro pela sua tomada de decisão e pelos actos por ele praticados ou por ele delegados. No caso da readaptação funcional também exige um conhecimento mais específico e direccionado na área da educação para a saúde e cuidados pós-alta, com recurso às potencialidades existentes na comunidade. Num patamar ainda mais elevado, o padrão de qualidade referente à organização dos cuidados de enfermagem e como confirma a tabela, não está ao alcance do aluno nesta fase de aprendizagem. Cabe aos órgãos políticos e de gestão da Enfermagem providenciar os elementos necessários à concretização deste padrão de qualidade, nomeadamente no que se reporta à existência de um quadro de referências para o exercício profissional, à existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados, as respectivas intervenções e os resultados sensíveis a essas intervenções de enfermagem e ao ratio de doentes por enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Neste padrão também é contemplada a formação contínua dos enfermeiros e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Os valores desta tabela para estes últimos padrões de qualidade confirmam a falta de preparação e consciencialização dos alunos nesta matéria.

Na tabela 11, constata-se que todos os alunos cumpriam rigorosamente a verificação da terapêutica com a prescrição médica, o nome do doente, a hora de administração, a dose e via de administração.

Tabela 11. Estratégias utilizadas no cumprimento da administração da terapêutica ao doente

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Verificar a prescrição médica	✓	✓	✓	✓	✓	5
Verificar o nome do doente	✓	✓	✓	✓	✓	5
Verificar o número do quarto	✓					1
Verificar a hora de administração	✓	✓	✓	✓	✓	5
Verificar a dosagem terapêutica	✓	✓	✓	✓	✓	5
Verificar a via de administração	✓	✓	✓	✓	✓	5
Pedir confirmação da preparação ao enfermeiro					✓	1
Pedir esclarecimentos no caso de dúvidas ou falta de conhecimento				✓		1
Procurar o conhecimento sobre a terapêutica			✓			1

Sendo o erro terapêutico algo que preocupa muito os alunos, estes estavam bastante alertas quanto a essa verificação. Assim a Sofia, como todos os seus colegas, revelou que “tinha de perguntar ao doente o nome, confirmar o número do quarto... a hora... dose e via de administração e qual o medicamento ia administrar”. Quanto a pedir esclarecimentos no caso de dúvidas ou falta de conhecimento, a Joana, explicou “foi uma das primeiras indicações que nos deram no primeiro dia de estágio. Quando não se souber... perguntar, pesquisar. Não podia falhar nada na medicação”. Karina referiu quanto á preparação do fármaco que “nunca era feita sem a confirmação do enfermeiro responsável do doente ou do supervisor... não tínhamos grande experiência na preparação de alguns fármacos que estávamos a dar”. O Hélder procurou adquirir mais conhecimento considerando que “sentia-me um bocado perdido, não tomava atenção a todos os pormenores... nunca tinha presenciado uma terapêutica tão complicada como aquela... ia ver aos nossos caderninhos, em casa, na Net, quais as possibilidades de administrar aquele tipo de terapêutica”.

Todos os alunos concordaram em dizer que a correlação entre a terapêutica administrada ao doente com o tipo de intervenção a que foi submetido e/ou o seu estado de saúde inicial, só é possível se o conhecimento estiver presente (Tabela 12).

Tabela 12. Estratégias utilizadas na correlação da terapêutica pós-operatória com o tipo de intervenção cirúrgica e/ou o estado de saúde inicial do doente

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Adquirir mais conhecimento	✓	✓	✓	✓	✓	5
Consultar o portefólio da terapêutica		✓	✓		✓	3
Consultar o supervisor				✓		1
Consultar o processo clínico/ Articular com os antecedentes/ Articular com a terapêutica do domicílio	✓	✓		✓		3
Articular com o tipo de intervenção	✓	✓		✓	✓	4

Da mesma maneira, o tipo de cirurgia à qual foi sujeito o doente condiciona o tipo de prescrição pós-operatória. Maria expressou na sua entrevista: “no início não conseguia mas ao longo do tempo fui desenvolvendo... tinha de pesquisar, estudar a patologia, associar a terapêutica e analgesia”. Karina revelou: “se não pesquisasse, não conseguia perceber o que estava a ser administrado... há medicamentos básicos, como as heparinas... e outros específicos a patologias e intervenções... para correlacionar tinha de saber o tipo de cirurgia... pesquisava na Net ou no serviço para o dia seguinte... nunca nos foi dito que não se podia consultar no serviço”. O Hélder através dessa pesquisa acrescentou “...percebia o porquê daquele doente ter aquela medicação”. A Joana recorreu ao supervisor porque nem sempre conseguia essa correlação, “mesmo consultando o processo, os antecedentes, a terapêutica do domicílio... quando não sabia procurava saber”. Três alunos consideraram o portefólio também como instrumento da sua pesquisa.

Interpretando a tabela 13, constata-se que todos os alunos têm consciência que para actuar devidamente perante uma situação, o enfermeiro tem que ter bem presente qual o domínio das suas competências e qual o domínio das competências médicas.

Tabela 13. Estratégias utilizadas em situações problemáticas do pós-operatório para distinguir intervenções de enfermagem autónomas e intervenções de enfermagem por prescrição médica

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Adquirir mais conhecimento/ Conhecer a legislação sobre as competências do enfermeiro	✓	✓	✓	✓	✓	5
Consultar o supervisor/ Consultar o enfermeiro				✓	✓	2
Triar os sintomas apresentados	✓		✓	✓	✓	4
Chamar o médico em caso de dúvidas	✓		✓	✓		3

Assim, todos os alunos têm noção da necessidade imperativa de conhecer a legislação do seu exercício profissional, embora demonstrem uma dificuldade natural no início de formação. Deste modo, a Marta expressou na sua entrevista: “vai com a prática. Nós alunos não sabemos ainda bem distinguir a nossa área de actuação e a dos médicos. Por isso sentia dificuldade na actuação”. A Karina também revelou: “aquelas situações mais comuns como uma algaliação... sabemos que são autónomas...outras as quais não estivesse habituada ou onde tivesse dúvida perguntava... o que implica administração de medicação normalmente precisa de prescrição médica”. O Hugo explicou: “...a medicação tínhamos que esperar pela prescrição médica.tenho noção de

que há actos que podemos fazer, que são da nossa autonomia e outros que são com prescrição”.

Quatro dos alunos entrevistados referenciaram que numa primeira avaliação da situação problemática devem ser triados os sintomas para actuar com autonomia ou com prescrição. A esse propósito, o Hugo explicou na identificação do globo vesical pós-operatório: ”podíamos ver se tinha globo vesical, levar à casa de banho, colocar água a correr...”. A Sofia considerou “podia reverter esse tipo de situação despistando os sintomas e executando os primeiros actos e só depois chamar o médico... iniciava manobras”, enquanto a Joana referiu: “identificava os sintomas, relacionava-os com os antecedentes... quando não soubesse responder ia chamar o enfermeiro. Procuo actuar nas primeiras queixas e avaliar os sintomas... se não conseguir resolver chamo o médico...sei que há intervenções que posso iniciar”.

Chamar o médico foi o recurso que três alunos consideraram no caso de não conseguir resolver a situação ou depois ter esgotado as possibilidades de intervenções autónomas de enfermagem.

Todos os alunos entrevistados organizam os cuidados de higiene e conforto aos seus doentes, consoante o grau de dependência, indo do doente independente para o doente mais dependente (Tabela 14).

Tabela 14. Organização dos cuidados de higiene e conforto ao doente

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Consoante o grau de dependência menor para maior	✓	✓	✓	✓	✓	5
Consoante a condição do doente/ Incentivar o doente a participar nos cuidados de higiene e conforto respeitando as suas limitações	✓	✓	✓	✓	✓	5
Verificar/ Massajar as zonas do corpo de maior pressão	✓		✓			2
Planear os cuidados de higiene e conforto/ Organizar as intervenções/material necessário/ Executar o banho	✓	✓	✓	✓	✓	5
Recriar mentalmente os passos das intervenções menos conseguidas e reflectir a posteriori para reajustar			✓			1
Zelar pelo bem-estar do doente no momento da higiene	✓	✓	✓	✓	✓	5
Fazer a gestão do tempo/ Estabelecer prioridades	✓	✓	✓	✓	✓	5
Consultar o enfermeiro em caso de dúvidas				✓	✓	2

Conseguir a participação do doente nos cuidados de higiene e conforto respeitando as suas limitações, foi outra preocupação que os alunos consideraram. Todos tentaram planear/organizar/executar as intervenções adaptadas aos seus doentes conforme os diagnósticos de enfermagem levantados, zelando pelo bem-estar dos

doentes e fazendo a gestão do tempo estabelecendo prioridades nos cuidados. Os seguintes excertos de entrevistas ilustram a selecção, pelos alunos, dos critérios da tabela 14:

Falava com o doente, avaliava os sinais vitais, incentivava-o aos cuidados de higiene, acompanhava-o nos seus cuidados de higiene. No doente dependente auxiliava-o na marcha, fazia-me acompanhar do material e da sua roupa, auxiliava-o a lavar a cabeça que é onde têm mais dificuldade e depois o resto do corpo. Nos doentes independentes apenas incentivava-os e auxiliava-os no que fosse preciso e no que eles me pedissem. Ajudava nos posicionamentos, levantes e massagens... as minhas principais dificuldades foram controlar o tempo, respeitar o tempo do utente e suas limitações... estabeleci prioridades... fazer uma coisa de cada vez... não perder tempo no corredor... levar todo o material... depois fui-me sentido mais à vontade com as pessoas (Sofia).

Antes dos cuidados de higiene fazia a avaliação dos sinais vitais, depois preparava o material necessário dependendo do grau de autonomia e dependência do doente (fralda, tipo de roupa). Nos acamados preparava a roupa da cama. Providenciava tudo antes de iniciar os cuidados de higiene. A única dificuldade... o número de casas de banho. Não eram só os meus doentes e tínhamos de nos organizar com os colegas quanto à disponibilidade desse espaço físico. Às vezes também tinha alguma dificuldade em discernir se o meu doente podia ir à casa de banho tomar banho ou não. Normalmente tinha sempre o cuidado de perguntar porque podia fazer um levante a um doente e este ter alguma contra indicação ao levante que eu desconhecesse... reflectia eu primeiro sobre as condições que o doente tinha e das possibilidades para os cuidados de higiene... comecei a aprender no decorrer do estagio, senão não fazia sentido eu estar ali se tinha de perguntar sempre tudo. Geria com os meus colegas as higiènes e as prioridades para o banho (Karina).

Dois alunos focalizaram nas suas entrevistas o padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem relativo à prevenção de complicações, quando referiram o acto de verificar e massajar as zonas de maior pressão. À luz do que foi referido na tabela 10, o estágio de conhecimentos dos alunos permite nesta fase da sua formação estarem alertados para a prevenção de úlceras de pressão e é uma condição sine qua non da prestação dos cuidados de higiene.

O Hélder foi o aluno que retratou este padrão na sua entrevista referindo "estava atento às zonas de pressão... colocava o creme... tentava que fossem eles a colocar o creme... se fossem dependentes, colocar o creme ao longo do dia aquando dos

posicionamentos”. Este aluno também revelou na sua entrevista fazer uma reflexão pós-cuidados em casa para reajustar as suas intervenções no dia seguinte e otimizar mais a sua prestação. Referiu: ”com calma, em casa fui vendo, fui imaginando as situações...o doente dependente...o que tinha de fazer...ver se o doente se sentia bem...levar a roupa, o creme para não andar para trás e para a frente...tentei organizar ideias...depois já fazia tudo mais automaticamente”.

Todos os alunos entrevistados identificaram a importância de verificar a prescrição médica da dieta, auxiliar o doente a alimentar-se ou alimentar o doente no caso de estar impossibilitado de o fazer sozinho e verificar se o doente está a alimentar-se correctamente e incentivá-lo para tal (Tabela 15).

Tabela 15. Responsabilidades e cuidados na implementação e administração da dieta do doente

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Supervisionar se a dieta está correctamente servida	✓		✓	✓		3
Verificar se o doente se alimenta/ Incentivar o doente a alimentar-se	✓	✓	✓	✓	✓	5
Auxiliar o doente a alimentar-se/Alimentar o doente	✓	✓	✓	✓	✓	5
Verificar o tipo de alimentação prescrita	✓	✓	✓	✓	✓	5
Verificar se a dieta está de acordo com a condição de saúde do doente ou com o tipo de intervenção		✓	✓	✓		3
Avaliar a tolerância à alimentação/ Zelar por uma hidratação adequada	✓	✓		✓	✓	4

Quatro alunos revelaram a importância de verificar a tolerância do doente à alimentação, ou seja, verificar se não tem náuseas ou vômitos, disfagia ou qualquer outro sintoma que comprometa a ingestão de alimentos. Também referiram a importância de uma boa hidratação na prevenção de complicações. Por fim, três alunos consideraram que a dieta deve ser adaptada à condição de saúde do doente (nomeadamente antecedentes como diabetes e hipertensão) ou ao tipo de intervenção realizada e que a supervisão dos tabuleiros de alimentação também é necessária para uma correcta alimentação. Os excertos seguintes ilustram estas selecções na tabela:

Cabia-me a mim supervisionar se a alimentação deles era cuidada, se eles se alimentavam bem para depois não haver complicações no estado de saúde deles... quando eles não quisessem, não tivessem tanto apetite, tentar forçar um bocadinho para depois não haver baixa de glicemia ou baixas de tensão, dependendo da patologia... quando um doente vinha do bloco, ver o tipo de alimentação, se era indicada, se era o tipo prescrito... estar

sempre atento porque às vezes podia haver um erro... se fossem independentes, só supervisionar. Nos dependentes administrava eu próprio, tentava incentivar quando eles não queriam... (Hélder).

Verificava o plano alimentar, o tipo de dieta... relacionava com o tipo de cirurgia porque em algumas situações se o doente comesse e não o podia ter feito podia ser muito complicado e grave... não pedia as dietas porque era o enfermeiro, mas verificava se já estava pedida ou se era preciso pedir. Tinha essa preocupação. Supervisionava apenas se o doente comesse sozinho, perguntando se estava a gostar, se não estava enjoado e se estava a conseguir comer tudo. Administrava a alimentação quando o doente precisasse de auxílio, dava em pequenas quantidades e avaliava a sua reacção (Joana).

Ver se a alimentação estava correcta para eles, se era o tipo de alimentação que estava prescrita pelo médico, se os doentes se alimentavam, se ingeriam líquidos. Tinha de estar atenta à dieta prescrita e a que estava a ser colocada ao pé do utente para que não houvesse erros como no caso de um doente hipertenso. Sempre que os utentes tinham dificuldades em se alimentar ajudava e incentivava-os a alimentar-se pela sua própria mão (Sofia).

Todos os alunos entrevistados foram unânimes em considerar o tipo de relação criada com o doente como uma relação empática, de escuta e afectiva (Tabela 16).

Tabela 16. Tipo de relação criada com o doente

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Relação com alguma distância/segurança	✓					1
Relação de escuta/ Relação afectiva/ empática	✓	✓	✓	✓	✓	5
Relação com demasiado envolvimento emocional/ Relação de proximidade com o doente/família		✓		✓	✓	3
Comunicação oportuna que respeita o espaço e a vontade de conversar do doente	✓				✓	2
Relação estratégica de abstracção à doença terminal em que se fala de tudo menos da doença/ Comunicação de incentivo/optimismo/alternativas adaptativas à condição/gravidade da doença	✓	✓	✓	✓		4

O Hélder expressou da forma seguinte a sua relação com os doentes:

Acho que acima de tudo criava uma relação de amizade. Acho que me dava muito bem com eles... me punham à vontade... também os conseguia pôr a vontade para falarem comigo sobre o que precisassem... era uma relação não só de empatia mas também de

amizade... se a doença fosse mais grave... estavam mais débeis e precisavam de mais atenção, mais carinho... independentemente da doença tive uma boa relação com todos os utentes. Não senti dificuldade... tenho um à vontade natural... quando era mais jovem era muito tímido mas graças aos estágios consegui esse à vontade... facilitou bastante que eu me relacionasse. As fases terminais são situações mais complicadas... acho que eles sabiam do próprio estado deles mas eu tentava não falar muito do estado deles para eles não ficarem mais débeis emocionalmente. Tentar tratar mesmo, fazer o melhor possível claro, mas tentar tratar mesmo como uma pessoa saudável até ao final. Acho que era isso que eles queriam. Dar aquele sorriso...nas doenças graves a minha posição é sempre de incentivo, é determinante e o doente estando num estado psicológico bom é meio caminho andado para curar o estado físico (Hélder).

Outro tipo de relação reportada por quatro alunos nas entrevistas é aquele tipo de relação estratégica que permite ao doente através de um discurso, abstrair-se da sua doença ou encontrar uma alternativa ou um incentivo na adaptação à sua nova condição. A Marta referiu esta relação estratégica:

No inicio criava uma relação afectiva demais... depois era difícil separar as coisas e vivia um pouco a angústia deles. Queria transmitir tranquilidade e responsabilidade mas ao mesmo tempo deixava-me envolver com o doente e família. Estava a criar uma ligação para o doente se sentir melhor. Enquanto falava comigo abstraia-se dos problemas. Quando uma pessoa está sozinha pensa nos porquês. E naquele momento de conversa ele esquecia. Se o doente não pudesse falar o toque transmite muita informação, afecto. O apoio da família também é importante. Não devemos focar na doença.

Já a Karina, foi uma das alunas a referir a importância do momento oportuno para a comunicação:

Penso que sempre criei uma boa relação com os meus doentes, tenho facilidade de comunicar seja qual for o doente. Temos de perceber se o doente gosta de conversar e se não gostar temos de respeitar porque o doente pode estar chateado com dor e não querer conversar. As pessoas quando estão mais queixosa... com dores, podem estar psicologicamente não tão tolerantes e às vezes precisamos da colaboração deles em alguma intervenção e eles não estão tão cooperativos... é algo que temos de compreender... temos de perceber quais as necessidades dos doentes de acordo com a sua situação. Nas fases terminais não podemos fazer muito mais do que aliviar a dor e manter o conforto, e estas medidas nós temos de as salvaguardar independentemente de não se

poder fazer mais nada. Sabemos que o doente vai falecer mas tem de ser o menos doloroso possível e o mais calmamente possível. São cuidados paliativos que devem ser mantidos.

A Sofia focou o aspecto de manter alguma distância na relação com o doente como medida de segurança para a sua actuação profissional e envolvimento emocional ao referir:

Tentava criar uma relação boa... falar com o doente... ouvi-lo mas também ao mesmo tempo tentava não criar uma relação de proximidade porque sabia que na hora... de prestar qualquer tipo de intervenção que ele não gostasse, essa proximidade iria me dificultar. Era de proximidade mas com alguma distância. Eu, no lugar de aluna de enfermagem e ele, no lugar de doente tentando sempre ouvi-lo e dar-lhe o máximo de atenção possível... nas fases terminais é um pouco mais complicado porque as pessoas estão em negação mas tentava dar o melhor para que se sentissem bem... tinha de me adaptar à situação do doente embora também sofresse mas sem o demonstrar ao doente. Tinha de dar ao doente aquela parte positiva e tentar que não pensasse nas coisas más... mesmo sabendo que não era possível tentava sempre que o utente não estivesse sempre a pensar naquilo... tentava que se abstraísse da forma que estavam... às vezes os doentes também reagem às coisas e às pessoas de maneira diferente porque também as pessoas não os tratam da mesma maneira. Temos de dar a imagem que são pessoas normais.

A Joana relatou o seu envolvimento emocional:

Criava logo uma relação de fraternidade... tentava estar próxima deles e da família... para algumas técnicas mais invasivas a doentes em fase terminal sentia-me mal por eles estarem a sofrer e pelo facto de não estarem vivos muito mais tempo. Tive pena deles e mais pela idade quando eram jovens... tentava não demonstrar nem falar da gravidade da doença. Tentava falar com eles de outros assuntos para se abstraírem... passava com eles muito tempo. Mas não consegui despedir-me deles quando acabou o estágio. O que mais me custa são as neoplasias... tenho a sensação de que a vida acabou embora saiba que a gente que sobreviveu a essas doenças. No caso de outras doenças... por ter um final trágico, súbito ou ainda estar muito tempo, mas a palavra cancro é uma palavra demasiado agressiva e com esses doentes tinha uma relação diferente. Queria saber o que pensavam do dia de amanhã. Não é pena mas mais compaixão. Ponho-me no papel deles, toca-me mais.

Todos os alunos entrevistados realçaram a importância da aquisição de mais conhecimento, que este conhecimento seja constantemente actualizado para validar um exercício da prática com qualidade e que a sua articulação com a prática seja efectiva (Tabela 17).

Tabela 17. Crenças nos conhecimentos adquiridos durante o estágio para o exercício de funções

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Necessidade de aquisição de mais conhecimento/ Necessidade de uma actualização constante dos conhecimentos para uma prática de qualidade	✓	✓	✓	✓	✓	5
Necessidade de aquisição de um conhecimento específico	✓	✓				2
Necessidade de articular a teoria à prática	✓	✓	✓	✓	✓	5
Necessidade de grande investimento na aquisição do conhecimento farmacológico					✓	1

Dois alunos, para além de um conhecimento geral, consideraram a aquisição de um conhecimento específico consoante o local de exercício de funções. Uma aluna reafirmou a necessidade de também investir no conhecimento farmacológico. Os seguintes excertos das entrevistas demonstram bem as ideias destes alunos:

Tinha conhecimentos mas este estágio foi uma mais-valia para adquirir ainda mais conhecimentos. Os que tínhamos não eram suficientes para este tipo de serviço mas com o apoio que tivemos saímos de lá com todos os conhecimentos que precisávamos para trabalhar num serviço de cirurgia (Sofia).

Quanto à aquisição do conhecimento farmacológico, explica a Karina

O conhecimento teórico faz falta... mas a pratica é das principais componentes... podemos saber a teoria toda mas depois se não conseguirmos aplicá-la também não tem interesse... tinha mais dificuldade a nível da medicação, as diluições, as dosagens e as contas para as dosagens. Foi bom praticar porque ia servir para os próximos estágios.

No que respeita ao conhecimento específico, explica a Marta:

No serviço... apanha-se tudo e...como aluno futuro profissional não temos os conhecimentos necessários e apropriados...este serviço é muito abrangente em termos de patologias... vimos muita coisa...foi preciso ir pesquisar para perceber.

No que respeita à aquisição do conhecimento para uma prática de qualidade o Hélder e a Joana exprimiram-se assim:

Tinha uma noção dos conhecimentos mas não os sabia aprofundadamente...só mesmo lá no ambiente hospitalar é que eu vi que tinha de me empenhar mais em termos teóricos porque só o que dava nas aulas não chegava. Tinha uma noção das coisas mas não era aquela exactidão precisa para poder prestar cuidados em condições (Hélder).

Para cada dia, para cada doente que tinha, os conhecimentos eram sempre muito poucos. Mesmo os enfermeiros não se contentavam com aquilo que sabiam. Todos os dias, todos os doentes têm mais qualquer coisa que precisa de mais conhecimento (Joana).

Durante as entrevistas destacaram-se nas respostas dos cinco alunos, as competências relacionais, cognitivas e técnicas, com maior frequência nas competências relacionais (Tabela 18).

Tabela 18. Competências consideradas necessárias ao exercício de funções

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Competências relacionais	✓	✓	✓	✓	✓	5
Competências cognitivas	✓	✓	✓	✓	✓	5
Competências pessoais (valores, crenças, princípios)	✓		✓			2
Competências técnicas	✓	✓	✓	✓	✓	5
Competências intelectuais (capacidade de discernimento e de percepção das situações)	✓					1
Espírito de grupo/trabalho em equipa			✓			1

O excerto da entrevista da Joana clarifica assim o seu ponto de vista:

Das mais importantes é a relação humana porque tratamos de um ser humano e o enfermeiro tem vindo a desenvolver mais esse lado humano ao longo dos anos. A pessoa sente mais alguém, para além de estar ali um enfermeiro, e independentemente de ter apoio familiar...quem está lá na hora em que precisa é o enfermeiro...se estiver lá só para efectuar a técnica ou administrar medicação, não dá. A relação que se cria é meio caminho andado para a cura e o enfermeiro... perde um pouco do seu tempo a conversar com o doente e ouvir o que ele tem para dizer...não releva o que diz nem desvaloriza. A competência técnica é também necessária mas mais importante é a relacional.

Todos os alunos reportaram nas suas entrevistas que este processo formativo é

essencial para o seu desenvolvimento pessoal, na medida em que os insere directamente no contexto real da enfermagem e lhes permite crescerem como seres humanos quando confrontados com todo o tipo de situações (Tabela 19).

Tabela 19. Crenças nos contributos do processo formativo para o desenvolvimento pessoal

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Confronto com a realidade profissional	✓	✓	✓	✓	✓	5
Confronto com o sofrimento/dor/morte	✓		✓	✓	✓	4
Sentimento de ajuda e partilha da dor/sofrimento	✓		✓			2
Encarar a vida noutra perspectiva/ Aprender a relativizar as situações/positivismo	✓	✓	✓			3
Aprender a relacionar-se com o doente/equipa multidisciplinar				✓		1
Aquisição de bagagem experiencial para a integração à vida profissional	✓			✓	✓	3
Confronto com a importância do papel/área de actuação do enfermeiro	✓	✓				2

A Sofia revelou:

Cresci, comecei a ver enfermagem de outra maneira. Nunca tinha estado num hospital e nem neste tipo de serviço... é um mundo bem diferente. Enriqueci não só os conhecimentos teóricos mas práticos e psicológicos. Entrei de uma maneira e saí de outra. Tornei-me uma pessoa mais atenta, mais responsável, senti que uma pequena falha pode mudar muita coisa, pode por uma pessoa em risco... temos de estar lá com mil olhos a nossa volta, olhar para a pessoa e tentar perceber na face dela o que está a sentir. Sai daqui... mais humilde do que já era porque ver o sofrimento dessas pessoas e sentir que se pode ajudar é muito bom.

Quatro desses alunos identificaram essas situações como sendo aquelas que os confronta com a morte, a dor e o sofrimento. Confrontados com as mais variadas experiências, três alunos ainda referiram, que estas experiências pelas quais passaram, fizeram com que encarassem a vida noutra perspectiva e aprendessem a relativizar determinadas situações. Assim, o Hélder exprimiu na sua entrevista:

Vivi lá coisas que apesar de estar na área de enfermagem acho que eram inimagináveis. Sentir às vezes uma pessoa, um sorriso...enriquecia-me... não tenho palavras para dizer o quão contente eu ficava só de ver o sorriso numa pessoa...fez-me crescer muito como homem e fez-me olhar para a vida de forma diferente...hoje estamos bem...a prestar cuidados, mas se calhar amanhã somos nós que estamos a receber esses cuidados e tentar perceber o que uma pessoa sente é muito importante...fez-me ser mais boa pessoa, olhar

para a vida doutra forma, com mais positivismo e ser mais carinhoso. Fez-me mudar em todos os aspectos.

Outros três alunos também consideraram que estas experiências propiciavam já alguma bagagem para se integrarem na vida profissional, como relatou a Joana

Cresci a nível formativo, técnico, tive mais a percepção dessas técnicas confrontando-me com elas e exercitando-as. A nível pessoal cresci no meio de pessoas diferentes, porque doentes, criei uma relação diferente, contactei com os enfermeiros, com um trabalho diferente do centro de saúde. É um sem fim de experiências muito gratificantes ...dão para crescer em todos os aspectos. Dá uma boa preparação à vida profissional.

Esta aluna também atribuiu ao processo formativo um contributo nas relações interpessoais e intragrupos profissionais. Finalmente dois alunos referiram o sentimento de ajuda e partilha da dor e do sofrimento que possibilita todo este processo formativo, numa óptica de crescimento pessoal e mais dois alunos constataram de facto a larga área de actuação que suporta a enfermagem. A Maria referiu “...foi muito enriquecedor a nível pessoal porque saí com um olhar diferente sobre a vida e a enfermagem...não tinha muito a noção do papel do enfermeiro e do quão importante é esse papel a nível hospitalar”.

O enfermeiro foi considerado por os cinco alunos entrevistados como um profissional com responsabilidades e competências para o cuidar (Tabela 20).

Tabela 20. Papéis atribuídos ao enfermeiro

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Um técnico/ Profissional com um largo campo de actuação	✓		✓	✓		3
Bom ouvinte/ Conselheiro	✓	✓			✓	3
Profissional com responsabilidades/competências para o cuidar	✓	✓	✓	✓	✓	5
Amigo		✓	✓	✓	✓	4
Um recurso presente e disponível 24h por dia				✓	✓	2
Promotor da reabilitação do estado de saúde/da qualidade e respeito pelo fim de vida/ Humanização dos cuidados			✓	✓	✓	3
Único recurso para o doente sem apoio familiar					✓	1

Karina argumentou que o papel do enfermeiro ainda não está valorizado o suficiente:

O enfermeiro ainda não é tão valorizado como devia ser... o enfermeiro é aquele que vigia o doente, que prepara a medicação, que acompanha o doente... para a pessoa que está ali é muito importante a sua presença porque quando tem um problema é pelo enfermeiro que chama e só depois vem o médico. O enfermeiro tem um papel importante na recuperação das pessoas e no seu acompanhamento enquanto estão numa fase muito fragilizada das suas vidas. Precisam do apoio do enfermeiro... muitos deles estão sozinhos ou sem visitas e tornam-se dependentes dos enfermeiros... encontrei pessoas disponíveis para me ensinar... enfermagem é uma profissão onde nunca se sabe tudo e onde tudo evolui. O que hoje sabemos pode amanhã estar actualizado e não sabermos... enfermagem é muito abrangente... implica outras coisas, outra atenção, outro conhecimento específico.

Foi também na sua entrevista que esta aluna considerou o papel do enfermeiro como sendo também às vezes o único recurso do doente que não tem nenhum apoio familiar. Quatro alunos identificaram o enfermeiro como tendo um papel de amigo, como referiu o Hélder:

O poder ajudar as outras pessoas... o poder ser prestável à sociedade, o poder fazer com que as pessoas melhorem e quando não é possível elas melhorarem, fazer com que partam em paz... não podemos tirar o sofrimento, mas podemos tentar melhorar esse sofrimento... ser enfermeiro... é ajudar as pessoas ao máximo possível e contribuir para que elas tenham até ao fim da vida, uma vida o mais positivo possível... não só prestar cuidados... é mais do que isso... é preciso, dependendo das situações, dependendo das pessoas, adaptarmo-nos e com mais ou menos dificuldade, ter sempre aquela palavra amiga, sermos acima de tudo amigo das pessoas que lá estão. Não sermos só prestadores de cuidados mas também amigos dessas pessoas.

Em três alunos destacaram-se os papéis de técnico com largo campo de actuação, de bom ouvinte e conselheiro e de promotor da reabilitação do estado de saúde do doente, da qualidade e respeito pelo seu fim de vida e pela humanização dos cuidados. A Maria referiu “É um todo. É um conselheiro, ouve, trata, cuida, demonstra emoção, carinho, é psicólogo. É um complemento da área da saúde. Faz de tudo. Quero

ser uma boa enfermeira, exercer o que sempre quis, que as pessoas gostem do meu trabalho e se sintam bem comigo”. Na opinião da Sofia o enfermeiro é “aquele que exerce as técnicas, aquela pessoa que ouve o utente, que o acolhe, fala com ele, o avalia e tenta perceber o que tem. Quero ser uma enfermeira responsável que tente dar o melhor de si para cuidar do outro. Dar o máximo que posso e sei cada dia que passa”. Dois alunos identificaram o enfermeiro como o recurso disponível e presente para o doente nas vinte e quatro horas do dia, como a Joana “Ser amigo, humano, humilde, acessível e acima de tudo ser boa pessoa...ajudar o outro, estar presente nas 24h...cada doente tem a sua necessidade e eu não gosto de monotonia. Mesmo a trabalhar num lar pode-se fazer muitas actividades. Teria mais um papel dinamizador e de apoio para além de prestar cuidados”.

Todos os alunos entrevistados têm bem presente que o papel fundamental do enfermeiro é estabelecer uma relação de ajuda com o doente/família nos processos de saúde/doença, através da identificação dos problemas de saúde, da recolha dos dados necessários à formulação dos diagnósticos de enfermagem, da proposta de um plano de cuidados, e através da execução, avaliação e reajustamento das intervenções associadas a esse plano (Tabela 21).

Tabela 21. Missões atribuídas ao enfermeiro

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Ajudar o doente/ Estar presente nos bons e maus momentos da vida/doença	✓	✓	✓	✓	✓	5
Marcar a diferença nos processos de recuperação de vida/doença	✓			✓		2
Ser uma alternativa nos processos de recuperação de vida/doença para o doente/família		✓				1

A Karina falou das missões dos enfermeiros por comparação com a sua experiência de vida:

Fiz três anos de engenharia biológica e cheguei à conclusão que francamente não queria fazer aquilo para o resto da minha vida. Quando se inicia um curso não se tem verdadeiramente a noção do que é. Só ao longo do curso é que se vai vendo. Escolher ser enfermeira foi... fazer alguma coisa para as outras pessoas...confirmei a minha escolha à medida que fui avançado no curso. Não estou arrependida”.

O Hélder contou:

Tudo começou quando eu tinha quatorze anos... o meu avô teve um AVC e acamou. Tínhamos umas senhoras que iam do lar fazer a limpeza, fazer os cuidados de higiene... ganhei uma paixão tão grande por isso, ver o meu avô débil durante vinte e oito meses e saber que podia ajudar, podia fazer mais para que essa pessoa tivesse um dia melhor apesar de muitas vezes não estar no seu estado de consciência normal... um carinho, uma palavra amiga, ver o sorriso, ver os olhos das pessoas, acho que foi isso que me tocou e aí disse... ou sou isto ou não sou nada.

Dois alunos consideraram que a enfermagem marca a diferença nos processos de reabilitação, tal como defendeu a Joana "...andei cinco anos a fazer tratamento a uma perna e comecei a gostar do ambiente de internamento, dos cuidados...custou-me muito no início pela falta de condições em que alguns doentes viviam. Mas encontrei depois um enfermeiro nesse estágio que me mostrou que podíamos fazer a diferença", ou a Sofia "Ser enfermeira é muito gratificante. Ajudar os utentes e a família, passa um pouco por tudo mas dá uma satisfação enorme olhar para os doentes...ver que estão a melhorar, que se lutou para que assim fosse, e mesmo que não melhore, ao menos tentamos e demos o nosso melhor. Sente-se um alívio...Sempre gostei de ser enfermeira e pelos problemas que passei, a forma como tive de lidar com eles, deu-me força e ajudou-me a escolher a ser enfermeira".

Outra aluna considerou que a enfermagem pode ser uma alternativa nos processos de reabilitação dos doentes quando mais nada resulta, como a Maria defendeu: "Sempre quis ser enfermeira desde os seis anos e este estágio deu-me bem a entender qual o papel do enfermeiro e da sua importância. Não é apenas aquele que dá injeções... tem incidência não só no doente como na família é muito mais do que só cuidar. É dar uma saída ao doente".

5.2.3 Opinião dos estagiários no final do ensino clínico sobre o estágio e as características de um bom supervisor

Todos os alunos entrevistados salientaram os contributos do portefólio da terapêutica para o devido cumprimento da prescrição médica, na medida em que lhes

permitiu adquirir o conhecimento do fármaco no que respeita ao seu grupo de pertence, as suas principais indicações e contra-indicações, os seus principais efeitos secundários e a sua preparação (diluição, vias de administração e tempo de perfusão) (Tabela 22).

Tabela 22. Contributos do portefólio da terapêutica para o cumprimento da prescrição médica

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Conhecer a que grupo pertence o fármaco	✓	✓	✓	✓	✓	5
Conhecer as principais indicações do fármaco	✓	✓	✓	✓	✓	5
Conhecer as principais contra-indicações do fármaco	✓	✓	✓	✓	✓	5
Conhecer os principais efeitos secundários do fármaco	✓	✓	✓	✓	✓	5
Conhecer o modo de diluição do fármaco	✓	✓	✓	✓	✓	5
Conhecer as vias de administração do fármaco	✓	✓	✓	✓	✓	5
Conhecer o tempo de perfusão do fármaco	✓	✓	✓	✓	✓	5
Minimizar o erro terapêutico			✓	✓		2
Instrumento de consulta fácil e localizado no serviço	✓	✓	✓		✓	4
Instrumento sempre actualizado				✓		1

Assim, a Sofia revelou: “... serviu para que tentássemos conhecer o máximo de informação sobre a medicação mais usual no serviço, as contra indicações, os efeitos secundários e relacioná-los com as patologias... ajudou imenso”.

Quatro dos cinco alunos acharam pertinente e útil a sua realização pelo facto de se tornar durante todo o ensino clínico, um instrumento de consulta fácil e à disposição no serviço. Neste sentido, a Karina expressou “...nós não tínhamos prática... foi um auxílio durante o estágio... o portefólio estava ali disponível... à medida que se ia consultando íamos aprendendo e mau era se ao fim do estágio não sabíamos. Foi um apoio... o aluno quer sempre fazer o mais correcto... obrigou-nos a estudar e a pesquisar”. Da mesma maneira, a Maria respondeu na sua entrevista que “...com o portefólio fui pesquisando e sabia que se não soubesse naquele dia tinha um instrumento ao qual recorrer”. Dois alunos relevaram a sua importância para minimizar o erro terapêutico, como o Hélder ao referir “construir o portefólio obrigava-nos a estudar... com o portefólio completo não havia margem para erro... não era só consultar... era ir para além do que sabia”. Finalmente a Joana realçou a importância de ter sempre o portefólio actualizado porque as normas de diluições podem sofrer alterações. Assim, referiu “... tinha tanto medo de me enganar... podia consultar sempre que precisasse... a actualização também deve ser feita sempre porque algumas diluições mudam”.

Todos os alunos entrevistados entenderam a redacção do semanário como uma estratégia de supervisão que lhes permitisse reflectir sobre o seu desempenho na prática profissional e ao mesmo tempo avaliaram que se sentiram livres e não constrangidos para escrever todos os seus sentimentos, emoções ou simplesmente no relatar de situações por eles experienciadas (tabela 23).

Tabela 23. Papéis atribuídos ao semanário no processo de desenvolvimento pessoal e profissional

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Reflectir sobre o estágio/evolução do desempenho da prática profissional	✓	✓	✓	✓	✓	5
Perceber quais os aspectos a melhorar	✓		✓		✓	3
Retrospectiva das dificuldades sentidas e das estratégias utilizadas para as superar	✓	✓	✓		✓	4
Liberdade de expressão dos sentimentos, das emoções e das situações sem constrangimento	✓	✓	✓	✓	✓	5
Acompanhamento do desempenho por parte da supervisora		✓	✓			2

Apesar de não gostar de elaborar semanários, a Joana exprimiu: “Não gosto de semanários... no entanto também foi bom porque permitia uma reflexão ou uma auto-avaliação. Estando escrito dá para reler e reflectir mais... não senti constrangimento porque eram feitos para se poder escrever tudo. O único constrangimento era nem sempre me lembrar de tudo para escrever”.

Quatro dos alunos, como a Sofia, explicaram nos seus semanários as dificuldades que foram sentindo no dia-a-dia do ensino clínico e quais as estratégias utilizaram para as ultrapassar. Esta, referiu:

Atribuí-lhe muita importância porque nos semanários conseguia descrever aquilo que de bom ou de mau me aconteceu durante a semana e que se calhar falado frente a frente com o orientador eu não conseguiria dizer... demonstrava as minhas dificuldades, aquilo que eu tinha de ultrapassar, onde estava mais frágil. Foi um bem para mim... nunca senti qualquer tipo de constrangimento. Escrevia o que era relevante para mim... tomava nota no dia-a-dia... por fim já não era tão preciso. Lembrava-me e escrevia”.

Fizeram segundo esses alunos, uma retrospectiva. Três deles ainda consideraram que na elaboração do portefólio podiam perceber quais os aspectos a melhorar no seu desempenho. A Karina reportou:

Os semanários servem mais para fazermos uma reflexão do que se fez, de como se pode vir a melhorar determinados aspectos que possam não estar tão bem... percebermos a nossa evolução ao longo do tempo e de que forma vamos evoluindo... a ideia dos semanários não é fazer comentários sobre os colegas ou sobre a equipa... do ponto de vista profissional uma pessoa faz uma retrospectiva, vai ver as dificuldades que teve e como as superou... consegui dizer tudo o que queria...expor as minhas ideias... o que se torna difícil é mais para o final... inicialmente ainda é tudo novo, tem-se bastantes assuntos para colocar... depois as coisas já se tornam mais rotineiras e já não há tanta coisa que se possa desenvolver.

Dois alunos entrevistados eram de opinião que ao escrever o semanário, a supervisora poderia ler muito mais do que teria sido dito cara a cara e poderia potencializar a sua supervisão e despistar eventuais situações problemáticas, que em condições diferentes, provavelmente nunca seriam abordadas. O contacto visual é sempre mais limitativo na expressão daquilo que está menos bem ou disfuncional. Assim a Maria era de opinião que "...demonstramos aquilo que fizemos no estágio e demonstramos aquilo que aprendemos e sabemos....podemos dar-nos a conhecer ao supervisor porque no semanário não falamos só das técnicas mas sim do que sentimos em determinadas situações e assim o supervisor acaba por nos conhecer melhor... consegui falar de tudo". Também o Hélder comentou:

Foi possível a enfermeira acompanhar-nos, ver as nossas dificuldades, acompanhar mais de perto o nosso processo de aprendizagem... acima de tudo, ao ler os semanários, o que a enfermeira estava a fazer era que fossemos bons profissionais... saber o que se passava connosco... era essencial... com a azáfama do serviço não tínhamos muito tempo para falar e eu através dos semanários pude expressar tudo aquilo que sentia, as minhas dificuldades, aquilo que eu achava que já fazia bem e no que já me sentia mais a vontade... saber que alguém competente, alguém que já passou pelo ensino, que já trabalha, que é aquilo que eu quero ser e fazer, que me está a ver... a ajudar... a melhorar... não só em termos práticos mas também em termos de pessoa e de relacionamento. Sentia-me à vontade naquilo que escrevia.

Nas entrevistas todos os alunos inquiridos referiram não sentir necessidade de reunir individualmente com a supervisora durante o ensino clínico e isto por vários motivos como demonstram os excertos das entrevistas (Tabela 24).

Tabela 24. Reuniões individuais com a supervisora

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Não sentiu necessidade	✓	✓	✓	✓	✓	5
A pedido da supervisora	✓	✓				2
Mediação de situações ocorridas com tentativa de resolução de conflitos	✓	✓				2

O Hélder explicou a este propósito:

Sempre tivemos uma boa comunicação e sempre havia essa facilidade de conversar antes da passagem de turno ou em outros momentos...nunca foi preciso porque a comunicação foi sempre bastante importante e presente. Os momentos...eram essenciais para também saber o que se fez mal hoje, ontem bem, ou bem hoje e mal ontem. Para saber o que melhorou ou o que tem de melhorar.

Duas alunas reportaram uma reunião individual a pedido da supervisora e realizada com cada aluna e com base nos escritos dos seus semanários. A Maria referiu que essa reunião foi solicitada pela supervisora por “uma situação que descrevi no semanário para me dar oportunidade de discutir a situação”. Também a Sofia relatou que “houve uma situação que se arrastou...falada pontualmente a pedido da supervisora...percebeu que não estava bem, pelo que escrevia nos semanários. Esclareci tudo com esta reunião”.

Os assuntos tratados nas reuniões de grupo incidiram essencialmente, segundo os cinco alunos entrevistados, sobre a avaliação do desempenho com a discussão dos aspectos a melhorar e foram percebidas como uma partilha das experiências (Tabela 25).

Tabela 25. Assuntos das reuniões de grupo com a supervisora

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Avaliação do desempenho/ Discussão dos aspectos a melhorar	✓	✓	✓	✓	✓	5
Esclarecimento de dúvidas	✓			✓	✓	3
Propostas para o ensino clínico/discussão das estratégias de supervisão	✓	✓			✓	3
Partilha de experiências	✓	✓	✓	✓	✓	5
Mediação de conflitos/ Resolução de problemas	✓	✓	✓			3

Assim a Karina referiu “...discutia-se os aspectos que estavam bem, os que se podiam melhorar e nós próprios tínhamos direito a expor as nossas questões se houvesse

alguma e concordar ou discordar”. Para a Joana as reuniões de grupo serviam para “ver qual a evolução do ensino clínico, o que não se devia ter feito... dar indicação do que era preciso mudar”. Quanto ao Hélder nas reuniões de grupo “ouvíamos o que se tinha para dizer... justificar... conversar... resolver situações... para o bem de todos e para o bem do grupo...se o grupo estava bem... individualmente também se estava... isso beneficiava a todos”.

Três alunos consideraram também as reuniões de grupo como permitindo o esclarecimento de dúvidas e a mediação dos possíveis conflitos com vista na sua resolução. Mais, viram igualmente nessas reuniões, uma oportunidade para propor alternativas ou melhorias ao decorrer do ensino clínico assim como discutir as estratégias de supervisão. A Maria exprimiu “falávamos de tudo o que englobava o estágio, o que se fazia...sentia, se os doentes eram muitos, se era muita sobrecarga de trabalho...abordámos as situações complicadas para as resolverem”. Já a Sofia referiu “discutia-se aquilo que não correu bem...que se poderia ter feito. O porquê de não conseguir objectivos, trinar dúvidas...explicar ao grupo. Falávamos sobre os portefólios e os semanários”.

Como se pode constatar na tabela 26, as respostas dos alunos entrevistados sobre as características de um bom supervisor foram variadas.

Tabela 26. Características de um/a supervisor/a ideal

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Disponibilidade/ Paciência para ensinar/ Que não pressione demasiado					✓	1
Que partilhe o seu conhecimento e as suas experiências					✓	1
Que faça perguntas pedagógicas				✓	✓	2
Responsabilizar/motivar o aluno para a necessidade de aquisição do saber para saber fazer					✓	1
Presente em todo o processo de supervisão				✓		1
Imparcial				✓		1
Atento/a	✓					1
Que não confronta o aluno com o seu erro em frente ao doente/ Que respeita o aluno como elemento em formação	✓					1
Dinamizador/a de novas experiências	✓					1
Não inquisidor/penalizador/autoritário		✓				1
Presente sem se notar		✓				1
Amigo/próximo dos alunos/transmita tranquilidade e à vontade			✓			1

Não há um número grande no total mas sim várias denominações de características de um/a supervisor/a ideal. Os seguintes excertos demonstram essa pluralidade de características no/a supervisor/a ideal:

Tem de ser aquele que não está lá como um general a ver o que fazemos ou o que não fazemos... assim ainda nos deixa mais constrangidos. Ninguém gosta de ser observado e se for uma pessoa que está ali a ver mas de forma despercebida, sem um olhar reprovador, para mim é o supervisor ideal (Maria).

É pôr à vontade os alunos, porque os alunos devem olhar para um supervisor como um amigo, como uma pessoa que está lá para ajudar e não como aquela pessoa que vai dar a nota, que o vai penalizar por uma falha ou outra...uma relação de respeito onde cada um sabe o lugar que ocupa e que tem sempre a noção disso...deve ser mais um amigo e tentar supervisionar de uma forma, não tão ríspida, como já encontrei tutores...preferiam depois, na avaliação, tecer as críticas e não chamar atenção depois de fazer determinada intervenção e encorajar para o melhoramento. O supervisor deve estar muito próximo dos alunos e pô-los à vontade. É essencial” (Hélder).

Primeiro uma pessoa que mostra disponibilidade para ensinar...ter alguma paciência porque os alunos não têm aquela prática de um profissional que está habituado a fazer aquilo...não ser uma pessoa que pressione demasiado... se já estamos nervosos por ser a primeira vez que estamos a fazer e se já estamos com dificuldade, ter uma pessoa, que esteja a pressionar muito o aluno, fica ainda pior... é claro que tem de haver uma certa pressão, porque se o supervisor está ali, tem de corrigir e perguntar, mas tem de ser dentro de certos limites... que seja uma pessoa disponível que não se importe de partilhar os seus conhecimentos e as suas experiências... a própria partilha de experiências da própria pessoa nos ajuda a perceber determinados aspectos...fazer algumas perguntas, tem de ser assim senão os alunos deixam “as coisas rolar”. Tem de haver alguma pressão porque as pessoas têm de ser responsabilizadas, têm de saber as coisas...é preciso ter os conhecimentos teóricos daquilo que se está a fazer” (Karina).

Constata-se também nesta tabela uma pluralidade de respostas quanto aos aspectos considerados essenciais existir no/a supervisor/a para motivar o interesse pela prática clínica e pelos conteúdos no processo de aprendizagem (Tabela 27).

Tabela 27. Aspectos considerados essenciais existir no/a supervisor/a para motivar o interesse pela prática clínica e pelos conteúdos no processo de aprendizagem

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
A criação de um ambiente afectivo-relacional	✓	✓	✓	✓	✓	5
Ser um/a supervisor/a que exerça enfermagem no serviço onde decorre o estágio		✓				1
Utilização de estratégias de supervisão promotoras da aquisição de conhecimento/interesse na área	✓	✓			✓	3
Transparência/sinceridade e igualdade de oportunidades no processo de formação	✓	✓		✓		3
Programar avaliações intercalares para possibilitar o melhoramento do desempenho		✓				1
Flexibilidade/afabilidade com os erros cometidos				✓	✓	2
Respeito pelo espaço de actuação do aluno e tempo de aprendizagem				✓		1
Incutir no aluno os princípios e valores básicos das técnicas e procedimentos				✓		1
Relacionar a teoria à prática com criatividade sem desrespeitar as normas e os critérios subjacentes à prática				✓		1
Zelar pelo não constrangimento do doente aos procedimentos e intervenções mais prolongadas e desconfortáveis				✓		1

No entanto, destaca-se nas respostas dos cinco alunos inquiridos que a criação de um ambiente afectivo-relacional é primordial para motivar o interesse pela prática clínica e pelos conteúdos no processo de aprendizagem. A esse propósito, o Hélder referiu:

O bom ambiente que o supervisor cria é importantíssimo, porque se houver algum atrito, que até pode ser merecido no contexto, o aluno na sua posição fica retraído... se o supervisor souber falar com calma, dizendo onde o aluno errou, com ponderação... o aluno interioriza mais e quando for a fazer novamente o procedimento... vai ter mais atenção, vai lembrar o que falou com o supervisor, vai saber como se faz e não vai cometer os mesmos erros. Se o tutor for ríspido, o aluno até evita de fazer as coisas com receio de “levar nas orelhas”.

De seguida destaca-se pelas respostas de três alunos da utilização de estratégias de supervisão promotoras da aquisição de conhecimento e interesse na área. Ou seja, a forma como é planeado e conduzido o ensino clínico pelo/a supervisor/a, influenciará com toda a certeza todo o decorrer do estágio no que respeita à integração, interesse e

motivação dos alunos à prática clínica e ao próprio processo de ensino e aprendizagem. Digamos que é ela que fará despoletar no aluno o gosto pela enfermagem. A Sofia foi desta opinião ao referir “Destaco a pessoa em si, o saber ouvir-nos, o saber estar do nosso lado, apoiar-nos, o saber ajudar nas técnicas, o saber ensinar-nos, ensinar-nos técnicas que se calhar não teríamos aprendido na escola...ajudar-nos sempre mais, que soubéssemos mais, estimulou-nos a que estudássemos mais”.

Outro aspecto considerado essencial existir no/a supervisor/a por três alunos, é a sua transparência, sinceridade e igualdade nas oportunidades que oferece ao aluno no seu processo de formação como referiu a Maria “...é preciso conseguir cativar o aluno a ter mais interesse na área. O supervisor deve ser sincero e não se chegar à avaliação final, como já vi acontecer noutros estágios, e dizer o que se deveria ter feito. Se tivesse dito o que estava mal antes, o aluno teria tido com certeza um desenvolvimento muito melhor. Teria tido oportunidade para isso porque quem está de fora consegue ver melhor que o próprio aluno...deve ser transparente...”.

Flexibilidade e afabilidade com os erros cometidos são outros dois aspectos apontados por dois alunos como fez a Karina na sua entrevista quando sublinhou “O supervisor não pode transformar aquilo num pesadelo para o estudante que já vem contrariado, que já vem com medo e que depois nem quer fazer. Deve ajudar, estar ali para auxiliar”. Com menor número de respostas surgem aspectos como ser um/a supervisor/a que exerça enfermagem no serviço onde decorre o estágio, como apontou a Maria “Sem dúvida ser um supervisor do serviço porque conhece o serviço, integra-nos na equipa de enfermagem e de médicos...de fora não consegue tanta interação dentro do serviço e não teríamos o leque de opções que tivemos”, programar avaliações intercalares para possibilitar o melhoramento do desempenho, respeitar o espaço de actuação do aluno e o seu tempo de aprendizagem, inculcar no aluno os princípios e valores básicos das técnicas e procedimentos, relacionar a teoria à prática com criatividade sem desrespeitar as normas e os critérios subjacentes à prática e zelar pelo não constrangimento do doente aos procedimentos e intervenções mais prolongadas. As respostas da entrevista da Joana ilustram bem estes últimos aspectos:

Perceber os anseios e medos dos alunos e utilizar estratégias par fazer regredir esse medo.

Que insista com o aluno se tiver dificuldade numa técnica ou situação ou procedimento,

deixando-o cometer os erros e dando-lhe espaço de actuação. Não é o conseguir que interessa na técnica... mas sim perceber o procedimento e os princípios básicos e necessários à realização da técnica. O aluno deve poder esclarecer as dúvidas na prática porque a teoria pode não se adaptar sempre à prática da forma como foi ensinada. No entanto respeita sempre os mesmos critérios. O supervisor deve respeitar o tempo de aprendizagem do aluno mas sem prejudicar os outros... deve-lhe proporcionar a mesma experiência noutra oportunidade para tentar novamente... respeitar o doente e não o expor a situações ou procedimentos prolongados. Deve existir uma partilha entre o aluno e supervisor, uma relação aberta para esclarecer dúvida e o aluno sentir-se bem ao fazer as perguntas.

Mais uma vez o clima afectivo-relacional é o denominador comum nas respostas dos cinco alunos quanto às condições ideais para o processo supervisivo (Tabela 28).

Tabela 28. Condições ideais para o processo supervisivo

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Duração do estágio razoável	✓	✓	✓		✓	4
Reuniões individuais quando solicitadas pelos intervenientes	✓	✓			✓	3
Avaliação intercalar para dar oportunidade de melhorar o desempenho	✓	✓		✓	✓	4
Avaliação final em concordância com a evolução do desempenho					✓	1
Acompanhamento supervisivo efectivo, regular, respeitoso	✓		✓	✓	✓	4
Estratégias de supervisão adequadas ao processo de formação (portefólios, semanários, estudos de caso, reflexões, etc.)	✓	✓	✓			3
Ambiente afectivo-relacional durante o processo supervisivo	✓	✓	✓	✓	✓	5

O Hélder referiu a este propósito que:

As condições ideais são haver um laço de confiança entre o tutor e o aluno, um laço de compreensão e o tutor lembrar-se que já passou pela mesma situação... e que é normal que o aluno cometa erros... por isso não pode ser ríspido... os alunos... estão a aprender, não sabem já tudo... quanto mais longo for o estágio melhor, porque a primeira semana ou semana e meia é para o aluno se adaptar ao sistema, aos enfermeiros, e as outras duas semanas de estágio não dão para nada... estamos naquela parte do aprender, do à vontade para fazer, e é quando o estágio está a acabar... o estágio devia ter oito, dez semanas. As estratégias de supervisão adoptadas não chegam para aprender porque aprende-se muito

junto do doente, associando-se a ele...no caso do portfólio eu tenho de saber o porquê de se administrar tal medicamento a este doente. Não pode ser dado simplesmente porque está prescrito. Tenho de conhecer o meu doente e a sua terapêutica e não só as indicações referentes ao medicamento... aquilo que eu sei tenho de o adaptar à prática e para aquele doente especificamente... é preciso saber o porquê... acabamos por desenvolver melhor as competências teóricas estando na situação prática.

Seguem-se a duração razoável dos estágios, entre oito a dez semanas segundo os alunos, um acompanhamento supervisivo efectivo, regular e respeitoso e uma avaliação intercalar que dê oportunidade de melhorar o desempenho. A Karina falou na sua entrevista da avaliação intercalar e considerou que:

A duração do estágio deve ser razoável como foi este. Quanto às reuniões, quando corre tudo bem não há necessidade de se marcar mais reuniões. A meio do estágio faz-se um ponto da situação para a pessoa perceber qual a sua evolução, o que pode melhorar e ter essa oportunidade de melhorar como proporciona essa reunião intercalar... para termos a noção do nosso desempenho, que podemos não ter, porque nos sentimos perdidos inicialmente... se não nos forem ditas em concreto nós também não sabemos... os supervisores estiveram sempre connosco, estivemos sempre acompanhados, por isso, a avaliação foi sendo feita ao longo do ensino clínico, diariamente. A forma como está a ser realizado este processo de formação parece-me estar correcto de momento.

A Maria avaliou o tempo de estágio referindo: “Deve ser um período grande para dar tempo a adaptar-se, saber onde estão as coisas, integrar-se bem. Quatro semanas ou um mês é pouco. No fim desse período é que deveríamos estar a começar o estágio... para desenvolver autonomia, o à vontade e o lidar com as situações... desenvolver competências... as estratégias e a avaliação intercalar dão-nos a oportunidade de saber em que ponto estamos. Ter a noção do desempenho”. A Sofia acrescentou “...o estágio foi curto...com mais tempo poderíamos ter aprendido mais”.

As restantes respostas consideraram as reuniões individuais, as estratégias de supervisão e a avaliação final, como outras condições ideais para o processo supervisivo.

Em unanimidade, os cinco alunos atribuem à avaliação intercalar uma grande importância no desempenho profissional (Tabela 29).

Tabela 29. Percepção do processo de avaliação

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Importância da avaliação intercalar no desempenho profissional	✓	✓	✓	✓	✓	5
Importância/aproveitamento da avaliação final para estágios futuros			✓	✓	✓	3
Inclusão/participação no processo de avaliação	✓	✓	✓	✓	✓	5
Diálogo e abertura no processo de avaliação	✓	✓	✓	✓	✓	5
Continuidade no processo de avaliação entre a avaliação intercalar e a avaliação final	✓	✓	✓	✓	✓	5

Como referiu Karina:

O processo de avaliação intercalar acaba por ser o mais importante porque se há alguma coisa que o aluno tem a emendar tem essa oportunidade...o aluno tem a noção exacta se está a correr bem ou se está a correr muito mal. Posso ter a noção de que não fiz grandes asneiras mas não sei se está a correr bem. Preciso de ter aquele feedback...a avaliação final é a nota final, é a parte que no fundo vai afectar mais as nossas vidas porque depois é essa nota que vai sair dali e interferir connosco e vai ser o reflexo daquilo que a gente esteve a fazer...a avaliação intercalar orienta-nos, porque senão chego ao fim sem saber se fiz bem ou mal e não tenho oportunidade de emendar, não é no final que vou fazer isso...as supervisoras sempre se mostraram disponíveis para esclarecer qualquer dúvida... e além do mais os próprios semanários permitiam a exposição das dúvidas e das dificuldades por escrito...na avaliação final acaba por não haver surpresas...supostamente desde a avaliação intercalar o aluno tem de melhorar e não regredir e foi alertado para os pontos em que devia trabalhar mais.

Valorizando também a avaliação intercalar, o Hélder acrescentou “É importante, porque na avaliação intercalar temos uma ideia daquilo que fazemos...é importante para nos situarmos, para saber onde investir mais”. Constata-se igualmente unanimidade no que concerne a inclusão e participação dos alunos no processo de avaliação. Colocaram a ênfase no diálogo e abertura que deve existir neste processo e da sua continuidade entre a avaliação intercalar e a avaliação final. A Joana referiu “a avaliação permite uma retrospectiva...teve em atenção o que cada um dizia. Havia abertura e diálogo...houve um processo de crescimento...possibilitou recuperar o mau desempenho”. A Marta acrescentou “Reforço a avaliação intercalar...tinha a opinião do orientador mas também pude dar a minha. Nunca foi num tom autoritário mas sim de partilha de experiências e

situações...na avaliação intercalar fica a saber o que está a fazer, é o mais importante”. Finalmente a Sofia expressou: “A avaliação intercalar é importante para ver em que situação está...dei o meu parecer, ouvi o que a supervisora me tinha para dizer e tentei desenvolver os pontos que ela referiu. Havia total à vontade nesse diálogo...a avaliação intercalar é muito importante e não deve deixar de ser feita porque, é nela que a pessoa tem noção de como está, do que faz...o supervisor... tem essa percepção que nós podemos não ver. Pode nos dar muita força para continuar e melhorar. Foi uma mais-valia”.

Os cinco alunos inquiridos consideraram que o processo de avaliação contribui para a qualificação do desempenho, ou seja, permite avaliar o estágio de aprendizagem e consequentemente direccionar para uma melhoria desse desempenho (Tabela 30).

Tabela 30. Contributos do processo de avaliação para a melhoria do desempenho

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Qualificação do desempenho	✓	✓	✓	✓	✓	5
Empenho e investimento na melhoria do desempenho	✓	✓	✓		✓	4
Reconhecimento e interiorização do erro na prática	✓	✓		✓		3
Reconhecimento e interiorização de comportamentos/attitudes erradas ou menos profissionais	✓	✓		✓		3
Aceitação do processo supervisoivo		✓				1

Hélder referiu “uma pessoa toma consciencia do nível em que está. Não sabemos tudo...temos uma ideia...sabemos mais um pouco do que quando iniciamos o estágio...temos de aprender mais...e muito para aprender...temos de ser práticos e profissionais”. Com a mesma óptica, quatro alunos valorizaram o empenho e o investimento na melhoria do desempenho que este processo de avaliação desperta naturalmente e em cada um deles. Karina revelou:

O processo de avaliação qualifica o nosso desempenho...implica que tenhamos de nos esforçar para obter determinado resultado que pretendemos...uma pessoa que seja minimamente responsável e que sabe que está a lidar com outras pessoas e com a prestação de cuidados a outros ia querer evoluir na mesma, mesmo que não fosse avaliado... o haver uma avaliação é um incentivo, vai qualificar a prestação e levar a pessoa a ter de se empenhar mais afincadamente nas coisas.

Três alunos atribuíram ao processo de avaliação um contributo no reconhecimento e interiorização de erros na prática, e de comportamentos e atitudes errados ou que possam ser menos profissionais. Joana referiu a propósito da sua expressão linguística pouco técnica “...há erros que não reconhecemos e precisamos de ouvir. Podemos não ter essa noção e precisamos que nos chame a atenção”. Uma aluna concordou em dizer que este tipo de processo de avaliação permite aceitar melhor o processo supervisivo porque “Sabendo em que ponto está, podemos tirar partido disso e tentar desenvolver aquilo que está a falhar. Mas para isso temos de aceitar a supervisão, porque se a pessoa não aceita o processo supervisivo fica muito limitada no seu crescimento pessoal e profissional. Se não sabe ouvir e aceitar ou pelo menos desmontar o que foi dito não saberá no dia-a-dia fazê-lo”.

Todos os alunos entrevistados consideraram que o ambiente afectivo-relacional que é criado com a supervisora possibilita aprender a (con) viver interpessoalmente (Tabela 31).

Tabela 31. Contributos do ambiente afectivo-relacional criado durante o processo supervisivo entre o aluno e a supervisora para o desenvolvimento pessoal e profissional

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Respeito nas relações interpessoais	✓	✓	✓	✓	✓	5
Respeito pela hierarquia			✓	✓		1
Abertura de diálogo	✓	✓	✓	✓	✓	5
Implicações positivas ou negativas na execução das intervenções	✓	✓	✓	✓	✓	5

A Karina foi muito clara quanto a isso ao explicar que:

O ambiente influencia sempre muito porque se não há nenhuma empatia, e as pessoas não têm de ser amigas, não tem de se criar um laço de amizade, vai dificultar todo o relacionamento...se as pessoas não se relacionarem minimamente depois também não conseguem trabalhar juntas. O mesmo se passa entre supervisor e aluno. Tem de haver um entendimento...os alunos não se sentem amedrontados, demasiadamente pressionados porque senão não conseguem interagir, vão estar com medo, constrangidos e isso não leva a que depois o aluno evolua ou goste de ali estar. O principal é ser bem tratada para se gostar de lá estar... temos de tornar o ambiente o mais agradável possível para todos... aluno e supervisor tem cada qual o seu papel e pode tender em termos relacionais mais para um aluno do que para outro, é natural, mas desde que no final faça

uma avaliação justa não importa...enquanto supervisora não pode favorecer mais essa pessoa porque gosta mais dela e prejudicar as outras porque não gosta tanto ou porque há feitos que se ligam melhor...nem dar mais oportunidades a uns do que a outros...eu não estava ali para julgar as outras pessoas ou para as outras pessoas me julgarem a mim. Estava ali para fazer as minhas coisas, ajudei sempre naquilo que foi preciso, também não posso dizer que pedi ajuda e ninguém me ajudou porque seria mentira. Apenas havia pontos de vista diferentes e a coesão do grupo ressentiu-se por isso...a natureza humana funciona assim mas o supervisor tem de ser justo no final. Lido melhor com isto do que os meus colegas porque já trabalho há alguns anos e deparo-me com isso no trabalho e já criei as “minhas defesas”...também tem a ver com a maturidade de cada um e cada um aceitar ou não ou perceber ou não.

Efectivamente os alunos explicam que ao criar um bom relacionamento, este, vai reflectir-se a nível pessoal e profissional de forma positiva como referiu Joana “o facto de a supervisora ser muito acessível e utilizar uma linguagem que os alunos percebessem contribui para esse crescimento. O ambiente era profissional”. O aluno aprende a respeitar o outro, abre-se para o diálogo e passa a ser o reflexo pessoal e profissional do modelo com que convive e pelo qual é supervisionado. O Hélder chegou mesmo a dizer que viu muitas vezes o/a supervisor/a como uma chefe “... olhávamos para a supervisora como uma chefe, mas no bom sentido...quando formos um dia trabalhar para um serviço, vamos ter sempre superiores hierárquicos para acatar ordens e assim pudemos ir já percebendo o porquê de chamar a atenção, perceber que são várias as formas de trabalhar, trocar pontos de vista para executar a mesma intervenção de forma diferente... perceber que se pode trabalhar de forma diferente apesar de se ter o mesmo curso. Ouvir opiniões, dialogar e respeitar as formas de trabalhar. A supervisora dava-nos as várias perspectivas do cuidar como faz uma chefe”. Pela minha experiência os alunos têm sempre muito receio em ser “criticados” ou “repreendidos” em frente ao doente (o que não deve ser feito, obviamente). Assim a Maria valorizou muito o bom relacionamento com a supervisora e referiu:

Foi deixar-nos à vontade, não estar ali de general...não nos reprimia em frente ao doente. Se assim fosse era colocar o aluno e o doente numa situação constrangedora... na execução da técnica o aluno sentiria medo de fazer por medo de ouvir a supervisora.

Já a Sofia explicou na sua entrevista a importância dessa boa relação no bem-

estar do aluno e na tranquilidade que transmite tanto na colocação de questões como na execução de técnicas. A aluna expressou:

Consegui um bom relacionamento com a supervisora, nunca tive qualquer tipo de medo de falar com ela, como já tive em outros estágios, foi uma relação aberta, onde expus as minhas dúvidas e ela respondia-me. Não me senti constrangida mesmo se fosse a dizer uma barbaridade porque sabia que ela não me iria castigar. Senti-me sempre à vontade e criei uma relação de afectividade com ela.

No que respeita a estratégia de distribuição dos doentes proposta pela supervisora para o desenvolvimento de competências para o cuidar, todos os alunos concordaram em dizer que esta estratégia foi essencial na adaptação progressiva e personalizada ao planeamento e organização das intervenções (Tabela 32).

Tabela 32. Contributos da estratégia de distribuição dos doentes proposta pela supervisora para o desenvolvimento de competências para o cuidar

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Adaptação progressiva e personalizada ao planeamento e organização das intervenções	✓	✓	✓	✓	✓	5
Gestão do tempo de prestação dos cuidados	✓	✓	✓	✓	✓	5
Gestão das capacidades/competências de cada aluno na prestação dos cuidados	✓	✓	✓	✓	✓	5

Possibilitou-lhes gerir o tempo necessário aos cuidados de enfermagem assim como adquirir a seu tempo as competências necessárias para prestar esses cuidados. Os excertos seguintes expõem as percepções dos alunos quanto a essa estratégia:

Essa estratégia permitia conjugar um doente independente e outros menos ou totalmente dependentes e permitia ver vários tipos de doentes, desenvolver competências para cada um deles e aprender a tratar deles consoante as suas necessidades... tentava pedir mais responsabilidades com mais doentes porque também queria ver até onde podiam ir as minhas capacidades... desenvolver as intervenções do cuidar do doente em tempo útil e aprender a calcular o tempo e fazer a gestão dos doentes (Sofia).

Temos o nosso período de adaptação e temos de aprender a organizar-nos. E se com um doente hoje demoramos mais tempo, vamos aprender a cuidar para que amanhã possamos gerir melhor o tempo. Ganhámos experiência, para depois ter tempo para cuidar ou receber outros doentes. Sendo de um modo regrado, gradual, aprendemos a poupar o tempo e tratar de mais doentes no turno...planeava melhor as minhas intervenções para

trabalhar em tempo útil, sem encurtar os tempos porque todos são precisos...tentava arranjar estratégias para fazer da melhor forma com a mesma qualidade mas mais rápido, para prestar os cuidados a todos os doentes que me fossem atribuídos nessa manhã (Hélder).

Manter a calma e controlar a ansiedade foram as estratégias mais utilizadas pelos alunos nas situações imprevistas em contexto de estágio (Tabela 33).

Tabela 33. Estratégias utilizadas na adaptação do plano de cuidados aos imprevistos encontrados e inerentes ao contexto de estágio e à condição de saúde do doente

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Ter um bom suporte teórico			✓			1
Manter a calma/controlar a ansiedade	✓	✓	✓	✓	✓	5
Ser ponderado e reflectido		✓	✓			2
Treinar a capacidade de adaptação	✓	✓				2
Actuar e reflectir a posteriori na adequação da actuação		✓				1
Recorrer ao enfermeiro/supervisor em caso de dúvida		✓		✓	✓	3

A Sofia referiu “eu tive muitos imprevistos com os meus doentes mas consegui adaptar-me. Consegui controlar a minha ansiedade e levar o doente aquilo que eu queria”. Recorrer ao profissional quer fosse supervisor ou enfermeiro foi outra estratégia a que recorreram três dos alunos entrevistados para fazer face a este tipo de situação. A Karina comentou:

Imprevistos neste género de serviço são o que mais há. Nunca se sabe o que vai acontecer. Organizamos como se fosse tudo correr dentro do planeado e depois os imprevistos têm de ser resolvidos no momento em que acontecem, porque se são imprevistos não há forma de prever que vão acontecer e logo que surgem resolvemos de alguma maneira. Se não soubermos, temos de pedir ajuda. Há situações que fazem confusão, onde eu não vou saber como reagir...hão de se resolver. Estamos num hospital e alguma coisa há de se fazer... nesta profissão os imprevistos são diários e se fossemos a ter medo dos imprevistos estávamos na profissão errada.

Também a Joana considerou “Assustava-me mas não entrava em pânico porque sabia que tinha a ajuda da supervisora ou do enfermeiro responsável. Primeiro identifico a situação, informo o supervisor do que vou fazer e se está correcto e depois resolvo a situação. Tinha sempre algum autocontrolo, conseguia fazer face aos imprevistos”. Ser

ponderado, reflectido e treinar a capacidade de adaptação foram duas estratégias adoptadas por dois alunos entrevistados. O Hélder referiu:

No dia anterior, como sabíamos que doentes nos iam ser atribuídos, planeava os meus cuidados em casa, com atenção aos pormenores, mas sabendo que de um dia para o outro tudo muda e que temos de estar preparados com um bom suporte teórico para saber como actuar face ao imprevisto. Também a calma e a ponderação são essenciais para não se atirar de cabeça mas sim reflectir no momento o que é melhor para o utente.

Ter um bom suporte teórico e fazer a reflexão pós-situação crítica para avaliá-la foram outras estratégias que apenas obtiveram uma resposta. A Maria respondeu “Se acontece algum imprevisto temos de nos adaptar. Se não dá para fazer o planeado temos de arranjar estratégia par dar a volta e não faltar com nada e fazer bem. No acto queremos agir e depois pensamos melhor na situação, reflectimos”. No meu entender, ter um bom suporte teórico é a chave mestre para resolver qualquer situação complexa. O facto de não ter sido referenciada pelos alunos em geral, não quer dizer que não tenham esta premissa presente. Estava subentendida nos seus discursos. O Hélder referiu:

No dia anterior, como sabíamos que doentes nos iam ser atribuídos, planeava os meus cuidados em casa, com atenção aos pormenores, mas sabendo que de um dia para o outro tudo muda e que temos de estar preparados com um bom suporte teórico para saber como actuar face ao imprevisto. Também a calma e a ponderação são essenciais para não se atirar de cabeça mas sim reflectir no momento o que é melhor para o utente.

Na tabela 34, uma resposta destaca-se de todas as outras. O facto de o aluno acreditar que os enfermeiros estão implicados no processo supervisivo e estão conscientes da sua importância para a qualidade do exercício profissional e dos cuidados de enfermagem.

Tabela 34. Crenças no/a supervisor/a como modelo de boas práticas de enfermagem e de bom exercício profissional

	Sof.	Mar.	Hel.	Joa.	Kar.	Total
Credibilidade acrescida sendo enfermeiro do serviço					✓	1
Valorização do tempo de experiência profissional					✓	1
Valorização da criatividade do enfermeiro/da adaptabilidade/capacidade de improviso do enfermeiro ao contexto e práticas	✓		✓		✓	3
Valorização das competências cognitivas/ Actualização do conhecimento do enfermeiro			✓		✓	2
Valorização do cumprimento das normas e critérios dos procedimentos e das intervenções					✓	1
Pensamento crítico e reflexivo do enfermeiro			✓		✓	2
Enfermeiros implicados no processo supervisivo e conscientes da sua importância para a qualidade do exercício profissional/cuidados de enfermagem	✓	✓	✓	✓	✓	5

À semelhança do que aconteceu nas tabelas 5 e 6, as respostas também aqui são variadas quanto às crenças no/a supervisor/a como modelo de boas práticas de enfermagem e de bom exercício profissional. Alguns alunos valorizaram a criatividade do enfermeiro, a sua adaptabilidade e capacidade de improviso ao contexto e às práticas, outros valorizaram as suas competências cognitivas e a actualização do seu conhecimento. Dois alunos acreditaram no pensamento crítico e reflexivo do enfermeiro. Apareceram em menor número de respostas, crenças na credibilidade do enfermeiro sendo ele, enfermeiro do serviço, no seu tempo de serviço e no cumprimento por parte dele das normas e critérios dos procedimentos e das intervenções. O excerto seguinte demonstra as crenças dos alunos:

Tem uma vasta experiência das práticas profissionais. As coisas foram-nos ensinadas de uma determinada maneira e depois chegamos aqui e não são feitas dessa maneira...não significa que não sejam na mesma a ser bem-feitas. Há muitas maneiras de fazer uma coisa. As pessoas adaptam-se à sua realidade e aos meios que tem disponíveis e não quer dizer que sejam más práticas. Aquilo que nos ensinam na teoria nem sempre corresponde...não considero que isso seja errado. São formas diferentes de trabalhar mas o conhecimento é geral e adquirido pelos enfermeiros todos...esse conhecimento é adaptado de forma diferente e às vezes, nós como alunos, sugerimos uma técnica diferente...como nos foi ensinado na escola, e não é bem aceite porque a sua forma de fazer está tão interiorizada que o enfermeiro acha que não pode haver outra. Cada um tem de respeitar a técnica de cada um mas temos de saber que a norma do procedimento é igual em todos os livros e que os procedimentos são actualizados...os enfermeiros têm

obrigação de estarem actualizados...há pessoas que ainda não acompanharam a mudança...a escola ensina-nos a adaptarmo-nos ao contexto e às pessoas sem nos impormos ou impormos novas regras mas sempre reflectindo as intervenções e procedimentos e respeitando normas e critérios universais...tive sempre bons orientadores que tem consciência que estando a supervisionar alunos têm um cuidado diferente...podem facilitar...mas dando sempre o exemplo porque os alunos estão a ver no supervisor um exemplo para as praticas futuras e com legitimidade em exigir que se faça bem porque também eles fazem bem...se o supervisor explicar que não faz, porque não tem material ou utiliza outro em substituição, o aluno entende e valoriza o ensinamento porque percebe que enfermagem também é uma profissão de improviso e que tem uma grande capacidade de adaptação ao doente, aos recursos e ao contexto (Karina).

Discussão. Face a tudo o que foi aqui referido, sustentado e analisado, por e através de vários autores e investigadores, é importante que fique bem claro que, o desempenho da função supervisiva apela a uma multiplicidade de características (quer sejam do supervisor quer sejam do supervisionado), de tarefas e funções a serem desempenhadas, a uma efectiva e saudável relação supervisiva, a estratégias de supervisão e a competências supervisivas, mas que fundamentalmente, todo este processo tem como principal finalidade o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus intervenientes.

Fonseca (2006), conclui que o desenvolvimento de competências do supervisor como profissional humano, resulta da interacção e da relação entre: saberes científicos específicos, a comunicação de saberes através de uma relação empática e de entreajuda de modo a integrar activamente o formando no processo; a dinamização da aprendizagem estimulando a criatividade; a inovação e o espírito crítico; os valores éticos e sociais, o respeito por si e pelo outro; a tolerância e honestidade; a recusa de preconceitos ideológicos, culturais ou sociais; o clima de partilha e cooperação e a avaliação e auto-avaliação. Resulta pois, do saber, do saber fazer e do saber ser do supervisor. Também segundo Pires et al. (2004) o ensino de enfermagem teve sempre grande ligação ao seu contexto de trabalho, dada a natureza essencialmente pratica da profissão. Sendo o seu âmbito de acção uma área em constante transformação dos seus saberes, torna-se inevitável a necessidade de pensar e repensar o processo formativo inicial mas também as praticas, bem como as competências essenciais ao desempenho profissional, num ambiente também ele em permanente transformação.

5.3. Resultados previsíveis e imprevisíveis: uma síntese final baseada em evidências

5.3.1. Resultados previsíveis

Analisando todas estas tabelas derivadas da decomposição e análise da entrevista realizada aos alunos de enfermagem pós-ensino clínico, retiramos delas informações preciosas que ajudam não só na compreensão e desmistificação do ensino clínico e dos próprios cuidados de enfermagem como do próprio processo supervensivo.

Efectivamente, numa primeira análise constata-se a importância crucial que tem o primeiro contacto com o contexto clínico na sua verdadeira acepção. A forma como é realizado, o sentimento que se coloca nesse primeiro contacto, nessa primeira visita ao campo de estágio, terá de antemão, no aluno, uma determinada incidência na sua percepção e aceitação do estágio. Colocará nele uma primeira impressão coincidente, ou não, com o que terá ouvido de outros colegas que por lá estagiaram, combinando um misto de curiosidade e medo do desconhecido. O intuito deste primeiro contacto é de alguma forma amenizar os anseios e medos que trazem os alunos de enfermagem e consequentemente desfazer alguns mitos associados aos processos de saúde/doença, ao próprio ambiente hospitalar e à multiplicidade de funções dos profissionais de saúde. Permite como referiu a Sofia ficar com as ideias principais na mente.

Na abordagem aos cuidados de enfermagem, os alunos, fruto da formação de base que têm vindo a adquirir, atribuem particular valor à recolha de dados e à avaliação inicial que se faz ao doente antes de qualquer prestação de cuidados. Avaliar o estado geral do doente, conhecer os antecedentes médicos associados à actual patologia, identificar as suas capacidades psico-motoras e o seu grau de dependência, são elementos fundamentais dos quais os alunos devem ter conhecimento antes da prestação directa de cuidados e de forma a estabelecerem as prioridades no cuidar para que essas prioridades se adaptem a um ou mais doentes.

No momento da prestação directa dos cuidados de enfermagem, os

alunos atendem às preferências ou solicitações dos doentes respeitando uma prática profissional, ética e legal conforma rege a definição de competências do enfermeiro de cuidados gerais (secção 3.2.2), segundo uma visão holística e criando uma relação empática e de escuta com o doente. No entanto, manter alguma distância nessa relação como medida de segurança do ponto de vista emocional e da própria actuação profissional, é um elemento que tem de ser levado em consideração. Apesar de se estabelecer uma relação de ajuda, o enfermeiro não será capaz de actuar com toda a proficiência, se estiver demasiado envolvido emocionalmente ou se fizer dele os problemas do doente. Perderá a objectividade indispensável a essa relação de ajuda. Assim, todo o ensino clínico é realizado, nunca perdendo de vista o respeito pelo cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e apela ao envolvimento dos alunos na procura da satisfação do doente, da promoção da saúde, do bem-estar e autocuidado e numa fase posterior na prevenção de complicações, na readaptação funcional e na organização dos cuidados de enfermagem.

Destaca-se igualmente desta primeira análise das tabelas, a necessidade do aluno estar perfeitamente integrado na equipa de enfermagem para otimizar o processo de formação e supervisão. Os alunos entrevistados realçaram a disponibilidade, a humildade e a presença efectiva dos enfermeiros nos momentos de prestação de cuidados e execução de técnicas e procedimentos. Sentiram apoio, incentivo e que todas as suas dúvidas e interrogações eram esclarecidas.

Para além de desenvolverem competências relacionais com a equipa de enfermagem, os alunos também eram integrados no seu grupo de trabalho e com ele desenvolviam interacções com implicações positivas ou negativas para o grupo em geral. Aprender a (co) relacionar-se é uma estratégia que tem a pretensão de desenvolver o espírito de grupo e o trabalho em equipa. Isto porque, não esqueçamos, enfermagem, é um trabalho de equipa.

Neste sentido e numa segunda análise das tabelas, destacou-se o papel fundamental do supervisor. Para além de o facto de a supervisora pertencer ao campo de estágio ser uma mais-valia para os alunos entrevistados, estes

identificaram outras características e outros aspectos necessários a um bom supervisor e a um bom processo supervisivo. Para os alunos inquiridos, o facto de a supervisora ser enfermeira do serviço, fez com que a integração ao contexto real da enfermagem seja facilitada, no uso dos recursos disponíveis e na compreensão das situações.

Todos relevaram a importância de se criar um ambiente afectivo-relacional no processo formativo e supervisivo para motivar não só o interesse pela prática clínica como pelos conteúdos no processo de aprendizagem. Transparência, sinceridade, igualdade de oportunidades, flexibilidade e afabilidade com os erros cometidos foram aspectos que os alunos entrevistados consideraram essenciais existir no/a supervisor/a. A utilização de estratégias supervisivas como os portefólios, os semanários, os estudos de caso e as reflexões finais, promovem a aquisição de conhecimento e interesse pela área. Assim, a forma como é conduzido o processo de supervisão, a escolha pertinente das estratégias, as características do supervisor, o seu empenho e implicação no processo supervisivo, contribuirão (ou não) para despoletar no aluno, interesse, motivação e implicação no seu próprio processo de ensino e aprendizagem. E, como foi referido por uma aluna entrevistada, a aceitação (ou não) do processo de supervisão.

A avaliação, sempre tão temida pelos alunos, foi encarada por estes alunos entrevistados, com alguma serenidade. Isto, segundo eles, atribuiu-se ao facto de lhes ter sido providenciada uma avaliação intercalar para lhes dar a oportunidade de melhorar o seu desempenho profissional. Sentiram-se sempre incluídos no processo de avaliação, focando o diálogo e abertura existente e o estímulo dado por esse processo no empenho e investimento na melhoria do desempenho e no reconhecimento e interiorização dos erros cometidos na prática e dos comportamentos e atitudes errados ou menos profissionais.

A finalizar a segunda análise das tabelas, destaca-se um dado importante para a consecução do processo supervisivo. Este dado respeita as crenças dos alunos, no/a supervisor/a como modelo de boas práticas de enfermagem e de bom exercício profissional. Efectivamente, constatou-se através das entrevistas que estes

alunos de enfermagem acreditam que os enfermeiros dos serviços em que estagiaram estavam indirectamente implicados no processo supervisivo, para além de implicados directamente nas boas práticas de enfermagem e do bom exercício profissional. Mais, acreditam que esses enfermeiros estavam conscientes da importância do processo supervisivo para a qualidade do exercício profissional e dos cuidados de enfermagem.

5.3.2. Resultados imprevísíveis

A missão da enfermagem é prestar cuidados adequados, de acordo com práticas eficientes e competentes que garantem ao doente, segurança, qualidade, satisfação e respeito pela sua dignidade. É um trabalho de parceria com os doentes, porque os ajuda a tomar decisões sobre a sua saúde desenvolvendo planos de cuidados centrados neles, e com os colegas, porque têm um objectivo comum: desenvolver uma prática clínica de qualidade e de excelência.

Neste sentido, exercer e supervisionar enfermagem, num contexto hostil, angustiante e em constante mutação, é uma tarefa que exige uma multiplicidade de características e estratégias adaptativas tanto para o aluno como para o supervisor. Lidar com alunos não é fácil e fazer com que goste de enfermagem e se identifique com ela, também não. Lidar com personalidades diferentes, graus de maturidade diferentes, percepções diferentes e posturas diferentes, fazem com que a supervisão deva ser sempre (re) negociada entre os seus intervenientes. Combina processos de mediação e exige alguma preparação ou habilidade por parte do supervisor.

Em qualquer contexto de estágio, articulam-se e coabitam categorias profissionais, com preparações científicas diferentes, personalidades diferentes, capacidades de raciocínio diferentes, que obrigam o aluno a adaptar-se e a interagir para que ele próprio encontre o seu espaço e se posicione como futuro profissional. Assim, variáveis como o contexto, as equipas multidisciplinares que compõem os serviços hospitalares, personalidades, capacidades, habilidades, empenho e envolvimento, dedicação e motivação, disponibilidade, espírito crítico e reflexivo, interesse e competências são variáveis que têm um carácter imprevisível e podem alterar o rumo da supervisão. Mesmo assim e

pela minha experiência profissional como enfermeira e supervisora das práticas clínicas, fica claro que a qualidade de qualquer processo supervisivo tem uma importância fundamental nos processos de construção do conhecimento pessoal e profissional, no desenvolvimento de uma prática reflexiva e crítica e conseqüentemente na identidade profissional.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 Introdução

Este capítulo faz, depois desta breve introdução, uma análise crítica dos resultados e suas implicações a nível da sua contribuição para os estágios dos alunos de enfermagem em ensino clínico e para a valorização profissional e pessoal dos supervisores neste contexto (6.2), evidencia o impacto do estágio (6.3) a nível pessoal (6.3.1), a nível institucional (6.3.2) e a nível de conhecimento na área de especialização (6.3.3).

6.2 Análise crítica dos resultados e suas implicações

Do acompanhamento supervisivo que foi feito aos alunos para que o ensino clínico decorresse nas melhores condições possíveis para os seus intervenientes, emergiram aspectos importantes à compreensão da supervisão deste ensino clínico de enfermagem.

Foi notório que os alunos valorizaram muito o contexto de estágio considerando-o uma oportunidade para transpor o conhecimento adquirido na escola à uma realidade com a qual se confrontaram. Realidade essa, que teve vários níveis de complexidade e dificuldade de compreensão, adaptação e integração. Assim, para além de oferecer várias oportunidades de experiências, este contexto foi também muito temido pelo seu carácter imprevisível e desconhecido. Mais, tratar vidas humanas, apelou a muita responsabilidade e atenção pelo potencial erro terapêutico subjacente a qualquer decisão.

Constatou-se igualmente que os alunos valorizaram muito a relação pedagógica

na supervisão, a relação com a equipa de enfermagem e a forma como foram acolhidos no serviço. Tendo o ensino clínico, segundo os alunos, sido realizado num ambiente calmo e de confiança, possibilitou ao aluno colocar todas as questões que lhe foram surgindo durante o ensino clínico e desenvolver uma prática segura e eficiente. O facto de estar sempre presente “o pilar de segurança”, quer seja ele o enfermeiro do serviço quer seja ele o supervisor, possibilitou ao aluno uma prestação mais serena e confiante. É também neste ambiente clínico e supervisivo que alguns alunos confirmaram com “a prova” do ensino clínico se de facto é o curso que querem continuar e se de facto se sentem capazes de serem enfermeiros ou seja, se é a sua derradeira missão. Para além de valorizar muito o desenvolvimento de competências relacionais no ensino clínico assim como das competências cognitivas e técnicas, os alunos preocuparam-se em não perturbar a dinâmica do serviço no qual estavam a estagiar e em não “atrapalhar” o desempenho dos enfermeiros. A capacidade de trabalho em grupo foi amplamente testada quer seja dentro do grupo de alunos em estágio, quer seja no seio da equipa multidisciplinar.

No final do ensino clínico, muitos alunos consideraram que a experiência hospitalar ultrapassou os objectivos pré-definidos pela escola e pelo próprio aluno, isto porque obrigou a uma reflexão sobre e na acção e ao desenvolvimento de outros saberes intrínsecos aos contextos práticos. No entanto, surgiu também nos alunos a percepção de um confronto entre uma enfermagem “fictícia” ensinada na escola e uma enfermagem em contexto real com situações e pessoas reais. O saber profissional colidiu com o agir profissional numa realidade contextualizada que o aluno aprendeu a analisar criticamente, consolidando o conhecimento adquirido previamente e tomando consciência dos diferentes papéis que assume o enfermeiro assim como das competências que precisa desenvolver para a sua actividade. É na base desta aprendizagem experiencial que emergiu a sua identidade profissional e onde adquiriu a sua própria autonomia.

Considerando o que aqui foi referido, é obvio que o processo supervisivo e o perfil do supervisor foram essenciais na integração dos alunos ao contexto e ao seu processo de formação. Estes alunos foram “treinados” segundo uma metodologia adequada e personalizada dentro do possível. A utilização das estratégias de supervisão

a que se recorreu possibilitou aos alunos não só adquirir uma bagagem de conhecimentos teóricos como exercitar a sua capacidade de pensar criticamente e reflexivamente, inserido-se num contexto prático e numa relação de ajuda com os doentes e numa relação profissional com a enfermagem. Desenvolveram positivamente as competências pretendidas para este ensino clínico e para o exercício profissional de qualidade. Disponibilidade, paciência, vontade de ensinar, abertura e diálogo, foram características identificadas pelos alunos na supervisora, que coadunaram com o desenvolvimento pessoal e profissional deles. O ambiente afectivo-relacional estava presente, segundo as narrativas e as entrevistas dos alunos, assim como a implicação do supervisor e de toda uma equipa de enfermagem, culminando na consecução deste processo de formação e supervisão para todos os seus actores.

6.3 Impacto do estágio

6.3.1. Impacto do estágio a nível pessoal

Iniciar um “empreendimento” destes não foi tarefa fácil. Efectivamente, saber por onde começar e que rumo seguir são interrogações que se apresentam naturalmente neste tipo de investigação. Depois, à medida que o estágio avança, o afinamento e refinamento das questões de partida aparecem. Ter tido oportunidade de reflectir em concreto sobre um trabalho de supervisão que eu realizo há já alguns anos foi, para mim, muito gratificante porque me permitiu estar ainda mais próxima dos meus alunos e perceber quais as suas angustias e preocupações face ao contexto de trabalho e quais as suas expectativas para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Analisar a minha percepção como supervisora sobre as características da reflexão desenvolvida pelos alunos de enfermagem durante o ensino clínico, analisar as características principais dos níveis de reflexão nuclear desses alunos no final do estágio, saber quais as suas opiniões sobre o processo supervisivo durante o estágio e sobre as características de um bom supervisor, foram objectivos difíceis não só de delinear mas de concretizar.

O percurso foi longo e exigiu grande disponibilidade e empenho. Do ponto de vista pessoal, este trabalho veio consolidar a minha percepção que a supervisão das práticas clínicas é um processo emancipador e facilitador da aprendizagem e do

desenvolvimento pessoal e profissional se for encarado numa perspectiva de parceria entre supervisor e supervisionado e que dessa parceria todos saiam a ganhar. No que me diz respeito, sempre tive uma postura supervisiva que transmitisse serenidade aos alunos de enfermagem no ensino clínico. Considero de facto essencial que se estabeleça um clima afectivo-relacional porque é na base desse clima que o supervisionado vai desenvolver-se e que o supervisor vai desempenhar funções com competência e pertinência. Tenho plena consciência das minhas responsabilidades como educadora e como enfermeira.

O contexto hospitalar é um espaço de formação com a sua complexidade inerente onde interagem um conjunto de pessoas com determinadas acções. O meu papel neste sentido é duplo. Cabe-me a mim exercer supervisão de acordo com os objectivos estabelecidos pela instituição de ensino e pelo aluno e ao mesmo tempo ser uma referência para a prestação directa de cuidados de acordo com a dinâmica e orgânica do meu serviço.

Este estágio contribuiu para que retirasse o máximo potencial destes dois papéis ajudando o aluno em formação a desenvolver não só o saber científico mas também uma postura reflexiva, crítica e de constante análise das suas práticas clínicas, de constante participação no seu processo de formação e de integração nas relações interpessoais e interdisciplinares. Ser enfermeiro é ser capaz de tomar decisões em situações complexas através de um agir profissional responsável. Com o decorrer deste estágio pude reafirmar a necessidade de o enfermeiro se tornar um modelo para o aluno e consequentemente quem supervisa estar atento quando um aluno se confronta com um profissional que não seja o melhor modelo. Deve usar de toda a sua perícia para que o aluno, através de um processo reflexivo saudável, se desenvolva pessoal e profissionalmente de forma positiva, e saiba diferenciar uma prática eficaz e eficiente de uma prática menos representativa dos bons cuidados de enfermagem.

6.3.2. Repercussões do estágio na instituição

Este estágio a nível institucional poderá contribuir para dar visibilidade à supervisão em clínica no seio da comunidade de enfermagem. Atendendo ao facto dos ensinamentos clínicos serem realizados com frequência durante o ano, torna-se imprescindível que todos os enfermeiros tenham consciência da sua responsabilidade social e que todos

se empenham afincadamente em transmitir o seu saber, saber fazer e saber estar com alto nível de competência.

Este trabalho não tem a pretensão de ser o único a desmistificar a supervisão das práticas clínicas, mas pretende apenas guiar alguns passos, que como eu, se interessaram por ser melhores supervisores e melhores enfermeiros. Este trabalho deverá ser enriquecido com novas perspectivas, novas experiências e novas percepções para que a supervisão possa ser ainda mais estruturada, personalizada e formativa para todos os seus actores. Este trabalho teve, sim, a pretensão de sensibilizar todos os profissionais para a importância da supervisão inserida numa prática de enfermagem de qualidade e de excelência. Sendo a supervisão das práticas de enfermagem, um campo de investigação vasto mas ainda pouco explorado, espera-se que este trabalho seja um entre muitos.

6.3.3. Impacto do estágio a nível de conhecimento na área de especialização

Retomando as ideias de Vieira (1993) sobre a supervisão da formação inicial dos professores e aplicando-a à enfermagem, posso dizer que a supervisão define-se no contexto da formação dos enfermeiros, como uma actuação de monitorização sistemática da prática clínica, sobretudo através de procedimentos de reflexão e de experimentação. Desta definição também retiro, como Vieira (1993) no caso dos professores, os seguintes pressupostos: o objecto da supervisão é a prática clínica do enfermeiro, a função primordial da supervisão é a monitorização dessa prática e os processos centrais da supervisão são a reflexão e a experimentação. Como se constata, o termo supervisão segundo Vieira (1993) aplica-se perfeitamente ao contexto e prática clínica em enfermagem. No entanto, a supervisão em clínica na enfermagem entende-se como uma supervisão não imposta, não autoritária, não dirigida como poderá ser interpretada a palavra supervisão. Este tipo de supervisão assente mais numa supervisão democrática, colaborativa e emancipadora na qual os seus intervenientes procuram desenvolver-se pessoal e profissionalmente.

O supervisor tem um papel demasiado importante para ter uma função tão redutora. É certamente uma tarefa complexa que conjuga estratégias, modelos, características, qualidades e habilidades do supervisor mas no entanto deve ser encarada

numa perspectiva colaborativa. A criação de um ambiente afectivo-relacional adequado facilita o processo de ensino-aprendizagem e orienta a prática clínica para uma tomada de decisão assertiva e reflexiva, combinando processos de mediação e interacção entre os sujeitos envolvidos. Como refere Abreu (2003) a prática clínica não reside apenas na aplicação do conhecimento teórico mas sim no desenvolvimento de competências somente acessíveis por esta via. D' Espiney (2003) acrescenta que a formação em enfermagem confronta-se com a necessidade de repensar o seu processo de trabalho bem como as competências a desenvolver para o desempenho profissional porque se movimenta num meio em permanente mudança. Assim a supervisão assume-se neste contexto em permanente transformação e gerador de grande ansiedade, medos, incertezas e inseguranças, como o apoio necessário e imprescindível à adaptação e integração do aluno a esse contexto e cuja finalidade é potencializar o desenvolvimento pessoal e profissional do supervisionado através de uma relação saudável e de confiança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2002). Supervisão Clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*, 45 (11), 53-57.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em Saúde? Cadernos Sinais Vitais nº1*. Coimbra: Formasau Editora.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau
- Alarcão, I. (2001). Escola reflexiva e desenvolvimento institucional: que novas funções supervisivas? In J. Oliveira-Formosinho (org.), *Supervisão na Formação de Professores* (pp.34-76). Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14 (3), 373-382. Acedido a 30/05/2010 em www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf
- Alarcão, I. & Roldão, M.C. (2010) *Supervisão, um contexto de desenvolvimento profissional dos professores* (2ª edição). Mangualde: Edições Pedagogo, Lda.
- Alarcão, I., & Sá-Chaves, I. (1994). Supervisão de professores e desenvolvimento humano. Uma perspectiva ecológica. In Tavares, J. (org), *Para intervir em Educação. Contributos dos Colóquios*. Aveiro: Edições CIDInE.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (1987) *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem* (1ª edição). Coimbra: Livraria Almedina.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª edição). Coimbra. Livraria Almedina.
- Asseiro, L. (2002). Formação em Enfermagem: controvérsias e desafios. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 5, 28-30.
- Bernardino, D. (2007). Supervisão e relações supervisivas- A importância na construção da identidade do enfermeiro. *Revista Sinais Vitais*, 72, 2.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em Educação*. Coleção Ciências da Educação. Porto: Porto Editora.
- Calder, J.M. (1960). *História da enfermagem*. Porto: Livraria Civilização.
- Canário, R. (org) (2003). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.

- Carapinheiro, G. (1997). *Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares* (3ª Edição). Porto: Edições Afrontamento.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- Chaves, M.C. (2010). *Pedagogia no ensino superior: uma proposta de análise e de autoavaliação*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.
- Collière, M.F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa e Silva, A. M. & Moreira M. A. (2009). *Formação e Mediação sócio-educativa, perspectivas teóricas e práticas*. Porto: Areal Editores.
- Crasborn, F., Hennissen, P., Brouwer, N., Korthagen, F., & Bergen, T. (2008). Promover a versatilidade no professor supervisor no uso de competências de supervisão, *Teaching and Teacher Education*, 24, 499-514.
- Cruz, I., Moreira, M.F., Lessa, M.C., & Silva, M.J. (2005). Uma Perspectiva Histórica Sobre o Cuidado. *Revista Sinais Vitais*, 58, 47- 54.
- Cunha, M., Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, F., Alves, L., Santos, R., et al. (2010). *Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura*. <http://hdl.handle.net/10400.19/308>
- Delors, J. Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Geremek, B., et al., et al. (1996) Educação- um tesouro a descobrir. *Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Porto: Edições ASA. Coleção Perspectivas Actuais.
- Dixe, M. A. C. R. (2007). Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a orientação em parceria (enfermeiros orientadores e docentes dos ensinos clínicos). *In Enfermagem* (47/48), (2), 70-83.
- Donahue, M.P. (1985). *Nursing, The Finest Art: An Illustrated History*. St Louis, Mo: Mosby.
- Faria, S. (2007). *Supervisão clínica na enfermagem no caminho da excelência dos cuidados*. Disponível em http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com-content&do_pdf=1&id=2959.

- Fernandes, J. (1998). A construção do Currículo em Enfermagem-Concepções Educacionais e Pedagógicas: Da Normatividade à Autonomia. *Revista Referencia*, 0, 33-39.
- Fernandes, O. (2008). Ensino Clínico Hospitalar em Enfermagem-Formar no Confronto com a Experiência. *Pensar Enfermagem*, 12, (1).
- Ferreira, F.A.G. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, M.M.C. (2005). Alguns factores que influenciam a aprendizagem do estudante de enfermagem. *Millenium- Revista do ISPV*, 31,150-173.
- Fonseca, M.J. (2006). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem- Perspectiva do docente* (1ª edição). Coimbra. Formasau.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realidade*. Loures: Lusociência.
- Gago, E. T. D. (2008). Crenças de eficácia nos papéis de carreira, valores de vida e prática de supervisão de ensinos clínicos, em enfermeiros (*tese de mestrado em ciências da educação universidade de lisboa. faculdade de psicologia e ciências da educação*. repositorio.ul.pt/.../16863_disserta00e700e3o%2520de%2520mestrado%2520de%2520t00e2nia%2...).
- Gall, M. D., Borg, W.R. & Gall, J.P. (1996). *Educational research. An introduction*. London: Longman Publishers.
- Garrido, A., Simões, J. (2007). Supervisão de alunos em ensino clínico. Uma reflexão. *RevistaNursing*,218.
http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2769
- Garrido, A., Simões, J., Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem-perspectivas práticas*. Aveiro: Edição Universidade de Aveiro, Comissão Editorial, Campus Universitário de Santiago.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1997). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

- Gordon, M. (1982). *Nursing diagnosis: process and application*. St. Louis: McGraw-Hill.
- Graça, L., Henriques, A. (2000). *Florence Nightingale e Ethel Fenwick: Da Ocupação à Profissão de Enfermagem*. (p.63).
http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos_papers.html
- Graça, L., Henriques, A. (2000). *Evolução da Prática e do Ensino da Enfermagem em Portugal*. (p.62). http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos_papers.html
- Hadji, C. (1994). *A avaliação, Regras do jogo: Das Intenções aos instrumentos*. Porto: Porto Editora.
- Hospital de Braga (2009). Estrutura organizacional do Hospital de Braga. *Comunicação Interna-CE 003/09 de 22 de Setembro (1-6)*.
- ISAVE (2010). *Guia de Orientação para o ensino clínico em especialidades médicas e cirúrgicas, 3º Ano de Licenciatura em Enfermagem*. Póvoa de Lanhoso: ISAVE
- Korthagen, F.A.J. (2004). Em busca da essência de um bom professor: para uma abordagem mais holística na formação de professores. *Teaching and Teacher Education*, 20, 77-97, *Journal homepage www.elsevier.com/locate/tate*.
- Lesne, M. (1984). *Trabalho pedagógico e Formação de Adultos*. Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Leite de Barros, B. A.L. (2009). Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: *NANDA-NIC*. *Acta Paul Enferm*, 22 (Especial-70 anos), 864-867 em www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf
- Mcmillan, J. & Schumacher, S. (1997). *Research in Education*. Longman: Addison-Wesley Educational Publishers.
- Macedo, A.P. (2002). Ensaio preliminar para a construção de um modelo teórico de análise da formação em contexto de trabalho hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 6, 51-60.
- Silva, D., Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem- Editora: Instituto Politécnico de Viseu *Revista Millenium .RE*, 30, (103-118), em <http://hdl.handle.net/10400.19/445>
- Simões, J. F. F. L. (2006). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: três olhares cruzados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 14, 2.

- Meijer, P.C., Korthagen, F.A.J., & Vasalos, A. (2009). Presença de apoio na formação de professores: a conexão entre os aspectos pessoais e profissionais do ensino. *Teaching and Teacher Education*, 25, 297-308, em *journal homepage*: www.elsevier.com/locate/tate.
- Nogueira, M. (1990). *História da Enfermagem*. Porto: Edições Salesianas.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro- enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência
- Marques, A. (1976). *História de Portugal (2ª ed)*. Lisboa: Palas.
- Pedrosa, A. (2004). A Enfermagem Portuguesa- Referências Históricas. *Revista Referencia*, 11, 69-78.
- Pereira, E. (2008). *Diários de aprendizagem. Promoção da reflexão na prática clínica*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (tese de mestrado não publicada).
- Parreira Mendes, F.R., & Mantovani, M.F. (2009). Ensino de enfermagem em Portugal: contributos para a sua história. *Cogitare Enferm*, 14 (2), 374-378.
- Pinto, C. (2000). *Formação em Enfermagem: Docentes investigam*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Pires, M., Morais, E.J., Santos, M., Kock, M.C., Sardo, M.D., & Machado, P.A. (2004). Supervisão Clínica de alunos de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 54, 5.
- Proctor, B. (1991). On being a Trainer. In W. Dryden, & B. Thorne (Ed), *Training and supervision for counselling in action* (pp.49-86) Wiltshire, UK: Sage Publications,
- Royal College of Nursing (2003). *Defining Nursing*. Royal College of Nursing. WWW.URL.
<http://www.rcn.org.uk/downloads/definingnursing/definingnursing5.pdf>.
- Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Sá-Chaves, I. (2002). A construção do conhecimento pela análise reflexiva da praxis. *caderno CIDInE, Supervisão e Formação de professores*, Edição Dezembro de 1991, 23-30.
- Santos, E.M. (2000). Concepções de cuidados de enfermagem dos docentes de enfermagem. In A. Queirós, L. Silva, & E. Santos, *Educação em Enfermagem* (p.57-127). Coimbra: Quarteto Editora.
- Schön, D. (1991). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
- Serra, M.N. (2006). Supervisão dos estudantes de enfermagem realizada por enfermeiros de prática clínica: a perspectiva dos actores. *Associação Portuguesa de Enfermeiros/Investigar para melhor cuidar*. Lisboa: APE.
- Silva, H. (2001). A concepção de Cuidados de Enfermagem em Florence Nightingale. *Nursing*, 154 (13), 33.
- Simões, J.F., & Garrido, A.F. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem* 16 (004), 599-608.
- Sousa, M. A. (1995). A Enfermagem nos últimos vinte anos. *Revista Enfermagem em Foco-SEP*, Ano V (Especial Dezembro 95), 7-9.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (2005). *Psicologia do desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Vieira, F. (1993). *Supervisão: Uma Prática Reflexiva de Formação de Professores*. Rio Tinto: Edições Asa.
- Vieira, F. (2009). SuperVisão pedagógica e emancipação profissional. *Revista Elo*, (16), (31-35).
- Vieira, F., Moreira, M.A., Barbosa, I., Paiva, M., & Fernandes, I.S. (2010). No caleidoscópio da Supervisão: *Imagens da Formação e da Pedagogia* (2ª Edição, revista e aumentada). Mangualde: Edições Pedagogo, Lda.
- Zabalza, M.A. (1994). *Diários de aula: contributo para o estudo dos dilemas práticos dos professores*. Porto: Porto Editora, Lda.

Zabalza, M.A. (2004b). *O ensino universitário: O cenário e os seus protagonistas*.
Porto Alegre: Artmed Editora.

Legislação

Comissão Europeia http://ec.europa.eu/index_fr.htm

Decreto-Lei nº 247/2009, de 22 de Setembro. *Regime legal da carreira aplicável aos enfermeiros nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde, nível habilitacional e estrutura da carreira.*

Decreto-Lei nº 248/2009, de 22 de Setembro. *Regime da carreira especial de enfermagem e nível habilitacional.*

Europa, Parlamento Europeu (2005). Directiva 2005136/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, nº5 do artigo 31.

Lei nº 12-A/2008 de 27 de Fevereiro. *Definição e regulação dos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas.*

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Conselho de Enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Plano estratégico do ensino de enfermagem 2008-2012.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.* Nova redacção conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do enfermeiro.* Nova redacção conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Portal do governo francês, 2009<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/le-passage-au-lmd-des-professions-paramedicales>

Portugal, Ministério Saúde (1996). D.L. nº161/96 de 4 de Setembro: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Portugal, Ministério da Saúde (1998). D.L nº 104/98, de 21 de Abril: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Portugal, Ministério da Saúde (1999). Portaria nº799-D/99, de 18 de Setembro: Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

APÊNDICES

Apêndice 1
Informação complementar

Quadro 1. Valências médicas no Hospital de Braga

Anatomia Patológica;	Fisiatria;	Obstetrícia;
Anestesiologia;	Gastroenterologia;	Oftalmologia;
Cardiologia;	Ginecologia;	Ortopedia;
Cirurgia Geral;	Imuno-hemoterapia;	Otorrinolaringologia;
Cirurgia Plástica;	Medicina Interna;	Patologia Clínica;
Cirurgia Vascular;	Neonatologia/UCIN	Pediatria;
Dermatologia;	Neurocirurgia;	Pneumologia;
Endocrinologia;	Neurologia;	Radiologia;
Estomatologia;	Neuroradiologia;	Urologia.
UCIP (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente);		

Quadro 2. Serviços de apoio às valências médicas no Hospital de Braga

Laboratório de Hemodinâmica;	Serviços Farmacêuticos;
Central de Consultas Externas;	Esterilização;
Hospital de Dia Oncológico;	Serviço Social;
Serviço Domiciliário;	Serviços Administrativos;
Bloco Operatório;	Serviços Hoteleiros;
Fisiatria;	Outros Serviços de apoio;
Meios Complementares de Diagnóstico;	



Fonte: Departamento de Educação Permanente (2010)

Figura 1. Constituição da nova administração do Hospital de Braga

Apêndice 2

Protocolo da entrevista “Reflexão nuclear sobre o estágio e competências de um bom supervisor”

ENTREVISTA

Agora que acabou o estágio em clínica, gostava de saber o que pensa e sente sobre este tipo de processo de estágio e as características que considera importantes o/a supervisor/a possuir.

- 1 – Como descreve o seu primeiro contacto com o contexto de estágio? O que sentiu?
- 2 – A visita ao serviço que realizou no início do seu estágio teve algum contributo para a sua adaptação ao contexto? Porquê?
- 3 – Como caracterizou o seu primeiro doente para planificar os cuidados durante essa manhã de trabalho?
 - 3.1 – Que dificuldades sentiu?
 - 3.2 – Como as ultrapassou?
- 4 – Sentiu-se integrado/a na equipa de enfermagem? O que aconteceu para que se sentisse assim?
 - 4.1 – E com os seus colegas de estágio sentia-se integrado/a? Porquê?
- 5 – Durante o estágio, o que o/a impressionou mais positivamente no seu contexto de trabalho? Porquê? O que o/a impressionou mais negativamente? Porquê?
- 6 – Quando lhe foi atribuído mais do que um doente como estabeleceu as suas prioridades para tratar deles?
- 7 – Que colheita de dados fazia durante o estágio para identificar os diagnósticos de enfermagem?
 - 7.1 – Tinha dificuldades em aplicar a sua prática respeitando os padrões de qualidade instituídos pela Ordem dos Enfermeiros? Porquê?
 - 7.2 – Quando cumpria a prescrição médica de uma terapêutica, estava alerta quanto à forma de a ministrar? Como?
 - 7.3 – No período do pós-operatório, sabia correlacionar a terapêutica prescrita ao seu doente com o tipo de intervenção cirúrgica a que tinha sido submetido e/ou com o seu estado de saúde inicial? Como fazia isso?
 - 7.4 – Nesse mesmo pós-operatório, identificada alguma problemática para o doente (retenção urinária, hipoglicémia, paragem cardio-respiratória, etc.) como conseguia distinguir as intervenções de enfermagem autónomas das que carecem de prescrição médica, para actuar?
- 8 – Geralmente, como organizava a prestação dos cuidados de higiene e conforto aos seus doentes?
 - 8.1 – Quais foram as suas principais dificuldades?
 - 8.2 – Como as ultrapassou?
- 9 – Que responsabilidades tem na alimentação dos seus doentes? Que tipo de cuidados tem na implementação e administração das dietas?
- 10 – Que tipo de relação criava com os seus doentes?
 - 10.1 – Sentia alguma diferença/dificuldade de relacionamento com o utente em função da gravidade da doença? Porquê?
 - 10.2 – E do tipo de doença? Porquê?

- 11 – Acredita que os conhecimentos que possuía durante o estágio eram suficientes para as funções que exercia? Porquê?
- 12 – Em sua opinião, no final do estágio adquiriu as competências necessárias para ser enfermeiro/a? Quais competências considera mais importantes? Porquê?
- 13 – Acredita que este processo formativo contribuiu para o seu desenvolvimento pessoal? Porquê?
- 14 – Agora que terminou o estágio, o que é para si um(a) enfermeiro/a?
 - 14.1 Como vê o seu papel como enfermeiro?
- 15 – Porque escolheu ser enfermeiro/a?

II

Esta parte da entrevista é para me dar a sua opinião sobre o processo de formação e supervisão durante o estágio clínico.

- 16 – Em sua opinião, o portefólio sobre a terapêutica contribuiu para cumprir devidamente a prescrição médica? Porquê? (para saber diluir, não haver erros de medicação, etc.)
- 17 – Que papel atribui aos semanários que elaborava no seu processo de desenvolvimento profissional? E de desenvolvimento pessoal?
 - 17.1 – Sentia algum constrangimento na elaboração desses semanários? Porquê?
- 18 – Alguma vez solicitou reuniões com a supervisora para discutir assuntos do seu estágio?
 - 18.1 – Se sim, porquê?
 - 18.2 – Se não, porquê?
- 19 – Quando a supervisora marcava reuniões de grupo durante o estágio o que faziam?
- 20 – Se teve reuniões individuais com a supervisora, que tipo de assuntos abordaram? Porquê?
- 21 – Tendo em atenção as suas várias experiências de estágio, que características considera que deve ter um supervisor “ideal”? Que aspectos considera essenciais existir no/a supervisor/a para motivar o interesse pela prática clínica e pelos conteúdos no processo de aprendizagem?
- 22 – Se conseguisse criar condições ideais, como deveria ser o processo supervisivo? (duração, tipo de reuniões, avaliação, etc.)
- 23 – Como encarou o processo de avaliação intercalar e final?
 - 23.1-Sentiu-se incluído/a nesses processos de avaliação do seu desempenho? Porquê?
 - 23.2-Sente diferença entre a avaliação intercalar e a avaliação final?
- 24 – Vê no processo de avaliação uma ajuda para melhorar o seu desempenho? Porquê?
- 25 – Como contribuiu o ambiente afectivo-relacional criado durante o processo de supervisão entre si e o/a supervisor/a para o seu desenvolvimento pessoal e profissional?

- 26 – Considera que a estratégia de distribuição dos doentes por aluno proposta pela supervisora permitiu-lhe o desenvolvimento de competências para o cuidar? Porquê? Contribui para planear as suas intervenções em tempo útil? Porquê?
- 27 – Como adaptou o seu plano de cuidados aos imprevistos encontrados e inerentes ao contexto de estágio e à condição de saúde dos doentes?
- 28 – Na sua opinião, viu sempre no/a supervisor/a dos seus vários estágios um modelo de boas práticas de enfermagem e de bom exercício profissional? Porquê?

ANEXOS

ANEXO 1

Grelha de avaliação sumativa intercalar e final do ensino clínico

Domínios/Competências	Insuf	Suficiente					Bom		Muito Bom			Excelente	
	0-9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
<i>Prática profissional, ética e legal</i>													
RESPONSABILIDADE:													
Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções													
Reconhece os limites do seu papel e da sua competência													
Assiduidade													
Pontualidade													
PRÁTICA ÉTICA E LEGAL:													
Exerce de acordo com o Código Deontológico													
Respeita o direito à privacidade													
Respeita o direito ao consentimento informado													
Respeita o sigilo profissional													
Respeita crenças e valores													
Respeita a autonomia do doente													
Actua de acordo com a legislação aplicável													
Prestação e gestão de cuidados													
<i>Prestação e gestão de cuidados</i>													
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS:													
Promove a saúde													
Efectua a colheita de dados													
Identifica os problemas													
Planeia													
Executa													
Avalia													
Garante a continuidade dos cuidados de enfermagem													
Estabelece uma relação terapêutica com o indivíduo													
Estabelece uma relação terapêutica com a família													
GESTÃO DE CUIDADOS:													
Garante e mantém um ambiente seguro													
Gere o tempo adequadamente													
Integra-se na equipa de saúde													
Contribui para o trabalho em equipa													
Estabelece relações inter profissionais construtivas													
Utiliza os recursos de materiais adequadamente													
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL:													
Demonstra conhecimentos teóricos													
Aplica conhecimentos na prática													
Manifesta interesse pela aquisição de novos													

conhecimentos													
Demonstra iniciativa e criatividade													
Demonstra capacidade de análise e reflexão													
Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem													
Promove a qualidade dos cuidados prestados													
Demonstra capacidade na comunicação oral													
Demonstra capacidade na comunicação escrita													

Apreciação Global:

(Considerando os parâmetros previamente definidos, assim como os aspectos considerados relevantes):

ANEXO 2

Exemplo do Portefólio de um aluno futuro enfermeiro



Nome	Grupo	Indicações Terapêuticas	Reações	Contra - Indicações
Varfarina	Anticoagulante	<p>Profilaxia e tratamento das afecções tromboembólicas venosas e pulmonares, profilaxia do embolismo na doença cardíaca reumática e fibrilação auricular, profilaxia após inserção de prótese valvular cardíaca e ataques isquémicos transitórios.</p>	<p>Hemorragias de qualquer órgão com anemia consecutiva. As hemorragias podem ocorrer não obstante os valores normais do INR. Podem ainda surgir, ocasionalmente, necrose cutânea, cor arroxeadada dos dedos dos pés, alopecia, náuseas e diarreia, icterícia e IH.</p>	<p>Úlcera péptica, alterações cerebrovasculares, endocardite bacteriana, IR ou IH, hipertensão grave e doentes que consomem álcool</p>
Fitomenadiona	Hemostático	<p>Hemorragias por excesso de dosagem de antivitamínicos K; profilaxia da doença hemorrágica do RN (em particular dos prematuros e nos doentes das unidades de cuidados</p>	<p>A injeção IV deve ser lenta porque a infusão rápida pode produzir dispneia, dor torácica e mesmo morte; reduzir a dosagem nos idosos e insuficientes hepáticos; não usar</p>	

		intensivos) pela dieta pobre, na nutrição parenteral, na uremia.	na gravidez.	
Fenitoína	Antiepiléptico e anticonvulsivante	Na epilepsia: nas crises parciais e nas crises tónico-clónicas. Nevralgia do trigémeo.	Está descrito um elevado número de reacções adversas relacionadas essencialmente com o tubo digestivo, o sistema endócrino e o SNC. Deve salientar-se as seguintes reacções adversas: hirsutismo, hiperplasia gengival, disfunção hepática e síndrome semelhante ao lúpus eritematoso.	Gravidez (a teratogenicidade está demonstrada), disfunção hepática e porfiria.
Captopril	Anti-hipertensor	Os IECAs são anti-hipertensores de 1ª linha, capazes de modificarem também favoravelmente certos parâmetros tais como resistência à insulina e hipertrofia ventricular esquerda.	Hipotensão arterial (especialmente com a primeira dose), palpitações, taquicardia, tosse e disgeusia (captopril). Podem dar perturbações hematológicas, mormente neutropenia, anemia e trombocitopenia	A estenose da artéria renal (bilateral ou unilateral em doentes com rim único), a gravidez e a hipersensibilidade (ex: antecedentes de angioedema a qualquer IECA), constituem contra-indicações ao uso dos IECAs. farmacos)
Potássio	Sais minerais	Prevenção e tratamento da carência de potássio e/ou hipocaliemia	A toma em excesso pode provocar hipercaliémia, reacções	Hipercaliemia, IR grave.

		(causada ou não por diuréticos espoliadores de potássio).	gastrintestinais.	
--	--	---	-------------------	--

ANEXO 3

Excerto do Semanário de um aluno futuro enfermeiro

Semanário de 21 a 25 de Fevereiro de 2011

(...)“ um outro dia que também gostei bastante foi o das consultas de estomaterapia com a Enfª P. É sem dúvida de extrema importância que estes doentes tenham um acompanhamento depois de lhes ser diagnosticada a doença e durante todo o processo de tratamento e no seu futuro dia a dia. Fiquei muito admirada com a relação que a enfª estabelece com os utentes, uma relação que parece familiar e de tal confiança que se nota uma grande empatia dos doentes com ela, a maneira dela falar com eles transmite-lhes sempre muita confiança e reforça muito a auto-estima dos doentes face aos seus variados problemas. Quanto a nós foi tão explícita que tentou preparar todo o material necessário para que conseguíssemos identificar todo o material de gastrostomia, ileostomia, colostomia, transversostomia, urostomia e nefrostomia, que até então todos confessámos ter dúvidas. Foi sem dúvida uma tarde que veio complementar beneficemente este nosso estágio” (Joana).

ANEXO 4

Excerto da reflexão de uma aluna futura enfermeira

*“Os pequenos actos que se executam sem pensar são melhores
que todos aqueles grandes que se planeiam.”*

George C. Marshall

Inicialmente, mesmo antes do estágio começar, confesso que estava com um misto de sentimentos como medo, a curiosidade, vontade de aprender e de crescer como futura profissional e também a nível pessoal. Dia após dia, o medo foi sendo substituído pelo á vontade e muita curiosidade com muitas questões colocadas á equipa de enfermagem que se encontraram sempre disponíveis para me esclarecer.

Apesar de alguns sobressaltos no inicio de estagio com a saída do orientador do ISAVE, penso que todos nós ficamos a ganhar em termos orientadoras do serviço. Senti-me muito mais apoiada e integrada no serviço. A relação estabelecida com os profissionais de saúde foi bastante positiva. Foi uma relação próxima, aberta, onde sempre me senti à vontade para exprimir as minhas opiniões e sentimentos. Não me senti pressionada em nenhuma ocasião, estiveram sempre presentes, dispostas a ajudar e a colaborar, na minha formação, fazendo-me sentir bem e motivando-me ainda mais para um desenvolvimento e desempenho cada vez melhor.

O facto deste ensino clínico ter sido no serviço de cirurgia, fez-me desenvolver/aperfeiçoar a parte pratica, proporcionou-me novas oportunidades, novas experiencias e um maior desenvolvimento emocional, visto ser um serviço exigente não só a nível técnico e científico, mas particularmente a nível humano.

A nível de conhecimento teórico, saímos deste ensino clínico em meio hospitalar com imensas bases mas para sermos uns bons futuros profissionais, a aquisição de novos conhecimentos tem que ser de forma contínua e persistente.

Quanto à relação com os meus colegas de estágio, apesar de não termos funcionado muito bem como grupo, a nível geral correu bem, entre ajudamo-nos e colaboramos uns com os outros, trocamos vivencias e experiencias, dúvidas e certezas.

Sendo Enfermagem a *“arte de cuidar”*, penso que acima de tudo temos que garantir os cuidados contínuos dos nossos doentes, não só os que estão a nosso cargo também todos os outros. A esse nível, sinto que evolui imenso. A relação estagiária/doente com o decorrer do estágio, foi sem dúvida a área onde sinto que evolui mais.

Concluído, este estagio deu me uma perspectiva diferente do contexto hospital. Tinha uma ideia completamente errada e fez-me ter a certeza de que é isto que eu quero, que Enfermagem é puder ajudar o outro sempre com um sorriso, sendo um momento bom ou menos bom.

“O sorriso que ofereceres, a ti voltará.”

ANEXO 5

Excerto da reflexão de um aluno futuro enfermeiro

Iniciei o meu Ensino Clínico no âmbito da disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica II com o nervosismo típico do primeiro dia de estágio.

O meu processo educacional neste Ensino Clínico, assente na produtividade, qualidade dos cuidados prestados e eficácia/eficiência de actuação neste estágio, foi de continuar o meu processo formativo, desenvolvendo uma postura activa, respeitando os princípios da humildade, sinceridade, honestidade, entreaajuda e cooperação com a equipa multidisciplinar, e, ao mesmo tempo, ganhar autonomia vindo acrescida, também, a responsabilidade. O objectivo foi, tendo como base os pressupostos anteriores, prestar os melhores cuidados possíveis aos utentes... Apesar de tudo, é sempre preciso fazer mais e melhor. O saber de um profissional de enfermagem é um saber de acção, resultando na capacidade de adaptar a actuação à situação, usando os conhecimentos. O conhecimento prático adquire-se com o tempo e com a experiência, que ainda não tenho... Afirmar o nosso saber é ir até ao fim no assumir das nossas competências, é promover a autonomia profissional e, ao mesmo tempo, garantir uma contribuição mais pertinente na colaboração com os outros profissionais de saúde.... tornou-se essencial reforçar a complementaridade dos papéis dos diferentes profissionais de saúde: médico e enfermeiro; reconhecer a responsabilização, autonomia e a consciência das minhas acções; respeitar os direitos das pessoas e promover a sua autonomia; garantir a humanização dos cuidados e a contribuição para uma melhor qualidade de vida; possuir motivação pessoal; respeitar a ética e deontologia inerente à profissão e aos direitos humanos; agir no sentido de promover um óptimo ambiente de trabalho... nem todo o conhecimento que os enfermeiros precisam de desenvolver na profissão, é obtido nas salas de aula. Tal como diz Benner et al (1996), “*O conhecimento perito, e desde logo também o conhecimento competente, é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento.*” Assim, a prática real dos cuidados, é fundamental e imprescindível.

ANEXO 6

Excerto do estudo de caso de uma aluna futura enfermeira

Introdução

Com a elaboração de um estudo de caso pretende-se sempre que se adquiram mais conhecimentos e se desenvolvam práticas e hábitos que serão aplicados em todos os casos que irão surgir ao longo de toda a nossa vida profissional. Assim, realizou-se o seguinte estudo de caso com os seguintes objectivos:

- Compreender este quadro clínico e os efeitos farmacológicos nesta patologia;
- Desenvolver estratégias no âmbito da educação para a saúde;
- Desenvolver as competências adquiridas nas aulas teóricas e práticas durante o 1º e 2º ano da licenciatura de Enfermagem;
- Adquirir conhecimentos sobre uma patologia;
- Aumentar conhecimentos acerca da utilização do sistema informático de enfermagem;
- Aumentar conhecimentos e destreza na realização de planos de cuidados;

A patologia abordada ao longo deste estudo de caso será a do adenocarcinoma cefalopancreático, ou seja da cabeça do pâncreas, e que tem como consequência na doente escolhida, da necessidade ter que ser submetida a uma duodenopancreatectomia cefálica. Um adenocarcinoma é um carcinoma, um tumor maligno, que se localiza num órgão secretor de algum tipo de suco e em que o órgão de origem está incluído. Assim, um adenocarcinoma cefalopancreático é um tumor maligno localizado na cabeça do pâncreas. Este estudo de caso foi desenvolvido em meio hospitalar, no Hospital X, no serviço de Cirurgia II, enquadrado na unidade curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, de acordo com os parâmetros de avaliação predefinidos pela coordenadora (da escola) e orientação das Enfermeiras Isabel e Beatriz do Serviço de Cirurgia II.

Este trabalho encontra-se dividido em 4 capítulos, descritos pela seguinte ordem: capítulo 1: Adenocarcinoma cefalopancreático e duodenopancreatectomia cefálica, onde irão ser definidos detalhadamente todos os parâmetros da patologia, suas consequências e cuidados associados; capítulo 2: Cuidados de enfermagem ao doente submetido a duodenopancreatectomia cefálica onde serão esmiuçadas as intervenções de enfermagem para uma pessoa submetida a esta intervenção cirúrgica; capítulo 3: Estudo de Caso, onde serão apresentadas todas as informações acerca do utente que sofre da patologia apresentada no capítulo 1 de acordo com o processo de enfermagem e o descrito no capítulo 2; Capítulo 3: Conclusão, onde serão expostas as diversas conclusões acerca deste trabalho.

As metodologias utilizadas para a realização deste trabalho são a expositiva, uma vez que iremos expor uma patologia associada a um utente e descritiva porque irão ser descritos os aspectos mais significativos da patologia e do utente. Foi usada também a metodologia reflexiva, pois num penúltimo capítulo iremos reflectir sobre todo o trabalho apresentado.

O presente capítulo trata do estudo de caso em si. Assim abordar-se-ão todos os parâmetros do processo de enfermagem que foram desenvolvidos ao longo do período de internamento da doente.

3.1. AVALIAÇÃO INICIAL

3.1.1. Identificação da Doente

Nome: AMR **Sexo:** Masculino **Estado Civil:** Casado **Raça:** Caucasiana
Data de Nascimento: 1946/04/14 **Data de Admissão:** 01/02/2011
Motivo do Internamento: Adenocarcinoma Cefalopancreático

3.1.2. Padrão de percepção/Controlo de Saúde

Frequência cardíaca: 92 bat/min **Características do pulso:** **Ritmo:** Rítmico **Amplitude:** amplo
Tensão Arterial: **Sistólica:** 118 mmHg **Diastólica:** 82 mmHg

3.1.3. Padrão Nutricional/Metabólico

Refeições: N.º habitual de refeições por dia: 4
Horário: Pequeno-almoço: 9h Almoço: 12:30 h Lanche: 16:00 h Jantar: 19:30 h

Alimentos preferidos: Não refere **Alimentos mal tolerados/ não gosta:** Não refere
Variação de peso nos últimos 6 meses: Diminuiu 10 Kg
Dentição: **Dentes naturais:** ausência de alguns dentes **Dentes artificiais:** não tem
Peso corporal: 54.4 Kg
Medicação habitual: **Fármacos:** Janumet; Acarbose; Gliclazida; Atacand; Lisinopril;

3.1.4. Padrão de eliminação

Eliminação intestinal: **Frequência:** De dois em dois dias
Medidas adaptativas: Não refere **Última dejeção:** 30 Janeiro de 2011
Consistência das fezes: Moldadas **Cor das Fezes:** Acastanhadas
Eliminação vesical: **Características:** Quantidade abundante e coloração amarelo citrino

3.1.5. Padrão de actividade/Exercício

Frequência respiratória: 20 ciclos respiratórios por minuto
Características da respiração: **Tipo:** Mista **Amplitude:** Normal **Simetria:** Simétrica

3.1.6. Padrão de sono/Repouso

N.º de horas de sono habituais: 6 **Medidas adaptativas:** Não refere;
Outros dados: Refere que acorda inúmeras vezes durante a noite

3.1.7. Padrão Cognitivo/Perceptivo

Escala de Coma de Glasgow: 15 **Auxiliares de Visão:** Óculos

3.1.8. Padrão de Papeis/Relações

Pessoa significativa: **Parentesco:** Filho **Nome:**X ...**Morada:**X **Telefone/telemóvel:** X

3.1.9. Padrão de sexualidade/REPRODUÇÃO

Filhos: 2 **Sexualidade:** **Vida sexual activa:** Não **Uso de contraceptivos:** Não
Outros dados pertinentes: Não refere

3.1.10. Padrão de Tolerância/Controlo de stress

Dados significativos: Doente refere algum stress e ansiedade dada a situação, no entanto é uma pessoa muito calma em circunstâncias normais.

3.1.11. Padrão de Crenças/valores

Dimensão religiosa: **Crença religiosa:** Sim **Religião:** Católica
Deseja visita de assistente religioso: Não

3.1.12. Entrevista

Realizada com: A própria pessoa

Outros dados: Colangite, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Pancreatite Aguda.

3.2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Data de início	Diagnóstico Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Enfermagem	de	Termo
----------------	------------------------	----------------------------	-----------------------	----	-------

01.02.2011	Ansiedade presente	Encorajar a comunicação expressiva de emoções; Promover envolvimento da família; Encorajar o autocontrole: ansiedade.	Ansiedade reduzida.	15.02.2011
01.02.2011	Cateter Venoso Periférico	Trocar cateter venoso periférico Otimizar cateter venoso periférico Vigiar pele no local de inserção do cateter venoso periférico	CVP funcionando Pele sem sinais inflamatórios	15.02.2011
01.02.2011	Preparação para o bloco	Colocar pulseira de identificação Executar tricotomia Promover esvaziamento da bexiga Remover próteses e ortóteses Colocar bata , touca e “papagaio” Pesar Monitorizar sinais vitais Puncionar e colocar soroterapia		15.02.2011
Cirurgia				
02.02.2011	Cateter epidural	Executar tratamento ao local de inserção do cateter epidural Otimizar cateter epidural Vigiar pele no local de inserção do cateter epidural	Cateter epidural funcionando Pele sem sinais inflamatórios	08.02.2011
02.02.2011	Ferida cirúrgica presente no abdómen	Executar tratamento à ferida cirúrgica; Vigiar penso da ferida; Vigiar ferida cirúrgica;	Tratamento à ferida cirúrgica executado; Penso da ferida cirúrgica limpo e seco.	15.02.2011
02.02.2011	Dor frequente	Monitorizar dor através da escala de dor; Gerir analgesia.	Dor ausente.	15.02.2011
02.02.2011	Alto risco de hemorragia	Vigiar sinais de hemorragia; Monitorizar entrada e saída de líquidos. Vigiar drenagem gástrica. Vigiar penso	Hemorragia ausente.	06.02.2011
02.02.2011	Dependente no autocuidado: higiene em grau elevado	Dar banho na cama	Dependente no autocuidado: higiene em grau moderado	05.02.2011
02.02.2011	Dependente no autocuidado: vestuário em grau elevado	Vestir pessoa	Dependente no autocuidado: vestuário em grau moderado	05.02.2011
02.02.2011	Dependente no autocuidado: Uso do Sanitário em grau elevado	Otimizar cateter urinário; Trocar cateter urinário Providenciar arrastadeira	Dependente no autocuidado: Uso do Sanitário em grau moderado	10.02.2011
02.02.2011	Dependente em posicionar-se em grau moderado	Assistir no posicionamento	Independente no posicionamento	08.02.2011
02.02.	Dependente	Assistir na transferência	Independente na	08.02

2011	em transferir-se em grau moderado		transferência	.2011
02.02.2011	Dependente no autocuidado: higiene em grau moderado	Assistir no autocuidado: higiene	Independente no autocuidado: higiene	10.02.2011
05.02.2011	Dependente no autocuidado: vestuário em grau moderado	Assistir no autocuidado: vestuário	Independente no autocuidado: vestuário	13.02.2011
06.02.2011	Dependente no autocuidado: Uso do Sanitário em grau moderado	Assistir no autocuidado: Uso do Sanitário	Independente no autocuidado: Uso do Sanitário	13.02.2011
07.02.2011	Náusea Frequente	Vigiar náusea	Náusea ausente	08.02.2011
Notas gerais de enfermagem	<p>✚ 01.02.2011 – 13 H – Deu entrada no serviço para ir ao BO amanhã em 1º Período</p> <p>✚ 02.02.2011 – 06.00 H Está preparada para ir para o BO.</p> <p>✚ 03.02.2011 – 22.00 – Doente regressou da unidade de cuidados intermédios após intervenção cirúrgica. Consciente e orientada. Penso limpo e seco externamente. Cateter epidural para analgesia. Cateter vesical em drenagem passiva para saco colector e SNG em drenagem livre para saco colector. Sandostatina por seringa eléctrica</p> <p>✚ 10.02.2011 – 21:09 – Urinou em grande quantidade na fralda.</p> <p>✚ 05.02.2011 – 10:00 – Foi extubado por indicação médica. Tem pedido de análises para realizar amanhã.</p> <p>✚ 06.02.2011 – 11:28 – Realizada PV para controlo analítico, mantém soro em curso por CVP e mantém APT em curso.</p>			

3.3. PRESCRIÇÃO FARMACOLÓGICA

Data da Prescrição	Fármaco e Posologia	Data da Suspensão
01.02.2011	Captopril 25 mg (SOS) Se TAS \geq 160 mmHg e/ou TAD \geq 90 mmHg	
01.02.2011	Enaxoparina 40 mg 20h	
01.02.2011	Esomaprazol 40 mg Inj 8 h	02.02.2011
01.02.2011	Insulina Rápida (SOS)	
01.02.2011	Metoclopramida 5 mg 00/8/16	
01.02.2011	Oxazepam 15 mg 21h	
01.02.2011	Piperacilina Tazobactam 8h	02.02.2011
01.02.2011	Polielectrolit Glucose 5% 1000ml IV	
03.02.2011	Albumina humana 200mg 0/8/16	
03.02.2011	Cloreto de Potássio IV 1x dia/ 8h	
03.02.2011	Diclofenac IM 75 mg 8/20 h	
03.02.2011	Morfina 2,5 mg 0/12h - Cateter epidural	
03.02.2011	Octreotido IV 300mg Perfusão Continua	
03.02.2011	Paracetamol IV 1Gr 0/8/16	
03.02.2011	Piperacilina Tazobactam IV 4.5 mg 0/8/16	

03.02.2011	Sulfato de Magnésio	
04.02.2011	Esomaprazol 40 mg SI	

3.4. PRESCRIÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA

Data da Prescrição	Procedimentos	Intervenções de Enfermagem	Data da Suspensão
01.02. 2011	Registo dos sinais vitais	Registo da frequência cardíaca Registo da temperatura corporal Registo da tensão arterial	15.02.2011
01.02. 2011	Preparar para o Bloco	Colocar bata, touca e “papagaio”; Executar tricotomia; Inserir cateter venoso periférico; Remover próteses e ortóteses Remover objectos de adorno; Promover esvaziamento vesical.	02.02.2011
02.02. 2011	Algaliação no Bloco	Optimizar cateter urinário Monitorizar diurese	10.02.2011
02.02. 2011	SNG no Bloco	Optimizar SNG Monitorizar drenagem gástrica	05.02.2011
01.02. 2011	Balanço hídrico	Monitorizar entrada e saída de líquidos	05.02.2011
02.02. 2011	Monitorização dos sinais vitais de 6/6 horas	Monitorizar frequência cardíaca Monitorizar temperatura corporal Monitorizar tensão arterial	03.02.2011
01.02. 2011	Glicemias capilares de 6/6h	Monitorizar glicemia capilar	15.02.2011

3.5. PRESCRIÇÃO ALIMENTAR

Data da Prescrição	Dieta	Data da Suspensão
01.02.2011	Zero a partir do jantar	01.02.2011
13.02.2011	Água + Chá	14.02.2011
14.02.2011	Hipolipídica	15.02.2011

3.7. PLANEAMENTO DA ALTA

O planeamento da alta de um doente que foi submetido a uma duodenopancreatocetomia cefálica passa principalmente pelos ensinamentos que tem de ser feitos e deve ser iniciada no momento da admissão.

Assim, a equipa de enfermagem deve informar o doente sobre a dieta que tem que manter, as restrições perante esta patologia.

Além da alimentação, o doente e familiares devem ser instruídos acerca da gestão da analgesia e que a todo o momento se podem dirigir ao hospital para que possa ser prescrita terapêutica adequada.

Em muitos casos de adenocarcinoma cefalopancreático, o prognóstico agrava-se levando a pessoa à morte e é importante que quando a pessoa estiver nesta fase informar acerca das consultas da dor e quais os meios que estão disponíveis para si, para lhe proporcionar uma qualidade de fim de vida melhor. Quando já não há mais nada a fazer, há ainda muito para ser feito (Sofia).