

UNIVERSIDADE DE LISBOA

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO



A PRÁTICA ENQUANTO LUGAR DE FORMAÇÃO, DE TRABALHO

E DE PRODUÇÃO DE SABERES

**PERSPETIVAS DE PROFESSORES E ESTUDANTES NA FORMAÇÃO INICIAL EM
ENFERMAGEM**

JOÃO JOSÉ ROLO LONGO

Orientador: Professora Doutora Maria Ângela Perpétua Rodrigues.

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Educação,
especialidade de Formação de Professores.

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO



**A PRÁTICA ENQUANTO LUGAR DE FORMAÇÃO, DE TRABALHO
E DE PRODUÇÃO DE SABERES**

**PERSPETIVAS DE PROFESSORES E ESTUDANTES
NA FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM**

JOÃO JOSÉ ROLO LONGO

Orientador: Professora Doutora Maria Ângela Perpétua Rodrigues.

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Educação,
especialidade de Formação de Professores.

Júri:

Presidente: Doutora Ana Paula Viana Caetano
Professora Associada e membro do Conselho Científico do Instituto de Educação
da Universidade de Lisboa.

Vogais: Doutora Patrícia Maria Freire de Andrade de Carvalho Rosado Pinto
Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Nova de Lisboa.

Doutora Marília dos Santos Rua
Professora Adjuntada Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Doutor David Miguel de Oliveira Cabral Tavares
Professor Coordenador da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto
Politécnico de Lisboa.

Doutora Maria Ângela Perpétua Rodrigues
Professora Auxiliar Aposentada do Instituto de Educação da Universidade de
Lisboa (orientadora).

Doutora Isabel Maria Pimenta Henriques Freire
Professora Associada do Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.

Doutor Luís Alexandre da Fonseca Tinoca
Professor Auxiliar do Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.

2017

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e a refletir (Foucault, 1994:13).

Agradecimentos

*O valor das coisas não está no tempo que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.*

Fernando Pessoa

Ao longo deste *singular, intenso, tortuoso e inesquecível* caminho, quantas vezes parecendo não ter sentido, muitas foram as pessoas que por uma ou outra razão o tornaram mais suave, compartilhado e pejado de sentido. A todas essas *pessoas incomparáveis*, quero exprimir o meu *Bem-Haja*, embora saiba que isso nunca será o suficiente. Assim, de forma mais individualizada, gostaria de agradecer publicamente:

À Professora Doutora Ângela Rodrigues, orientadora do presente trabalho, pela sua pessoa, pela humanidade, generosidade e sensibilidade. Pela perseverança com que nos orientou, mesmo quando nós próprios duvidávamos... Pelo seu enorme saber, pelo rigor e pelos conselhos sempre sábios do “Mestre” que, nos momentos de desânimo, soube utilizar argumentos fortes e desafiantes para continuarmos na busca de sentidos e conhecimentos essenciais ao prosseguimento deste trabalho: MUITO OBRIGADO!...

Às Direções das treze Escolas Superiores de Enfermagem|Saúde, terreno do presente estudo, por nos terem facilitado o acesso aos respetivos corpos docentes e discentes, permitindo a realização do presente trabalho.

A todos os professores de Enfermagem que aceitaram participar neste estudo e que connosco partilharam “retalhos” da sua vida docente, contribuindo, desse modo, para a desconstrução-reconstrução de conhecimento acerca do processo de “tornar-se professor de Enfermagem”.

Aos estudantes, que prontamente se disponibilizaram a partilhar as suas vivências discentes em ensino clínico. Sem a vossa disponibilidade, abertura e partilha, este trabalho dificilmente se materializaria...

À Luisa Ribeiro, por todo o incentivo e suporte profissional e pessoal que nos foi concedendo ao longo deste percurso. Bem-haja pela pertinência dos conselhos que muito nos ajudaram a persistir na concretização deste objetivo... Sobretudo porque, desde o início, sempre acreditou em nós...

Aos colegas dos SAMS e da ERISA, particularmente à Maria João Fernandes, à Helena Melo e à Cláudia Raminhos que se importaram connosco e nos encorajaram nos momentos de maior desânimo... A todos, por tudo e ainda mais um pouco, obrigado!

À minha família, que tanto prezo, devo e a quem tantas horas subtraí nestes últimos anos: Um Bem-Haja (como se diz na nossa terra) é sem dúvida parco e insuficiente...

Aos meus amigos, porque foram um suporte afetivo e simultaneamente desafiante durante todo este percurso, especialmente quando nos confrontavam e diziam: “Afinal, quando é que acabas isso?!...”

Resumo

A preparação profissional dos futuros enfermeiros desde sempre teve uma forte ligação aos contextos clínicos. Apesar da crença geral acerca das vantagens da prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem, é ainda escassa a investigação no que diz respeito a mostrar empiricamente o valor formativo dessa componente quer no desenvolvimento profissional docente quer na construção profissional do futuro enfermeiro.

O presente trabalho inscreve-se assim no domínio da formação de professores, especificamente na componente prática em contexto profissional da formação inicial de enfermeiros. Tem como objetivo geral compreender, na perspetiva docente e discente, o que constitui o valor formativo da prática em contexto de trabalho no plano das aquisições, desenvolvimento de conhecimentos, competências profissionais e construção identitária para ambos os grupos de atores.

Trata-se de um estudo que assenta numa abordagem qualitativa de natureza interpretativa. A amostra é intencional, composta por sessenta e oito professores e quinze estudantes de treze Escolas Superiores de Enfermagem | Saúde, de Portugal continental. A recolha de dados foi efetuada através da aplicação da técnica de *focus-group* aos docentes e entrevistas semi-estruturadas aos discentes. A análise dos dados foi executada com recurso à técnica de análise de conteúdo temática.

Os resultados obtidos permitiram reunir um conjunto de evidências que salientam inequivocamente o valor formativo da prática para docentes e discentes. Para os primeiros, esse valor formativo parece estar associado à possibilidade de concretizar um desenvolvimento profissional situado; de conscientização das suas necessidades de formação; da promoção de um ambiente colaborativo e de socialização profissional; da construção de profissionalidade; do desenvolvimento de competências profissionais; da construção identitária e, inclusive, enquanto contributo para a sua satisfação profissional. No caso dos estudantes, o valor formativo da prática parece estar relacionado com a possibilidade de realizar aprendizagens situadas supervisionadas; desenvolver competências pessoais e profissionais; com a construção da sua identidade; com a socialização profissional e, ainda, com a facilitação da tomada de consciência de si.

Foi também possível identificar um conjunto de estratégias formativas usadas pelos professores em ensino clínico que, na perspetiva docente e discente, são promotoras de valor formativo acrescentado e, ainda, diversos obstáculos correntes que evidenciam restringir o valor formativo que a prática poderia ter. Por fim, os dados obtidos sugerem ainda a necessidade de reconceptualização da componente prática da formação inicial em Enfermagem, apontando algumas mudanças curriculares que podem criar contextos mais favoráveis ao incremento das potencialidades formativas da prática.

PALAVRAS-CHAVE: Docência em Enfermagem; Prática em Contexto de Trabalho; Formação Inicial de enfermeiros.

Abstract

The professional preparation of future nurses has always had a strong connection to clinical contexts. Despite the general belief about the advantages of practice at the work place in the initial training in Nursing, research is still scarce in terms of showing empirically the formative value of this component in both the professional development of the teacher and the professional construction of the future nurse.

The present work is thus part of the teacher training field, specifically in the practical component in the professional context of the initial training of nurses. Its general objective is to understand, from a teaching and student perspective, what constitutes the formative value of practice at the work place in terms of acquisitions, knowledge development, professional skills and identity construction for both groups of actors.

It is a study based on a qualitative approach of an interpretative nature. The sample is intentional, composed of sixty-eight teachers and fifteen students from thirteen Nursing | Health Higher Schools, from continental Portugal. The data collection was done through the application of the focus-group technique to the teachers and semi-structured interviews to the students. Data analysis was performed using thematic content analysis technique.

The results obtained allowed to gather a set of evidences that unequivocally highlight the formative value of the practice for teachers and students. For the former, this educational value seems to be associated with the possibility of achieving a standing professional development; awareness of their training needs; the promotion of a collaborative environment and professional socialization; the construction of professionalism; the development of professional skills; identity construction, and even as a contribution to their professional satisfaction. In the case of students, the formative value of the practice seems to be related to the possibility of carrying out supervised learning; developing personal and professional skills; with the construction of their identity; with professional socialization and also with the facilitation of self-awareness.

It was also possible to identify a set of training strategies used by teachers in clinical teaching that, in the perspective of teachers and students, are promoters of added training value and, also, several current obstacles that evidence to restrict the formative value that the practice could have. Finally, the data obtained suggest the need to reconceptualize the practical component of the initial training in Nursing, pointing out some curricular changes that can create contexts more favorable to the increase of the formative potential of the practice.

KEY WORDS: Teaching in Nursing; Practice at the work place; Initial Nursing Training.

Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

- ANTS – *Australian Nurse Teachers` Society*
- AERA – *American Educational Research Association*
- APE – Associação Portuguesa de Enfermeiros
- A3ES – Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior
- CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem
- CPLEE – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem
- ECTS – *European Credit Transfer and Accumulation System*
- EEAE – Escola de Ensino e Administração de Enfermagem
- EEES – Espaço Europeu de Ensino Superior
- ENQA – *European Network for Quality Assurance in Higher Education*
- ETE – Escola Técnica de Enfermeiras
- EUA – Estados Unidos da América
- FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia
- FINE – *European Federation of Nurse Educators*
- ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- ICN – *International Council of Nurses*
- IPO – Instituto Português de Oncologia
- IUT – Instituts Universitaires de Technologie
- MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PBL – *Problem Beasead Leraning* (aprendizagem baseada em problemas)
- PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
- PRIES – Plataforma de Recolha de Informação do Ensino Superior
- QOUPDES – Questionário de Opinião e Vivências Pedagógicas dos Doentes do Ensino Superior
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RJES – Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SREB – *Southern Regional Education Board*

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UI&DE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento

UR – Unidades de Registo

UE – Unidades de Enumeração

Índice Geral

Resumo.....	ix
Abstract	xi
Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos	xiii
INTRODUÇÃO	1

PRIMEIRA PARTE - MOLDURA TEÓRICO CONCEPTUAL

CAPÍTULO I – SER PROFESSOR DE ENFERMAGEM NO ENSINO SUPERIOR... 11

1. De monitor a professor do ensino superior politécnico: um itinerário construído na interação entre as mudanças ocorridas na profissão e no seu ensino	13
2. A universitarização do ensino de Enfermagem	21
3. Saberes e competências profissionais do professor de Enfermagem	31
3.1. Os saberes profissionais dos professores de Enfermagem	31
3.2. As competências do professor de Enfermagem.....	47
4. Desafios atuais à docência em Enfermagem	59
4.1 A necessidade de formação pedagógica específica para o exercício profissional da docência em Enfermagem	59
4.2 A necessidade de transformação nas concepções e práticas docentes em Enfermagem: a imprescindibilidade da investigação.....	65

CAPÍTULO II – A PRÁTICA EM CONTEXTO DE TRABALHO..... 71

1. Aproximação à noção de prática em contexto de trabalho	71
2. A prática <i>practicum</i> na formação inicial em Enfermagem	77
3. A prática <i>practicum</i> enquanto dispositivo de desenvolvimento profissional docente em Enfermagem.....	85
3.1 Em torno do(s) conceito(s) de desenvolvimento profissional docente	85
3.2 A prática <i>practicum</i> enquanto lugar de socialização e construção identitária do docente de Enfermagem.....	91
3.3 O lugar da prática <i>practicum</i> na construção do saber profissional do professor de Enfermagem	99

SEGUNDA PARTE - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III – OPÇÕES EPISTEMOLÓGICAS E METODOLÓGICAS	107
1. Problemática e questões de investigação	107
2. Fundamentos epistemológicos da investigação: Abordagem qualitativa	113
3. Contexto e participantes no estudo	117
4. Técnicas e procedimentos de recolha de dados	123
4.1 A técnica de <i>focus-group</i>	123
4.2 A entrevista semi-estruturada	129
5. Técnica e procedimentos de análise e interpretação de dados: Análise de conteúdo.....	135
6. Questões de validade e fiabilidade do estudo.....	141
7. Questões de ética da investigação e do investigador.....	143
CAPÍTULO IV – OS DISCURSOS – A PRÁTICA EM CONTEXTOS DE TRABALHO NA FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM	145
1. Manifestações observadas do valor formativo da prática em ensino clínico	149
1.1 Valor formativo da prática para os professores	149
1.1.1 A prática é fonte de conhecimento profissional docente	150
1.1.2 Possibilita um desenvolvimento profissional situado.....	155
1.1.3 Facilita a conscientização das necessidades de formação	162
1.1.4 Promove um ambiente colaborativo	169
1.1.5 Facilita a socialização profissional docente	175
1.1.6 Contribui para a construção da identidade e profissionalidade docente.....	179
1.1.7 Desenvolve competências profissionais nas áreas da docência e da prática de Enfermagem	184
1.1.8 Contribui para a satisfação profissional docente	187
1.2 Valor formativo da prática para os estudantes.....	190
1.2.1 Permite realizar aprendizagens situadas supervisionadas	191
1.2.2 Permite desenvolver competências pessoais e profissionais	213
1.2.3 Contribui para construção da identidade profissional	222
1.2.4 Facilita a socialização profissional.....	229

1.2.5	Facilita a tomada de consciência de si.....	241
2.	Estratégias usadas promotoras de valor formativo acrescentado.....	249
2.1	Reflexão e análise das práticas	249
2.2	Suporte ao estudante	260
2.3	Supervisão do processo formativo.....	268
2.4	Ensino situado em contexto de trabalho.....	280
2.5	Ensino centrado no estudante	287
2.6	Avaliação formativa	292
2.7	Trabalho colaborativo com o supervisor clínico	298
2.8	Trabalho colaborativo entre a equipa docente	302
2.9	Utilização de “competências pessoais”	305
3.	Obstáculos correntes que restringem o valor formativo que a prática poderia ter.....	313
3.1.	Obstáculos percebidos sentidos pelos docentes nos contextos profissionais.....	313
3.1.1	Articulação interinstitucional	314
3.1.2	Preparação para o exercício da função supervisiva	321
3.1.3	Interação com o enfermeiro supervisor	329
3.1.4	Interação com o estudante	335
3.1.5	Organização gestão dos ensinos clínicos.....	342
3.1.6	Interação com os contextos profissionais	348
3.1.7	Aspetos normativos	352
3.2	Obstáculos percebidos sentidos pelos estudantes nos contextos profissionais.....	356
3.2.1	Choque da realidade	357
3.2.2	Interação com o supervisor clínico.....	381
3.2.3	Aspetos intrínsecos ao processo formativo	404
3.2.4	Interação com o utente família	415
3.2.5	Interação com o professor	418
3.2.6	Interação integração na equipa de Enfermagem.....	425
3.2.7	Interação com os pares (estudantes).....	429
4.	Mudanças curriculares que podem criar contextos mais favoráveis ao incremento das potencialidades formativas da prática	433

4.1 Organização formal desejada.....	433
4.2 Estratégias formativas desejadas	446
4.3 Perfil de professor desejado.....	457
4.4 Relações interinstitucionais desejadas.....	464
4.5 Perfil de supervisor clínico desejado	469
4.6 Características dos contextos profissionais desejadas	483
4.7 Finalidades desejadas para o <i>practicum</i>	490
CONCLUSÕES	499
Considerações finais	529
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	537

Índice de Quadros

Quadro 1 - Funções papéis dos professores de enfermagem (davis <i>et al.</i> , 2005) – tradução livre.	52
Quadro 2 - Síntese do guião de <i>focus-group</i> aplicado aos professores.	127
Quadro 3 - Síntese do guião de entrevista aplicado aos estudantes.	131
Quadro 4 - Organização temática e categorial da informação analisada.....	147

Índice de Tabelas

Tabela 1 - subcategoria " <i>permite a mobilização de conhecimento adquirido</i> "	152
Tabela 2 - subcategoria " <i>facilita a aquisição de conhecimento novo</i> "	154
Tabela 3 - subcategoria " <i>permite a mobilização da experiência adquirida</i> "	155
Tabela 4 - subcategoria " <i>facilita aprendizagens profissionais situadas</i> "	158
Tabela 5 - subcategoria " <i>possibilita a reflexão na e sobre a prática</i> "	161
Tabela 6 - subcategoria " <i>permite experienciar</i> "	162
Tabela 7- subcategoria " <i>induz à autoformação</i> "	164
Tabela 8 - subcategoria " <i>facilita a tomada de consciência das suas dificuldades e desatualização</i> "	166
Tabela 9 - subcategoria " <i>induz a procura de formação formal</i> "	168
Tabela 10 - subcategoria " <i>facilita o desenvolvimento conjunto de professores e supervisores</i> ".	172
Tabela 11 - subcategoria " <i>promove um ambiente colaborativo interinstitucional</i> "	174
Tabela 12 – subcategoria “ <i>contribui para a formação contínua dos supervisores clínicos</i> ” ...	175
Tabela 13 - subcategoria " <i>propicia o estabelecimento de uma relação proximal com o estudante</i> "	177
Tabela 14 - subcategoria " <i>facilita a relação com os enfermeiros dos contextos e restante equipa multidisciplinar</i> "	179
Tabela 15 - subcategoria " <i>facilita o questionamento e a conscientização da profissionalidade docente</i> "	182
Tabela 16 - subcategoria " <i>facilita a conscientização da envolvente</i> ".	183
Tabela 17 - subcategoria " <i>facilita a aprendizagem de competências supervisivas</i> "	186
Tabela 18 - subcategoria " <i>facilita o desenvolvimento de novas competências</i> "	186
Tabela 19 - subcategoria " <i>estimula ganhar o gosto pela profissão</i> "	188
Tabela 20 - subcategoria " <i>possibilita tornar-se referência modelo para o estudante</i> "	189
Tabela 21 - subcategoria " <i>propicia pensar e agir na complexidade</i> ".	195
Tabela 22 - subcategoria " <i>possibilita experienciar técnicas de enfermagem</i> "	199
Tabela 23 – subcategoria " <i>permite a observação e a análise de práticas</i> "	202
Tabela 24 - subcategoria " <i>propicia a reflexão na e sobre a prática</i> ".	205
Tabela 25 – subcategoria " <i>possibilita experienciar o cuidar</i> ".	209
Tabela 26 – subcategoria " <i>permite aprender a fazer fazendo de forma contextualizada</i> ”	211
Tabela 27 – subcategoria " <i>possibilita aprendizagens com os enfermeiros da prática e com outros profissionais de saúde</i> ".	212
Tabela 28 - subcategoria " <i>integra diferentes componentes da competências profissional</i> ".	215
Tabela 29 - subcategoria " <i>promove a autonomia</i> ".	217

Tabela 30 - subcategoria " <i>consolida aprendizagens profissionais</i> "	219
Tabela 31 - subcategoria " <i>estimula a mobilização de adquiridos</i> "	221
Tabela 32 - subcategoria " <i>promove a percepção da dimensão ética da profissão</i> "	222
Tabela 33 - subcategoria " <i>permite "tornar-se enfermeiro"</i> "	225
Tabela 34 - subcategoria " <i>possibilita mudanças de postura e no agir profissional do estudante</i> ".	227
Tabela 35 - subcategoria " <i>prepara para o exercício profissional</i> "	229
Tabela 36 - subcategoria " <i>estimula as relações interpessoais em contexto</i> "	238
Tabela 37 - subcategoria " <i>promove o desenvolvimento (profissional) do estudante</i> "	240
Tabela 38 - subcategoria " <i>facilita o desenvolvimento pessoal do estudante</i> "	243
Tabela 39 - subcategoria " <i>facilita a conscientização da sua profissionalidade</i> "	245
Tabela 40 - subcategoria " <i>possibilita a emergência da perspectiva de formação contínua</i> ".	247
Tabela 41 - subcategoria " <i>criando espaços individuais e coletivos de reflexão e análise das práticas</i> "	252
Tabela 42 - subcategoria " <i>recorrendo à escrita reflexiva</i> "	254
Tabela 43 - subcategoria " <i>solicitando projetos</i> "	255
Tabela 44 - subcategoria " <i>recorrendo à observação e execução com a análise</i> "	256
Tabela 45 - subcategoria " <i>recorrendo à investigação</i> "	258
Tabela 46 - subcategoria " <i>solicitando relatos orais com análise</i> "	259
Tabela 47 - subcategoria " <i>proporcionando um bom clima afetivo-relacional</i> "	262
Tabela 48 - subcategoria " <i>facilitando apoio técnico</i> "	263
Tabela 49 - subcategoria " <i>facilitando apoio emocional</i> "	265
Tabela 50 - subcategoria " <i>motivando o estudante</i> "	266
Tabela 51 - subcategoria " <i>fazendo um acompanhamento contínuo e sistemático do estudante</i> "	268
Tabela 52 - subcategoria " <i>acompanhamento e mediação das aprendizagens do estudante</i> "	272
Tabela 53 - subcategoria " <i>mediação da relação entre supervisor e estudante</i> "	274
Tabela 54 - subcategoria " <i>planificação da componente prática do processo de ensino- aprendizagem</i> "	276
Tabela 55 - subcategoria " <i>identificação/antecipação de problemas e dificuldades</i> "	277
Tabela 56 - subcategoria " <i>ajuda ao estudante na construção da sua profissionalidade</i> "	278
Tabela 57 - subcategoria " <i>facilitação da articulação interinstitucional</i> "	279
Tabela 58 - subcategoria " <i>facilitação da integração nas dinâmicas de funcionamento dos contextos</i> "	280
Tabela 59 - subcategoria " <i>desenvolvendo um processo de ensino-aprendizagem centrado no estudante e na prestação e gestão de cuidados</i> "	284
Tabela 60 - subcategoria " <i>transmitindo a dimensão ético-deontológica da profissão</i> "	285

Tabela 61 - subcategoria " <i>mediando a relação estudante - utentes/famílias e equipa multidisciplinar</i> "	286
Tabela 62 - subcategoria " <i>induzindo o estudante a tomar consciência das suas necessidades de formação</i> "	290
Tabela 63 - subcategoria " <i>estimulando o trabalho colaborativo entre estudantes</i> "	291
Tabela 64 - subcategoria " <i>estimulando o trabalho autónomo</i> "	292
Tabela 65 - subcategoria " <i>fornecendo feedback</i> "	294
Tabela 66 - subcategoria " <i>praticando uma avaliação contínua</i> "	296
Tabela 67 - subcategoria " <i>envolvendo o estudante no processo avaliativo</i> "	297
Tabela 68 - subcategoria " <i>dando suporte ao supervisor clínico</i> "	300
Tabela 69 - subcategoria " <i>realizando atividades destinadas ao supervisor clínico</i> "	302
Tabela 70 - subcategoria " <i>analizando conjuntamente as práticas docentes após cada ensino clínico</i> "	305
Tabela 71 - subcategoria " <i>sendo diretivo</i> "	307
Tabela 72 - subcategoria " <i>sendo assertivo</i> "	308
Tabela 73 - subcategoria " <i>sendo criativo</i> "	309
Tabela 74 - subcategoria " <i>ausência de parcerias efetivas entre as instituições de ensino e organizações de saúde</i> "	317
Tabela 75 - subcategoria " <i>desarticulação conceptual entre academia e contextos profissionais</i> "	319
Tabela 76 - subcategoria " <i>instabilidade politico-organizativa das organizações de saúde</i> "	320
Tabela 77 - subcategoria " <i>preparação deficitária para avaliar os adquiridos na prática pelo estudante</i> "	322
Tabela 78 - subcategoria " <i>afastamento docente da prática clínica</i> "	324
Tabela 79 - subcategoria " <i>dificuldade em perceber os limites do seu papel</i> "	326
Tabela 80 - subcategoria " <i>lidar com a componente emocional do ensino clínico</i> "	327
Tabela 81 - subcategoria " <i>ausência de formação em supervisão clínica</i> "	329
Tabela 82 - subcategoria " <i>impreparação do enfermeiro supervisor para a função supervisiva</i> "	331
Tabela 83 - subcategoria " <i>diferentes visões acerca do cuidar em enfermagem</i> "	332
Tabela 84 - subcategoria " <i>indisponibilidade do supervisor para o exercício da função supervisiva</i> "	334
Tabela 85 - subcategoria " <i>caraterísticas pessoais do estudante</i> "	337
Tabela 86 - subcategoria " <i>ambiente afetivo-relacional desfavorável</i> "	339
Tabela 87 - subcategoria " <i>impreparação (teórica) do estudante para a frequência do ensino clínico</i> "	340

Tabela 88 - subcategoria " <i>falta de implicação do estudante no processo de ensino-aprendizagem clínico</i> "	341
Tabela 89 - subcategoria " <i>massividade de estudantes nos contextos de trabalho</i> "	343
Tabela 90 - subcategoria " <i>ausência de disponibilidade para apoiar o estudante</i> "	345
Tabela 91 - subcategoria " <i>atomização geográfica e contextual dos estudantes</i> "	346
Tabela 92 - subcategoria " <i>ausência de disponibilidade para apoiar colaborar com os pares (professores)</i> "	347
Tabela 93 - subcategoria " <i>deficiente integração na dinâmica organizativa dos contextos</i> "	351
Tabela 94 - subcategoria " <i>ausência de implicação dos profissionais na preparação dos ensinamentos clínicos</i> "	352
Tabela 95 - subcategoria " <i>reorganização do ensino de enfermagem no quadro do ensino superior</i> "	355
Tabela 96 - subcategoria " <i>inexistência de legislação reguladora da atividade supervisiva</i> " ...	356
Tabela 97 - subcategoria " <i>dicotomia teoria-prática</i> "	366
Tabela 98 - subcategoria " <i>a complexidade do real</i> "	370
Tabela 99 - subcategoria " <i>instabilidade político-organizativa nas organizações de saúde</i> "	371
Tabela 100 - subcategoria " <i>gestão de sentimentos profissionais</i> "	376
Tabela 101 - subcategoria " <i>deficiente integração nos contextos clínicos</i> "	379
Tabela 102 - subcategoria " <i>contextos pouco desafiantes em termos formativos</i> "	381
Tabela 103 - subcategoria " <i>características pessoais do estudante</i> "	387
Tabela 104 - subcategoria " <i>ambiente afetivo-relacional desfavorável</i> "	391
Tabela 105 - subcategoria " <i>indisponibilidade do supervisor para a função</i> "	393
Tabela 106 - subcategoria " <i>estilo de supervisão</i> "	394
Tabela 107 - subcategoria " <i>impreparação do supervisor para a função supervisiva</i> "	399
Tabela 108 - subcategoria " <i>características pessoais do supervisor</i> "	401
Tabela 109 - subcategoria " <i>o supervisor enquanto avaliador</i> "	404
Tabela 110 - subcategoria " <i>fatores relacionados com o estudante</i> "	410
Tabela 111 - subcategoria " <i>fatores relacionados com questões curriculares</i> "	412
Tabela 112 - subcategoria " <i>fatores relacionados com questões organizativas</i> "	414
Tabela 113 - subcategoria " <i>interação com o doente/família</i> "	417
Tabela 114 - subcategoria " <i>ambiente afetivo-relacional entre professor e estudante nem sempre favorável</i> "	420
Tabela 115 - subcategoria " <i>papel do professor enquanto avaliador</i> "	423
Tabela 116 - subcategoria " <i>tipo de interação com a equipa de enfermagem</i> "	428
Tabela 117 - subcategoria " <i>o planeamento e condução do ensino clínico ser da exclusiva responsabilidade da escola</i> "	437

Tabela 118 - subcategoria " <i>existência de incentivos/contrapartidas ou, inclusive, considerar a possibilidade de profissionalização da função supervisiva</i> "	439
Tabela 119 - subcategoria " <i>boa atmosfera afetivo-relacional entre os atores diretamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem</i> "	443
Tabela 120 - subcategoria " <i>ratio supervisivo que garanta a qualidade do processo de ensino-aprendizagem</i> "	444
Tabela 121 - subcategoria " <i>existência de co-responsabilidade individual e coletiva no desenvolvimento de ações de colaboração interinstitucional</i> "	449
Tabela 122 - subcategoria " <i>um ensino prático individualizado/personalizado</i> "	451
Tabela 123 - subcategoria " <i>um ambiente que propicie ações colaborativas de reflexão na e sobre a prática</i> "	453
Tabela 124 - subcategoria " <i>reforço do ensino prático</i> "	454
Tabela 125 - subcategoria " <i>uniformização de critérios de exigência e avaliativos na componente prática da formação inicial em enfermagem</i> "	456
Tabela 126 - subcategoria " <i>professores com formação pedagógica</i> "	459
Tabela 127 - subcategoria " <i>professores com experiência profissional</i> "	461
Tabela 128 - subcategoria " <i>professores motivados para a função supervisiva</i> "	462
Tabela 129 - subcategoria " <i>professores com formação especializada na área do ensino clínico a supervisionar</i> "	463
Tabela 130 - subcategoria " <i>existência de parcerias pedagógicas efetivas</i> "	468
Tabela 131 - subcategoria " <i>supervisores com formação pedagógica</i> "	472
Tabela 132 - subcategoria " <i>supervisores com experiência profissional</i> "	475
Tabela 133 - subcategoria " <i>supervisores detentores de características pessoais e profissionais facilitadoras da relação pedagógica</i> "	479
Tabela 134 - subcategoria " <i>supervisores com um conhecimento técnico-científico sólido</i> "	481
Tabela 135 - subcategoria " <i>contextos cujas condições estruturais e de recursos sejam adequados à colaboração na formação inicial</i> "	486
Tabela 136 - subcategoria " <i>contextos que sejam acolhedores e facilitadores da integração do estudante</i> "	488
Tabela 137 - subcategoria " <i>contextos que estimulem o desenvolvimento (profissional) do estudante</i> "	489
Tabela 138 - subcategoria " <i>uma formação alicerçada na evidência científica</i> "	492
Tabela 139 - subcategoria " <i>uma formação que incentive o estudante a perspectivar-se como lifelong learner</i> "	494
Tabela 140 - subcategoria " <i>uma formação que profissionalize</i> "	496

Índice de Figuras

Figura 1 - síntese dos principais marcos sócio-políticos que influenciaram a docência em enfermagem desde a criação dos primeiros cursos até à década de 90 (elaboração própria).....	20
Figura 2 - principais marcos do processo de universitarização do ensino de enfermagem (elaboração própria).	29
Figura 3 - competências do professor de enfermagem (mestrinho, 2011).	54
Figura 4 - perfil de competências do professor de enfermagem (nunes, 2006).....	56
Figura 5 - agentes de <i>practicum</i> (adaptado de zabalza, 2011).	72
Figura 6 - distribuição dos sujeitos por estabelecimento de ensino e região do país.	119
Figura 7 - matriz de análise.	146
Figura 8 - subtema i " <i>valor formativo da prática para os professores</i> "	150
Figura 9 - categoria " <i>a prática é fonte de conhecimento profissional</i> "	151
Figura 10 – categoria " <i>possibilita um desenvolvimento profissional situado</i> "	156
Figura 11 - categoria " <i>facilita a conscientização das necessidades de formação</i> "	163
Figura 12 - categoria " <i>promove um ambiente colaborativo</i> "	169
Figura 13 - categoria " <i>facilita a socialização profissional docente</i> "	176
Figura 14 - categoria " <i>contribui para a construção da identidade e profissionalidade docente</i> "	179
Figura 15 - categoria " <i>desenvolve competências profissionais nas áreas da docência e da prática de enfermagem</i> "	184
Figura 16 - categoria " <i>contribui para a satisfação profissional docente</i> ".	187
Figura 17 - subtema ii: valor formativo da prática para os estudantes.	190
Figura 18 - categoria " <i>permite realizar aprendizagens situadas supervisionadas</i> "	191
Figura 19 - categoria " <i>permite desenvolver competências pessoais e profissionais</i> ".	213
Figura 20 - categoria " <i>contribui para a construção da identidade profissional</i> "	223
Figura 21 - categoria " <i>facilita a socialização profissional</i> "	230
Figura 22 - categoria " <i>facilita a tomada de consciência de si</i> ".	241
Figura 23 - tema " <i>estratégias usadas, promotoras de valor formativo acrescentado</i> "	249
Figura 24- categoria " <i>reflexão e análise das práticas</i> "	250
Figura 25 - categoria " <i>suporte ao estudante</i> "	260
Figura 26 - categoria " <i>supervisão do processo formativo</i> "	269
Figura 27 - categoria " <i>ensino situado em contexto de trabalho</i> "	281
Figura 28 - categoria " <i>ensino centrado no estudante</i> "	288
Figura 29 - categoria " <i>avaliação formativa</i> "	293
Figura 30 - categoria " <i>trabalho colaborativo com o supervisor clínico</i> "	298
Figura 31 - categoria " <i>trabalho colaborativo entre a equipa docente</i> "	303

Figura 32 - categoria " <i>utilização de competências pessoais</i> "	305
Figura 33 - subtema " <i>obstáculos percebidos/sentidos pelos docentes nos contextos profissionais</i> "	314
Figura 34 - categoria " <i>articulação interinstitucional</i> "	315
Figura 35 - categoria " <i>preparação para o exercício da função supervisiva</i> "	321
Figura 36 - categoria " <i>interação com o enfermeiro supervisor</i> "	330
Figura 37 - categoria " <i>interação com o estudante</i> "	335
Figura 38 - categoria " <i>organização/gestão dos ensinamentos clínicos</i> "	342
Figura 39 - categoria " <i>interação com os contextos profissionais</i> "	349
Figura 40 - categoria " <i>aspectos normativos</i> "	353
Figura 41 - subtema " <i>obstáculos percebidos/sentidos pelos estudantes nos contextos profissionais</i> "	357
Figura 42 - categoria " <i>choque da realidade</i> "	358
Figura 43 - categoria " <i>interação com o supervisor clínico</i> "	382
Figura 44 - categoria " <i>aspectos intrínsecos ao próprio processo formativo</i> "	405
Figura 45 - categoria " <i>interação com o professor</i> "	418
Figura 46 - categoria " <i>interação/integração na equipa de enfermagem</i> "	426
Figura 47 - categoria " <i>interação com os pares (estudantes)</i> "	429
Figura 48 - tema " <i>mudanças curriculares que podem criar contextos mais favoráveis ao incremento das potencialidades formativas da prática</i> "	433
Figura 49 - categoria " <i>organização formal desejada</i> "	434
Figura 50 - categoria " <i>estratégias formativas desejadas</i> "	446
Figura 51 - categoria " <i>perfil de professor desejado</i> "	458
Figura 52 - categoria " <i>relações interinstitucionais desejadas</i> "	465
Figura 53 - categoria " <i>perfil de supervisor clínico desejado</i> "	470
Figura 54 - categoria " <i>caraterísticas dos contextos profissionais desejadas</i> "	484
Figura 55 - categoria " <i>finalidades desejadas para o practicum</i> "	490

INTRODUÇÃO

Justificação da escolha do objeto de estudo

O desenvolvimento de um trabalho de investigação inscreve-se sempre numa história de vida e esta comporta múltiplas determinantes das escolhas e das tomadas de decisão que o desenvolvimento profissional exige. Sob esta moldura, a génese do presente estudo insere-se no terreno da nossa prática, enquanto enfermeiro e enquanto supervisor da prática em contexto de trabalho na formação inicial de enfermeiros há mais de duas décadas e, simultaneamente, nos últimos treze anos, enquanto docente do ensino superior ligado a essa mesma formação inicial. Nesse âmbito, a coordenação e docência de Unidades Curriculares de Formação Clínica, possibilitou-nos diversos momentos de reflexão e análise individual e coletiva (quer entre pares quer conjuntamente com os enfermeiros dos contextos profissionais), que nos permitiram gradualmente tomar consciência do papel e centralidade da componente prática da formação inicial em Enfermagem, quer para os docentes quer para os discentes, na medida em que esta envolve uma complexidade de atitudes e comportamentos só possíveis de adquirir e desenvolver em situações reais de trabalho, onde a mobilização de componentes cognitivas, psicomotoras, afetivas e relacionais é fundamental à construção de conhecimento e desenvolvimento profissional dos primeiros e à profissionalização dos segundos.

Assim, após o término das provas de Mestrado em Ciências da Educação e no quadro do exercício profissional docente, tem vindo a ser fortalecida a nossa convicção de que o valor formativo da prática em contexto de trabalho, durante a formação inicial em Enfermagem, se manifestará na prática profissional dos futuros enfermeiros de forma relevante, pelo que, consideramos que as práticas de formação tenderão a melhorar, se o conhecimento sobre o valor formativo dessa componente for desenvolvido. Progressivamente essas convicções alargaram o seu âmbito, e hoje, levam-nos a considerar que o aprofundamento do conhecimento sobre o valor formativo da prática pelos docentes, é uma das condições primordiais para potenciar o seu papel na formação dos estudantes, sendo simultaneamente uma forma de reinvestimento desse conhecimento na sua própria prática enquanto formadores.

O presente estudo inscreve-se assim num conjunto de preocupações decorrentes da nossa atividade profissional e na certeza de que as mudanças ocorridas no âmbito do ensino superior e da saúde exigem alterações nos papéis, nos valores e nas competências

docentes. Insere-se na área das Ciências da Educação, no domínio da Formação de Professores, especificamente na componente prática em contexto profissional da formação inicial de enfermeiros.

Definição da problemática, questões e objetivos do estudo

A sociedade contemporânea exige mudanças contínuas dos sistemas educativos. No ensino superior parte dessas exigências decorre e ao mesmo tempo é decorrente da ênfase na relevância social da formação profissional. Nesse sentido, cada vez mais as atenções recaem sobre os cursos de formação inicial e sobre os seus intervenientes – formadores, estudantes, currículo e políticas em relação com os contextos locais e globais – nomeadamente nas áreas da educação e da saúde.

No caso específico da formação inicial de enfermeiros, como adiante se dará conta, desde a sua integração no Sistema Educativo Nacional na década de 80, ao nível do Ensino Superior Politécnico, muitas têm sido as mudanças nesta área de formação profissional: os estudantes passam a ser selecionados pelo regime geral de acesso ao ensino superior; os docentes transitam da Carreira de Enfermagem para a Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico; as antigas Escolas de Enfermagem são convertidas em Escolas Superiores de Enfermagem|Saúde (integradas ou não em Universidades), passando a ter autonomia técnica, pedagógica e científica e o ensino de Enfermagem transita para a tutela única do Ministério da Educação. O acesso à profissão passa a ser concretizado por via da obtenção do Curso de Licenciatura em Enfermagem (o que implicou que os profissionais tivessem de frequentar cursos de complemento de formação para o obter o grau de licenciado) e o acesso dos enfermeiros a todos os graus académicos do Ensino Superior passa a ser uma realidade. Ou seja, o ensino em Enfermagem passa a desenvolver-se ao nível dos três ciclos de estudos, sendo que os dois primeiros ciclos – licenciatura e mestrado – são desenvolvidos no quadro do Ensino Superior Politécnico, numa lógica profissionalizante, e o 3º ciclo na Universidade, porém com a participação de docentes doutorados das Escolas Superiores de Enfermagem|Saúde. Simultaneamente, em muitas Escolas Superiores de Enfermagem|Saúde, foram criadas Unidades de Investigação e desenvolvimento (UI&D) apoiadas pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) nas quais são desenvolvidas pesquisas centradas nas dimensões clínica, formação e gestão em Enfermagem, que vêm evidenciando uma paulatina mudança de paradigma, quer nos modelos cuidativo e formativo que deixam de estar centrados na doença e passam a estar centrados nas pessoas e nas suas necessidades (Amendoeira, 2009).

Após a integração no ensino superior, desde a primeira década do novo milênio, o ensino de Enfermagem tem também vindo a ser confrontado com os desafios decorrentes das novas políticas para o ensino superior (nomeadamente as resultantes do Processo de Bolonha), as quais vêm exigir não apenas uma revisão refletida dos planos de estudos da formação inicial em Enfermagem mas também a adoção de novos modelos de formação e a reconceptualização dos papéis docente e discente nesse âmbito.

Embora a universitarização do ensino de Enfermagem tenha surgido como resposta a uma constelação de expectativas de natureza diversa (políticas e ideológicas; socio-profissionais; sociais; educacionais e científicas), tem sido objeto de não pouca controvérsia originada, entre outras razões, pelo frequente desfasamento entre os objetivos pretendidos e os resultados real ou supostamente alcançados (Amendoeira, 2009). Por outro lado, a velocidade a que tais mudanças têm vindo a ocorrer parece não favorecer a ocorrência de momentos de análise e de reflexão formalizados sobre algumas variáveis que importaria considerar. Entre essas variáveis, uma a que pouca atenção tem sido dada, é a componente prática da formação inicial em Enfermagem, vulgo estágio|ensino clínico.

Por efeito de uma crença que nunca foi contradita a componente prática da formação inicial de enfermeiros, é atualmente unanimemente aceite pelos mais diversos autores, como um lugar e um tempo ímpares para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico-reflexivas, consolidando o pensamento geral de que esta componente constitui a espinha dorsal da formação inicial em Enfermagem e que o conhecimento nesta área científica, não pode ser apenas obtido no seio da academia (Lopes *et al.*, 2013; Serra, 2011; Abreu, 2007, 2001; Rua, 2009; Garrido *et al.*, 2008; Rodrigues *et al.*, 2007; Fernandes, 2007; Belo, 2003, entre outros). Não obstante a inquestionável importância e centralidade conferida à componente prática da formação inicial (e contínua) em Enfermagem, várias têm sido as referências à necessidade de intensificar a investigação e a melhoria dessa componente, consideradas as diversas fragilidades, contradições e ambiguidades identificadas, essencialmente relacionadas com os processos, os atores e os contextos. Entre as inconsistências mais destacadas pela literatura encontram-se, nomeadamente: a persistência da dicotomia entre teoria e prática e, decorrente desta, o choque da realidade; as dificuldades intrínsecas à socialização profissional docente e discente; as problemáticas intrínsecas ao desenvolvimento dos processos de supervisão|tutoria; as

necessidades de formação dos agentes formativos diretamente envolvidos supervisão de estudantes e, ainda, as questões relacionadas com as dinâmicas organizativas dos contextos profissionais e de articulação|relação entre estes e a academia.

Embora a formação em contexto de trabalho não constitua uma novidade no âmbito da formação inicial em Enfermagem, do ponto de vista investigativo, o que se tem vindo a verificar nas últimas décadas, é que esta componente foi sendo abordada sobretudo nos planos organizativo e supervisoivo, sendo poucos ou praticamente inexistentes os trabalhos que visem explicar o que é, o que representa para os atores diretamente implicados no processo de ensino-aprendizagem clínico, quais os seus contributos para a aquisição de conhecimentos, capacidades, valores e atitudes pelo estudante, sendo sobretudo diminuto o conhecimento no que diz respeito aos seus contributos para a construção dos saberes profissionais docentes e respetivo desenvolvimento profissional. Com efeito, foi-se aceitando de uma forma relativamente tácita que a imersão|contacto com os contextos profissionais constitui um período de grande importância, sem que contudo a investigação evidenciasse como era desenvolvido esse processo ou clarificasse o papel docente nesse âmbito, situação que sugere a naturalização do conhecimento e da competência profissional docente, naturalizando igualmente o seu exercício profissional. Nos últimos anos, esta tendência tem vindo a ser contrariada, assistindo-se a um incremento significativo da investigação neste domínio, nomeadamente sobre o que o mesmo proporciona quer em termos de conhecimento e socialização profissional discente quer em termos de desenvolvimento profissional docente, muito embora, não especificamente na formação inicial de enfermeiros (Zabalza, 2011; Sanmamed e Abeledo, 2011).

Em suma, conhece-se mal o valor formativo da prática profissional quer para os docentes quer para os estudantes na formação inicial de enfermeiros, por isso, é nossa expectativa promover o questionamento e problematização desta área, num momento em que

“(...) o abundante uso discursivo da expressão práticas de formação em contexto de trabalho por quantos se interessam pelas problemáticas da formação profissional contrasta não apenas com a indigência da investigação sobre o assunto, mas também com a fragilidade da sua conceptualização o que se reflecte num quase deserto teórico neste domínio”(Rodrigues, 2007:82-83).

No âmbito desta introdução afigura-se-nos ainda como relevante esclarecer, desde já, que utilizaremos o conceito de prática em contexto de trabalho ou profissional na

aceção da componente do *curriculum* que integra as atividades de contacto com o real profissional que ocorrem nas organizações de saúde e na comunidade durante a formação inicial em Enfermagem, designando-a também por *practicum*. A literatura mostra que são várias as aceções de *practicum* (Cohen, Hoz e Kaplan, 2013; Zabalza, 2011, Sanmamed e Abeledo, 2011; Zeichner, 1993), no entanto, no presente estudo, quando nos referirmos a essa componente formativa o nosso interesse recai sobre práticas supervisionadas, situadas em contexto profissional, também designadas de estágio, prática clínica ou ensino clínico, pelo que o conceito de *practicum* poderá surgir com duplo sentido: de componente formativa ou de atividades propriamente ditas.

Configurada a problemática, apresenta-se a questão central do nosso estudo:

Que conceções têm docentes e discentes, sobre o que constitui o valor formativo da prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem?

Refletindo mais profundamente acerca do objeto de estudo, interrogações mais específicas emergiram. Neste âmbito, relativamente aos docentes, importa-nos saber:

Qual a conceção docente sobre o valor formativo da prática em contexto de trabalho, nomeadamente:

- *no plano das aquisições/desenvolvimento de conhecimentos e competências profissionais pelos estudantes?*
- *do ponto de vista da construção de identidade profissional dos estudantes?*
- *do ponto de vista das suas próprias aquisições/desenvolvimento de conhecimentos e competências profissionais?*
- *da perspetiva da construção de conhecimento e desenvolvimento profissional docente?*

No que respeita aos estudantes, interessa-nos saber:

Qual a conceção discente sobre o valor formativo da prática em contexto de trabalho, nomeadamente:

- *no plano das aquisições/desenvolvimento de conhecimentos e competências profissionais?*
- *do ponto de vista da sua identidade profissional?*

- *na perspectiva do contributo docente, para a aquisição discente de conhecimentos, competências e construção identitária?*

Embora não se consigne como uma questão de investigação, gostaríamos ainda de obter elementos acerca dos aspetos potencialmente facilitadores ou, contrariamente, constrangedores do valor formativo da prática para os docentes e discentes no âmbito do *practicum*.

As questões elencadas, para além da delimitação do objeto de estudo e da definição do seu campo, serviram para o aprofundamento dos fundamentos teóricos desta investigação. Assim, partindo-se de um quadro conceptual de referência, o presente estudo orientou-se para a descoberta de trabalhos desenvolvidos em diferentes áreas, permitindo clarificar quadros de referência teórico-metodológicos que nos facilitaram uma aproximação ao valor formativo da prática para docentes e discentes no âmbito da formação inicial de enfermeiros.

Os objetivos definidos para este estudo são:

- *Saber, nas perspectivas docente e discente, o que constitui o valor formativo da prática em contexto de trabalho no plano das aquisições/desenvolvimento de conhecimentos e competências e construção identitária discente;*
- *Identificar nas perspectivas docente e discente, qual o contributo dos professores para as aquisições/desenvolvimento de conhecimentos e competências profissionais e construção identitária discente, durante os períodos de inserção no terreno da prática profissional;*
- *Conhecer, na perspectiva docente, qual o valor formativo da prática durante os períodos de acompanhamento/supervisão dos estudantes em contexto de trabalho, no plano do seu próprio desenvolvimento profissional, bem como, no que tange à construção de conhecimento profissional docente;*
- *Saber, nas perspectivas docente e discente, quais são os aspetos potencialmente facilitadores ou, contrariamente, constrangedores da formalização dessa mesma prática.*

Plano de Apresentação do Trabalho

O trabalho desenvolvido é apresentado em duas partes distintas. A primeira parte visa o enquadramento conceptual da problemática em estudo e é constituída pelos dois primeiros capítulos.

No primeiro capítulo – Ser professor de Enfermagem no Ensino Superior – por um lado, procura-se perspetivar a docência desde a criação do ensino de Enfermagem até ao momento atual, no intuito de oferecer uma visão compreensiva das diversas fases de desenvolvimento docente em Enfermagem; por outro lado, integra o que considerámos essencial da revisão da literatura feita, acerca das competências e saberes dos professores de Enfermagem. Abordam-se ainda, os atuais desafios à docência em Enfermagem, nomeadamente, a necessidade de formação pedagógica específica para o exercício profissional da docência e também da imprescindibilidade de os professores de Enfermagem realizarem investigação quer no âmbito da docência quer dos cuidados de Enfermagem.

O capítulo dois – A Prática em Contexto de Trabalho – apresenta um conjunto de conceitos e problemáticas relacionadas e relacionáveis entre si, acerca do *practicum* e da influência deste no desenvolvimento profissional docente, que se nos foram afigurando como necessários ao enquadramento do objeto de estudo quer no plano conceptual quer quanto à definição dos objetivos a atingir e ao percurso metodológico a seguir.

A segunda parte corresponde à apresentação da pesquisa empírica realizada e é constituída por três capítulos.

O terceiro capítulo – Opções Metodológicas – tal como a própria designação indica, ocupa-se da apresentação e fundamentação das opções metodológicas feitas para prosseguir a pesquisa empírica, designadamente das técnicas e instrumentos de recolha e análise de dados e dos procedimentos seguidos na análise de conteúdo dos dados obtidos através das sessões de *focus-group* e entrevistas semi-estruturadas realizadas a professores e estudantes, respetivamente.

O quarto capítulo – Os discursos: a prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem – apresenta e discute os resultados do trabalho de recolha e análise das percepções de docentes e discentes acerca do valor formativo da prática na formação inicial de enfermeiros, que se encontra organizado segundo quatro principais pontos:

manifestações observadas do valor formativo da prática; estratégias usadas promotoras de valor formativo acrescentado; obstáculos correntes que restringem o valor formativo que a prática poderia ter e; mudanças curriculares que podem criar contextos mais favoráveis ao incremento das potencialidades formativas da prática.

Em continuidade, seguem-se as conclusões, nas quais são salientados os aspetos mais relevantes do estudo e apresentadas as considerações finais. Nestas últimas, identificam-se algumas das limitações do estudo, apontam-se pistas para investigações futuras e fazem-se recomendações aos diversos agentes diretamente implicados no *practicum*, no sentido de contribuir para a criação de contextos mais favoráveis ao incremento das potencialidades formativas da prática.

PRIMEIRA PARTE
MOLDURA TEÓRICO-CONCEPTUAL

CAPÍTULO I – SER PROFESSOR DE ENFERMAGEM NO ENSINO SUPERIOR

Em Portugal, a docência em Enfermagem à semelhança de outros tipos de ensino, sofreu grandes mudanças nas últimas três décadas, devido essencialmente às alterações verificadas nos contextos social e profissional, nos paradigmas da formação e seus pressupostos sócio-pedagógicos e, ainda, no perfil de saúde e necessidades específicas da população nacional. Tais alterações têm vindo a colocar novos desafios, novas responsabilidades e novas expectativas aos enfermeiros, que se veem confrontados com uma prática cada vez mais exigente, o que implica um processo de formação também ele mais rigoroso, diferenciado e adequado à realidade atual dos contextos da saúde e educativo.

Apesar de considerarmos necessária a análise integrada de todas essas mudanças, no presente trabalho optámos, como o próprio título do capítulo sugere, por centrar a nossa abordagem no professor de Enfermagem. Assim, no primeiro ponto, expõem-se os principais marcos sócio-políticos que influenciaram a docência em Enfermagem desde a criação dos primeiros cursos até à década de 90, altura em que o ensino de Enfermagem é integrado no Sistema Educativo Nacional e os professores transitam para a Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico.

Na continuidade do primeiro ponto, no segundo, abordam-se as mudanças estruturais e institucionais decorrentes do processo de universitarização do ensino de Enfermagem e as suas implicações para a docência. Para além das mudanças estruturais, as reformas operadas implicaram mudanças na natureza do trabalho docente e, naturalmente, a necessária reconfiguração dos seus saberes e competências profissionais, dimensões estas que contituem o objeto de análise do ponto três. Por fim, no ponto quatro, procura-se dar evidência aos principais desafios colocados à docência em Enfermagem, que emanam das atuais exigências de “formar” no quadro do Espaço Europeu de Ensino Superior (EEES) e que se relacionam essencialmente com as necessidades de formação pedagógica para o exercício da docência e de investigação quer no âmbito disciplinar quer da docência.

1. DE MONITOR A PROFESSOR DO ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO: UM ITINERÁRIO CONSTRUÍDO NA INTERAÇÃO ENTRE AS MUDANÇAS OCORRIDAS NA PROFISSÃO E NO SEU ENSINO

Sendo a Enfermagem tão antiga como a existência do próprio homem, em termos nacionais, o seu ensino apenas surge de forma organizada no final do século XIX. Os primeiros cursos de “Enfermagem científica” datam de 1881, 1886 e 1887, tendo sido realizados respetivamente nos Hospitais de Coimbra, Lisboa e Porto, por iniciativa dos respetivos administradores. Apesar dessas iniciativas efémeras de formalização do ensino de Enfermagem em Portugal, a primeira Escola Profissional de Enfermeiros só viria a surgir mais tarde, em 1901, no então Hospital Real de São José (que em 1930, passa a ser designada de Escola de Enfermagem Artur Ravara, sendo então transferida para o Hospital dos Capuchos, (Graça e Henriques, 2000)).

A necessidade de formar pessoal de Enfermagem minimamente qualificado adveio sobretudo da carência de recursos humanos e da necessidade sentida pela classe médica de “(...) *adestrar aqueles que estão incumbidos de executar as suas prescrições. Estando ultrapassado o tempo em que se fazia Enfermagem sob a exclusiva inspiração da caridade cristã*” (Amendoeira, 2006:120). Assim, desde 1901 e durante as quatro décadas seguintes, a formação em Enfermagem esteve sempre subordinada ao modelo médico-hospitalocentrico (Graça e Henriques, 2000), já que durante esse período os únicos professores de Enfermagem eram os médicos e as escolas eram consideradas serviços dos hospitais (Amendoeira, 2006; Nunes, 2003; Soares, 1997). A diversidade e a heterogeneidade das formações bem como a inexistência de um currículo explícito do qual constassem finalidades, objetivos, conteúdos, metodologias e avaliação era uma realidade transversal aos diversos estabelecimentos de ensino existentes à época. Cada escola criava o curso com o programa que melhor lhe parecia responder às necessidades de preparação do pessoal de Enfermagem, sendo o currículo deste determinado pelos progressos da medicina e pelas necessidades cada vez mais complexas do trabalho hospitalar (Soares, 1997). Sob esta moldura, o único padrão seguido por todos os estabelecimentos de ensino cingia-se à designação e duração da formação.

O ensino teórico, ao ser exclusivamente ministrado por médicos, centrava-se na doença e era completamente dissociado da prática. Por seu lado, o ensino prático, era de tipo artesanal, reproduzindo os modos e as formas de exercício clínico do serviço hospitalar, sendo que, não raras vezes, face à escassez de recursos humanos, os estudantes eram utilizados como mão-de-obra (Soares, 1997). A finalidade era,

“(...) preparar o pessoal existente para executar tarefas que excediam os cuidados de higiene pessoal dos doente, cumprir as prescrições médicas, actuar em situação de urgência, observar e transmitir a informação sobre os doentes, substituir o facultativo durante a sua ausência em tudo o que não dependesse de uma decisão puramente científica” (Soares, 1997:55-56).

isto é, preparar pessoal de Enfermagem para auxiliar o médico no desenvolvimento da sua atividade clínica.

A Escola Técnica de Enfermeiras (ETE), surgida em 1940, única escola tutelada pelo Ministério da Educação, constituiu a excepção ao cenário anteriormente descrito. De acordo com Soares (1997), era uma “escola diferente” das demais, tendo sido considerada até aos anos 90, a mais prestigiada e elitista a nível nacional. Tinha por objetivo dotar não só o Instituto Português de Oncologia (IPO), mas todo o país, de *“(...) enfermeiras de cultura superior no que respeita às ciências naturais e de saúde pública e, sobretudo, no campo da física e das radiações”* (Soares, 1997:39). Contrariamente a todas as outras escolas, em que a duração da formação inicial em Enfermagem era de dois anos e a habilitação mínima de ingresso era a quarta classe, na ETE, a duração da formação era de três anos e a habilitação mínima o 2º ciclo liceal (atual 9º ano de escolaridade). Francisco Gentil, mentor da sua criação, considerava que *“(...) as enfermeiras só podem ser educadas por enfermeiras, nós médicos falhamos na sua formação. E se nós não temos capacidade para educar as enfermeiras técnicas, quem além das próprias minitoras, pode oferecer garantias?”* (Soares, 1997:39), afirmando-se assim uma outra filosofia educativa em Enfermagem. Em termos administrativos, desde a sua fundação, quer a direcção quer o corpo docente da ETE sempre foram constituídos exclusivamente por enfermeiras. No que toca aos aspetos curriculares, também esta Escola era distinta das demais: na componente teórica a disciplina de Enfermagem passou a assumir uma posição nuclear no seio do plano de estudos, sendo ainda introduzidas “novas” disciplinas como a Psicologia, a Sociologia, a Enfermagem de Saúde Pública, a Medicina Preventiva, o Ensino e a Administração. Na componente prática, os estágios passam a estar organizados e coordenados com a componente teórica, sendo realizados em serviços seleccionados, de acordo com os objetivos estabelecidos e com as necessidades de aprendizagem dos estudantes. A supervisão era efetuada por enfermeiras professoras que, para além do acompanhamento dos alunos em estágio, eram também responsáveis pelo ensino teórico. Em suma, a notável diferenciação pedagógica e organizativa da ETE relativamente às restantes, parece ter influenciado de forma decisiva o panorama do ensino de Enfermagem nacional (Soares, 1997).

Em 1947, por decisão da Inspeção de Assistência Social (Decreto-lei n.º 36:219, de 10 de abril), as escolas de Enfermagem deixam de poder decidir acerca dos programas dos cursos que ministram. Assim, além das matérias cuja presença já estava consolidada nos programas dos cursos (como por exemplo: anatomia, fisiologia e higiene), estes passam a incluir conteúdos como: química e física; ciências naturais; bacteriologia e parasitologia; alimentação e dietética; patologia geral e semiologia; farmacologia; prática laboratorial e análises clínicas; noções de obstetrícia e puericultura; administração hospitalar; contabilidade; escrituração comercial e dactilografia e noções gerais de assistência e serviço social.

Para além das modificações anteriormente descritas, a Inspeção da Assistência Social estabeleceu ainda que, para além do Curso de Enfermagem Geral, as escolas de Enfermagem deveriam ministrar Cursos de Auxiliares de Enfermagem (com a duração de um ano) e Cursos de Pré-Enfermagem (com uma duração de dois anos) no intuito de responder à pressão resultante da carência de enfermeiros e do gradual aumento da procura de cuidados de saúde. Para Amendoeira (2006) e Soares (1997), a criação destas formações foi decisiva para o reconhecimento da capacidade dos enfermeiros intervirem na sua própria formação, primeiro como auxiliares de ensino e, posteriormente, como monitores, designação que perdurou até ao início da década de 90 (Amendoeira, 2006). De acordo com Soares (1997), é nesta altura que começa a ser questionado se o ensino de Enfermagem deveria ser feito por médicos: *“É o ensino técnico mal orientado, dirigido e orientado por médicos, quando o devia ser por enfermeiros, porque as duas profissões são diferentes, o que torna insuficiente e ilusória a instrução profissional e técnica”* (Idem:39).

Em 1952, assiste-se àquela que é considerada por vários autores (Amendoeira, 2006; Nunes, 2003) a “primeira grande reforma” do ensino de Enfermagem (Decretos-lei n.º 38:884 e 38:885, de 28 de agosto), na qual a intervenção do Estado é reforçada, com a aprovação do Regulamento das Escolas de Enfermagem e, conseqüentemente, a regulação do funcionamento dos cursos. Neste âmbito, são ainda feitas outras importantes alterações ao nível do ensino em Enfermagem, a saber: as escolas, embora mantidas na dependência dos hospitais, passam a ter autonomia técnica e administrativa; a duração do Curso Geral de Enfermagem passa de dois para três anos; é extinto o curso de Pré-Enfermagem; os planos de estudos passam a ser organizados em aulas teóricas, aulas práticas e estágios e são criadas as enfermarias-escola, no sentido da valorização da formação prática (Amendoeira, 2006). No que respeita à componente teórica, é

introduzida, a abordagem das Ciências Sociais e Humanas, procurando atribuir à formação inicial de enfermeiros um caráter humanista e social, para além da orientação biomédica. Na componente teórico-prática, é inserido como conteúdo disciplinar a Técnica de Enfermagem, na qual as monitoras ensinam os procedimentos técnicos das áreas médica e cirúrgica, separando-se o estudo das técnicas do estudo das patologias. Assim, no final da década de 50, a expressão da profissão como ciência e arte começa a ter um pendor mais afirmativo e a pugnar por uma formação prática mais efetiva, “(...) valorizando-se os estágios hospitalares e a necessidade de novas características das enfermeiras já que não basta que possuam os esplendidos atributos humanitários que sempre as acompanharam. É necessária uma educação científica, dedicação ao estudo da ciência e da arte de Enfermagem” (Nunes, 2003:82). Neste enquadramento, as enfermeiras deixam de ser vistas como “auxiliares do médico” para passar a ser reconhecidas como “técnicas” (Soares, 1997).

Na década de 60, “(...) a reforma de 65, enfatiza a importância de um corpo docente, em número suficiente e especialmente preparado para o fim em vista. A responsabilidade total do ensino passou a ser das enfermeiras professoras (ou monitoras), enquanto que os médicos e outros técnicos passam a ser colaboradores” (Amendoeira, 2008:334). Nos finais desta mesma década ocorre uma profunda mudança na filosofia educativa, passando-se paulatinamente de uma Enfermagem centrada no hospital e na doença para uma Enfermagem centrada na pessoa que dela necessita (Amendoeira, 2006). Testemunho de tal alteração conceptual é o Plano de Estudos publicado em 1965 (Decreto-lei n.º 46:448, de 20 de julho) que, para além dos conteúdos de caráter mais técnica, passa a contemplar orientações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Council of Nurses* (ICN), dando lugar a um ensino com menor peso da patologia e das ciências biomédicas (Graça e Henriques, 2000).

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 48.166, de 27 de dezembro de 1967, a Carreira de Enfermagem passa a estar organizada em três grandes áreas: Hospitalar, Saúde Pública e Ensino. Pela primeira vez, os enfermeiros dedicados à docência são considerados professores (Amendoeira, 2006), sendo estabelecidas as seguintes categorias para a carreira de Enfermagem na área do ensino: Diretor de Escola, Monitor Chefe, Enfermeiro Professor, Monitor e Auxiliar de Monitor. Especifica ainda o Artigo 5º do mesmo Decreto-Lei, que os Auxiliares de Monitores são selecionados de entre os enfermeiros habilitados com o 3º ciclo dos Liceus e que tenham, no mínimo, um ano de

exercício profissional. Os Monitores, por sua vez, são destacados por concurso de provas de entre os Auxiliares de Monitor, com pelo menos dois anos na categoria e habilitados com o Curso de Enfermagem Complementar – Secção de Ensino. Os Enfermeiros Professores e Monitores Chefes são recrutados, também por concurso de provas, de entre os Monitores com pelo menos 3 anos de exercício de funções na categoria. Por fim, os Diretores de Escola são selecionados de entre os Enfermeiros Professores e Monitores Chefes, desde que aprovados em concurso nacional de habilitação.

Embora existisse em Portugal formação especializada e complementar, desenvolvida nas diversas escolas existentes à altura, na sequência da reforma de 1965 e por recomendação da OMS, outras escolas de Enfermagem foram criadas (Portaria n.º 22539, de 27 de fevereiro de 1967), designadamente: a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem (EEAE), a Escola de Enfermagem de Saúde Pública e as Escolas de Enfermagem Psiquiátrica de Lisboa, Porto e Coimbra, com a função de preparar enfermeiros para as respetivas especialidades. Entre estas, a EEAE, foi “*uma Escola que fez Escola*” (Amendoeira, 2000:151) pelo seu valioso contributo para o desenvolvimento e a valorização dos recursos humanos em Enfermagem. Como a sua própria designação indica, a sua missão consistia em satisfazer dois principais objetivos: Por um lado, preparar pessoal de chefia qualificado para os quadros de Enfermagem para as instituições de saúde; por outro lado, fornecer a todas as escolas que ministravam os designados “cursos base”, os monitores|professores necessários ao desenvolvimento dos cursos, que nessa altura se encontravam particularmente carenciadas de recursos humanos docentes.

Na esteira da reforma Veiga Simão, em 1973, a implantação regional de estabelecimentos de ensino é considerada vantajosa, a nível dos “cursos de Enfermagem de base” quer como meio para suprir a carência de pessoal docente quer como pólos de desenvolvimento regional. Ocorre assim o alargamento da rede de escolas de Enfermagem a todas as capitais de distrito, com exceção de Setúbal e Aveiro, “*(...) o que era claramente mais uma tentativa de aproximação ao sistema educativo nacional*” (Amendoeira, 2006:156), uma vez que também este era palco de mudanças essenciais que tiveram como resultado o estabelecimento da rede de Institutos Superiores Politécnicos no final da década de 70. O desenvolvimento da rede de escolas de Enfermagem pelas capitais de distrito, levou a uma maior mobilidade e crescimento do

corpo docente que, à medida que ia adquirindo a sua formação, integrava os corpos docentes das novas escolas pelo país.

O universo de escolas de Enfermagem que se foram constituindo apresentava percursos e dependências ministeriais bastante distintas. A maioria das escolas públicas dependia do Ministério do Interior, à exceção da ETE que, como já referimos, dependia do Ministério da Educação. Outras, como a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa, a Escola de Enfermagem Franciscanas Missionárias de Maria ou a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, tinham dupla tutela, dependendo do Ministério da Defesa e do Interior (Nunes, 2003). De acordo com alguns autores, este aspeto parece ter constituído um forte entrave, ao longo dos anos, à integração do ensino de Enfermagem no sistema educativo nacional e à própria evolução da profissão (Figueiredo, 2013; Amendoeira, 2006; Nunes, 2003; Soares, 1997).

Até 1974, não existia uma política uniforme na formação dos enfermeiros. Após a mudança gerada pela Revolução de Abril de 1974, e na sequência da publicação do diploma legal de 9 de agosto de 1976, como corolário da atividade que vinha sendo desenvolvida por um grupo de trabalho composto por representantes das escolas, dos recém-criados sindicatos de Enfermagem e da Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE) (Graça & Henriques, 2000), dá-se a uniformização do sistema de ensino de Enfermagem, com o estabelecimento de um nível único de formação – O Curso de Enfermagem Geral. Com esta importante reforma do ensino de Enfermagem, da qual resultou um plano de estudos denominado de “Livro Verde”, promove-se uma orientação da formação ainda mais centrada na pessoa e na disciplina de Enfermagem (Amendoeira, 2006).

O Curso de Enfermagem Geral manteve a duração de três anos, sendo lecionado essencialmente por enfermeiros docentes nas diferentes escolas, fazendo-se notar a autonomia da Enfermagem no seu próprio ensino. Os anos letivos deixaram de estar organizados por disciplinas, passando a estar organizados por temas ou áreas de aprendizagem, integrando no Plano de Estudos conceitos como Saúde, Pedagogia, Gestão e Investigação, “(...) *o que promovia na formação dos enfermeiros a capacidade de tomada de decisão, nas pequenas zonas de incerteza inerentes aos cuidados de saúde*” (Amendoeira, 2006:189). Relativamente à componente prática da formação, passa a preconizar-se que a organização dos campos de estágio seja feita de modo a assegurar aos estudantes a melhor integração de conhecimentos e de

experiências, com a colaboração dos enfermeiros dos locais de estágio. A preparação dos estudantes passou assim a estar centrada nas vertentes humana, científica e técnica.

Nos anos 80, com a publicação do Decreto-Lei n.º 305/81, esboçam-se pela primeira vez no registo normativo os conteúdos funcionais das categorias docentes – Enfermeiro Professor, Enfermeiro Assistente e Enfermeiro Monitor – ainda que a carreira de Enfermagem continue única. Em 1985, ocorre nova revisão da carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de maio) que, embora mantendo as categorias docentes do diploma anteriormente referido, prevê já uma carreira própria para a docência em Enfermagem, com vista a uma possível integração do ensino de Enfermagem no ensino superior.

No final de 1986 foi decidida uma nova revisão curricular, considerando já alguns princípios, objetivos e orientações metodológicas idênticas às do ensino superior. De acordo com Amendoeira (2006), as inovações introduzidas neste plano de estudos (quanto ao conteúdo), preconizavam que a formação de enfermeiros passasse a ser centrada de forma mais objetiva na saúde e nas ciências sociais. Os professores de Enfermagem começavam assim a ter que se preocupar, não apenas com a execução dos cuidados de Enfermagem, mas sobretudo, com o desenvolvimento e aprofundamento dos fundamentos científicos e ético-deontológicos desses cuidados.

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de dezembro, procede-se à integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior Politécnico, sob a dupla tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde. Esta integração no ensino superior abre a oportunidade às escolas de Enfermagem de conquistar a terceira vertente da autonomia que lhes faltava: a autonomia científica. A inovação subjacente ao currículo do curso propõe ainda uma alteração relativa ao papel docente: cabe aos professores, adaptar o currículo à nova filosofia da formação em Enfermagem (Figueiredo, 2013).

Decorrente da integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico, em 1988, os docentes de Enfermagem que até aqui lecionaram à margem do sistema educativo nacional, “(...) *num jogo identitário entre o enfermeiro e o professor, negando uma identidade prática e aproximando-se da pedagogia na procura de algum reconhecimento*” (Figueiredo, 2013), transitam para a Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico (Decreto-lei n.º 166/92, de 05 de agosto), nas categorias previstas à altura para esse nível de ensino: Professor Coordenador; Professor Adjunto e

equiparados a Assistentes (1º e 2º triénios), sendo que estes últimos dispõem de um período de seis anos para adquirirem a formação necessária (grau de mestre) para serem promovidos a Professor Adjunto.

Na Figura 1 sintetizam-se os principais marcos sócio-políticos que influenciaram a docência em Enfermagem desde a sua formalização até à entrada no ensino superior politécnico:

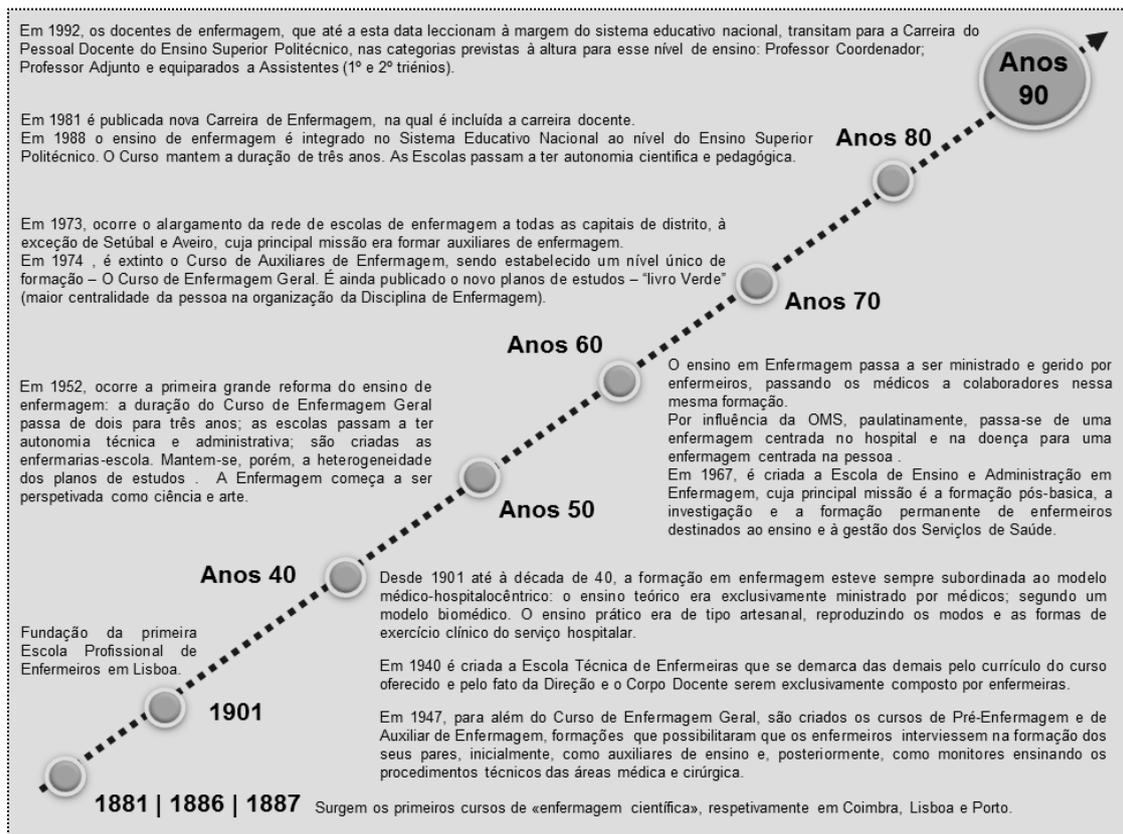


Figura 1 - Síntese dos principais marcos sócio-políticos que influenciaram a docência em Enfermagem desde a criação dos primeiros cursos até à década de 90 (elaboração própria).

2. A UNIVERSITARIZAÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM

O dinamismo social e económico relacionado com a atividade científica e técnica da sociedade “pós-moderna” faz emergir regularmente novos setores de atividade que exigem formações profissionais superiores (Hargreaves, 1998). Na segunda metade do século passado surgiu, um pouco por toda a Europa, um movimento de reforma que conduziu à universitarização, isto é, à “(...) *absorção das instituições de formação pelas estruturas habituais das universidades*” (Bourdoncle, 1997:5), de formações como a formação de professores, de engenheiros, de assistentes sociais ou de enfermeiros, tendo estas passado a ser desenvolvidas em instituições destinadas a facultar formação profissional de nível superior. Os *Instituts Universitaires de Technologie* (IUT) em França, as *Fachhochschulen* na Alemanha, as *Hogeschoolen* na Holanda ou os *Polytechnics* no Reino Unido (Bourdoncle, 2009; 2007; 1997), constituem claros exemplos desse movimento.

Em Portugal, algo semelhante ocorreu, especialmente a partir da década de 80, na sequência da criação do Ensino Superior Politécnico. No caso específico da formação profissional dos enfermeiros, após um século de avanços e recuos, muito em consequência do próprio desenvolvimento sócio-económico e político do país, o processo de universitarização apenas se verifica no final da década de 80 (Decreto-lei n.º 480/88 de 23 de dezembro), ficando as Escolas Superiores de Enfermagem|Saúde responsáveis por desenvolver a formação graduada e pós-graduada deste grupo profissional. Para alguns autores (Bourdoncle, 2009; 2007; 1997; Campos, 2002), o processo de universitarização implica necessariamente diversas mudanças estruturais e institucionais que podem ser organizadas em torno de seis principais ideias. Analisemos então, com detalhe, o processo de universitarização do ensino em Enfermagem e as suas principais implicações para a docência à luz dessas ideias.

A primeira está relacionada com o facto de a formação inicial em Enfermagem “(...) *passar a ser assegurada em instituições de ensino superior*” e em cursos conducentes à obtenção de um grau académico (Campos, 2002:64). Para Bourdoncle (2007), a aproximação estrutural e institucional é o aspeto mais imediatamente percebido do processo de universitarização, no qual, o nome da instituição é indicador do processo de institucionalização – as antigas escolas de Enfermagem são assim convertidas em Escolas Superiores de Enfermagem (Portaria n.º 821/89, de 15 de setembro). Ainda segundo o mesmo autor, a aproximação institucional, pode fazer-se de diferentes modos: por *expansão*, por *absorção* ou por *fusão*. No caso concreto da formação em

Enfermagem, a criação da rede pública de Escolas Superiores de Enfermagem e das Tecnologias da Saúde (Decreto-lei n.º 175/04, de 21 de julho), originou uma diversidade de situações, que vão desde a sua integração quer em Institutos Politécnicos quer em Universidades (nos casos de inexistência local de ensino politécnico), à fusão das escolas existentes, como foi o caso das Escolas de Enfermagem de Lisboa, Porto e Coimbra. Presentemente, evidenciam-se diversas ocorrências relativas aos processos de reorganização das Escolas Superiores de Enfermagem e da eventual integração nas universidades ou a emergência de escolas universitárias, em que se inscrevem diversos objetivos e reestruturações, de entre os quais, a melhor rentabilização de recursos humanos e materiais e a promoção da qualidade do ensino e da investigação.

A decisão de inclusão do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico não foi pacífica e tem sido “(...) *um dos focos de não consenso no coletivo das escolas, dos professores e dos estudantes*” (Amendoeira, 2009:8), permanecendo até ao momento atual o debate sobre a possibilidade da sua integração no Ensino Universitário. Os seus defensores argumentam que será na Universidade que a Enfermagem encontrará modos de assegurar a efetiva autonomia profissional a partir de uma formação científica, técnica, humana e cultural, ancorada em condições mais favoráveis ao desenvolvimento de metodologias de investigação e de aprendizagem interprofissional (Amendoeira, 2006). Sobre esta matéria, a própria Ordem dos Enfermeiros (OE), emitiu uma tomada de posição, num documento que intitulou de “*Implicações na adequação ao Processo de Bolonha no actual quadro regulamentar*” (2007). Nesse documento, a entidade antes referida, sublinha que “(...) *a adequação a Bolonha deve ter em consideração que só uma formação de acordo com os descritores do 2º Ciclo respeita as exigências vigentes entre nós desde 1999, no respeito pelas competências expressas no quadro legal que regula o ensino de Enfermagem. (...) A formação em Enfermagem deve assim evoluir para a sua plena integração no Ensino Universitário*” (Idem:3), posição reiterada aquando da publicação do Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem 2008-2012.

Mercê da universitarização do ensino de Enfermagem, no que toca aos docentes, houve também necessidade de reestruturar a respetiva carreira, pelo que, como já dissemos anteriormente, os docentes de Enfermagem transitaram da Carreira de Enfermagem para a Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico que, de acordo com o atual enquadramento legal, está estratificada em três categorias: Professor Adjunto; Professor Coordenador e Professor Coordenador Principal. Nesse âmbito, cabe ao Professor Adjunto colaborar com os professores coordenadores no âmbito de uma

disciplina ou área científica e, designadamente: “a) *Reger e leccionar aulas teóricas, teórico-práticas e práticas; b) Orientar, dirigir e acompanhar estágios, seminários e trabalhos de laboratório ou de campo; c) Dirigir, desenvolver e realizar atividades de investigação científica e desenvolvimento experimental, segundo as linhas gerais prévia e superiormente definidas no âmbito da respectiva disciplina ou área científica; d) Cooperar com os restantes professores da disciplina ou área científica na coordenação prévia da alínea d) no número seguinte*”. Ao Professor Coordenador compete a coordenação pedagógica, científica e técnica das atividades docentes e de investigação compreendidas no âmbito de uma disciplina ou área científica e, designadamente: “a) *Reger e leccionar aulas teóricas, teórico-práticas e práticas; b) Orientar estágios e dirigir seminários e trabalhos de laboratório ou de campo; c) Supervisionar as atividades pedagógicas, científicas e técnicas dos professores adjuntos da respectiva disciplina ou área científica; d) Participar com os restantes professores coordenadores da sua área científica na coordenação dos programas, metodologias de ensino e linhas gerais de investigação respeitantes às disciplinas dessa área; e) Dirigir, desenvolver e realizar atividades de investigação científica e desenvolvimento experimental no âmbito da respectiva disciplina ou área científica.*” Ao Professor Coordenador Principal cabe, para além das funções de professor coordenador, desenvolver atividades de coordenação intersetorial.

Uma segunda ideia acerca da mudança introduzida pelo processo de universitarização no ensino de Enfermagem prende-se com o facto das respetivas escolas, passarem a organizar os cursos de modo a garantir “(...) *a formação em todas as componentes que a preparação para o exercício (...) exige*” (Campos, 2002:64). A universitarização parece, assim, vir na direção de uma profissionalização do “*métier*” de enfermeiro.

Na perspetiva Sociológica do Trabalho, a teoria funcionalista sustenta que as profissões formam comunidades unidas em torno dos mesmos valores e da mesma ética de serviço, além de terem um *status* profissional baseado num saber específico e não somente num saber prático. Este saber, que se pode dizer especializado, pois caracteriza-se pelos conhecimentos necessários para o exercício de uma profissão, deve, em geral, ser gerado, desenvolvido e transmitido no seio do ensino superior e resultar em certificação pela emissão de um diploma. Para Carbonneau (1993), uma das características da profissionalização é exatamente o facto de o futuro profissional receber uma longa formação superior, de natureza académico-científica. Assim, podem identificar-se pelo menos duas características da profissionalização dos enfermeiros: a existência de um

saber científico e o facto de esse saber ser desenvolvido no Ensino Superior, enquanto instituição de ensino e de pesquisa, o que cria uma forte ligação entre profissão e instituição, tendo em conta que o Ensino Superior é a principal instituição de produção de saber (Bourdoncle, 1993). Para Amendoeira (2008), a passagem de uma formação técnica para uma formação de nível superior teve um papel fundamental na legitimação e institucionalização do conhecimento em Enfermagem, funcionando a profissão, o saber e a formação superior como sistemas de controlo e autoridade.

Outra mudança decorrente do processo de universitarização ocorreu pela “(...) *uniformização da formação (...) e de graus académicos*” (Campos, 2002:65). A integração no Sistema Educativo Nacional permitiu, aos enfermeiros, o acesso a todos os níveis académicos. Em 1988, o Curso Superior de Enfermagem passou a conferir o grau de bacharel em Enfermagem, além do título profissional de enfermeiro; e a frequência do Curso de Estudos Superiores Especializados passou a conferir aos enfermeiros o grau de licenciado em Enfermagem. Posteriormente, em 1999, a publicação do Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro, refere que: “*A formação na área da Enfermagem ao nível do mestrado e do doutoramento será naturalmente desenvolvida pelas instituições de ensino universitário no quadro do disposto no n.º 2 do artigo n.º 13 da Lei de bases do Sistema educativo (Lei n.º 46/86, de 14 de outubro, alterada pela Lei n.º 115/97, de 19 de setembro)*”. O mesmo diploma criou ainda os Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE), que possibilita aos enfermeiros o acesso ao título de especialista (regulamentados pela portaria n.º 268/2002, de 13 de março).

Ainda em 1999, a Portaria n.º 799-D/99, de 18 de setembro, aprova o regulamento geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE). Este, à semelhança do curso de bacharelato, mantém uma estrutura curricular organizada segundo duas componentes, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico. De acordo com o normativo legal, o CLE tem como finalidade assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de Enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção; a formação para a participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde e na formação de enfermeiros ou outros profissionais de saúde e, ainda, o desenvolvimento das práticas de investigação no seu âmbito (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE, 1996). Confrontamos assim com uma formação abrangente que não se reduz à aquisição de competências

na área dos cuidados de Enfermagem, mas que promove, também, o desenvolvimento de competências de gestão, de formação e de investigação, subsidiárias para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem.

Numa análise mais detalhada dos normativos enunciados, podemos ainda verificar que a componente de ensino teórico tem por objetivo a aquisição de conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício profissional em Enfermagem. Por seu lado, o ensino clínico, visa assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de Enfermagem, sendo assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração de pessoal de saúde qualificado, recomendando-se que estes compreendam, pelo menos, metade da carga horária total do curso. (Artigo 5º, Portaria nº 799-D/99 de 18 de setembro)

A aquisição de uma formação superior permitiu elevar o ensino de Enfermagem a outros níveis académicos, pelo que no início da década de 90, surgem os primeiros Cursos de Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), no Porto, e na Universidade Católica Portuguesa (UCP) em Lisboa. Com o desenvolvimento da área disciplinar, a partir de 2001, passou a existir o Curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem na Universidade do Porto e a partir de 2004 na Universidade de Lisboa. Na primeira década deste século, face à alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo Nacional (Decreto-Lei n.º 49/2005, de 30 de agosto) e à subsequente publicação dos Diplomas que regulam a atribuição de Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março) e o Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior (RJIES) (Decreto-Lei n.º 62/2007, de 10 de setembro), passa a ser possível a atribuição do Grau de Mestre no Ensino Superior Politécnico, pelo que as Escolas Superiores de Enfermagem|Saúde passam a desenvolver cursos de mestrado em Enfermagem essencialmente nas respetivas áreas de especialização.

O processo de universitarização remete para a necessidade de “(...) *alargamento da duração dos cursos*” (Campos, 2002:65). Também este critério se cumpriu no caso da formação inicial em Enfermagem. A duração da formação passa de três para quatro anos e a carga horária do curso passa a estar compreendida entre as 4600 a 4800 horas, correspondendo a 240 *European Credit Transfer System* (ECTS). Para a OE (2008), a mudança da formação do nível de bacharelato para licenciatura, não se tratou de uma

mera alteração de duração do curso, tratou-se antes, de responder às exigências entretanto surgidas com a publicação do REPE (Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril) que, definitivamente, veio afirmar o carácter autónomo do exercício da profissão de Enfermagem. As competências definidas pela OE em 2003, baseadas no quadro do ICN, foram outro dos elementos da reforma que contribuiu para a reorganização da formação em Enfermagem em 1999.

A universitarização remete ainda a “(...) *um afastamento da administração pública da educação relativamente à responsabilidade directa na formação*” (Campos, 2002:65). Com efeito, nas últimas duas décadas assistiu-se à implementação de políticas descentralizadoras, afastando-se o Estado do planeamento direto e da gestão da formação em Enfermagem, mas mantendo ou reforçando o papel de regulador do sistema. Em Enfermagem, um dos grandes desafios foi o reconhecimento da autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica, bem como a de personalidade jurídica das escolas de Enfermagem. Atualmente, com a publicação do RJIES, às instituições de ensino superior públicas é também concedida autonomia estatutária, cultural, patrimonial e disciplinar face ao Estado. Os possíveis ganhos de autonomia implicam certamente uma reformulação das formas de organização das instituições, convertidos para novos estatutos elaborados já de acordo com o novo quadro legal.

Por último, a *universitarização conduziu a que o ensino de Enfermagem fosse integrado no Espaço Europeu do Ensino Superior (EEES)* no âmbito do designado Processo de Bolonha (Campos, 2002). Este processo iniciou-se informalmente em 1998, com a Declaração de Sorbonne, mas é com a assinatura da Declaração de Bolonha, em junho de 1999, que arranca oficialmente. Trata-se de um documento que introduziu um conceito inovador sobre a construção de uma Europa do conhecimento e a criação do EEES, ambos baseados nas dimensões intelectual, cultural, social, científica e tecnológica, respeitando a diversidade cultural, linguística e dos sistemas de educação nacionais e a autonomia das universidades. Desafiadora nos seus princípios, focaliza-se em dois objetivos principais: maior competitividade do Sistema Europeu de Ensino Superior, mas também numa maior harmonia, numa maior mobilidade e empregabilidade a nível do espaço europeu.

Baseado nos resultados do trabalho coletivo desenvolvido a nível europeu e concretizado nos descritores de Dublin, o processo Bolonha propõe-se melhorar a qualidade do Ensino Superior. Neste âmbito, procura romper com os modelos de ensino

tradicionais, centrados na transmissão do conhecimento, e propõe uma filosofia – um novo paradigma de formação centrado na aprendizagem do estudante – que pressupõe um novo modo de ensinar e um novo modo de aprender, consigo, com os outros e com o meio envolvente, de modo a que sejam desenvolvidas competências instrumentais, interpessoais e sistêmicas. Esta mudança nos paradigmas de formação, centrada na globalidade da atividade e nas competências que os jovens devem adquirir, foi transposta para o direito nacional através do Decreto-Lei nº 42/2005 de 22 de fevereiro.

No contexto educativo da Enfermagem, o Processo Bolonha tem gerado um amplo debate contribuindo para o surgimento de um novo paradigma em que “(...) *o Modelo de Formação em Enfermagem não é tanto objeto, mas antes sujeito da mudança a partir da ênfase nos saberes e competências, a desenvolver a partir da existência de uma disciplina de Enfermagem*” (Amendoeira, 2009:5). Apesar do reconhecimento da importância do Processo de Bolonha e seus pressupostos, são também admitidas algumas dificuldades na sua concretização. Deste modo, enquanto para uns, constitui uma oportunidade, para outros, ainda é encarado com algum ceticismo, justificado por algumas distorções existentes no decurso da sua implementação (Lopes *et al.*, 2013; Amendoeira, 2009).

Se a transição da formação de enfermeiros para o ensino superior trouxe ganhos incontornáveis, permitindo designadamente o caminhar no sentido de uma maior consistência em termos científicos e para um aumento da competência e reconhecimento social, consignando-se mesmo como uma etapa marcante da afirmação do grupo profissional (OE, 2008; Amendoeira, 2006; Nunes 2003), simultaneamente, de acordo com algumas vozes, gerou também algumas tensões, na medida em que esta transição tem de significar forçosamente uma “mudança de paradigma educativo” (Amendoeira, 2009).

Formosinho (2009a) afirma que em muitos países europeus o que sucedeu em virtude deste processo de universitarização foi uma “academização da formação”, considerando que, se por um lado este tipo de formações ao transitarem para o ensino superior ganharam algumas das vantagens desse ensino, nomeadamente uma maior valorização do estatuto da profissão, distanciando-se das conceções de “ofício”, “arte” ou “vocação”, por outro lado, também captaram alguns dos problemas existentes no ensino universitário, designadamente, privilegiarem sobretudo a formação teórica, “(...) *afastando-se dos práticos no terreno*” (Formosinho, 2002:20). Passou-se, assim, de uma

lógica de valorização dos aspetos profissionalizantes da formação para uma lógica mais centrada na preparação teórica.

Ao refletir sobre o processo de universitarização, Esteves (2008) considera que este tem “*contornos inegavelmente positivos*”. Na mesma linha, Amendoeira (2009) advoga que à universitarização do ensino de Enfermagem se deve:

“(...) a autonomia das escolas como organizações educativas, de que se releva a pedagógica e científica, com conseqüente construção curricular e responsabilidade de desenvolvimento de um espaço e objeto transicional onde a diversidade e a diferenciação passaram a caracterizar o Modelo de Formação, ao invés da uniformização com heterogeneidade”(p.5).

O processo de universitarização das formações não é inócuo. Como vimos, para além do impacto que tem nas instituições de ensino e no seu modo de organização e funcionamento, tem também conseqüências ao nível da profissionalidade adquirida pelos estudantes nelas formados, bem como, na dos docentes e nas suas práticas, aspetos que aprofundaremos seguidamente. Sob esta moldura, de acordo com alguns autores, os professores de Enfermagem encontram-se atualmente divididos entre uma disciplina praxeológica que os liga à prática dos cuidados, num modelo educativo em transição (Amendoeira, 2008), e um novo teatro educativo que os aproxima agora da identidade dos professores do ensino superior, porém ainda não conquistada (Figueiredo, 2013; Lopes *et al.*, 2013; Mestrinho, 2011; Pedro, 2011).

Na Figura 2 podem ser observados os principais marcos do processo de universitarização do ensino de Enfermagem em Portugal.

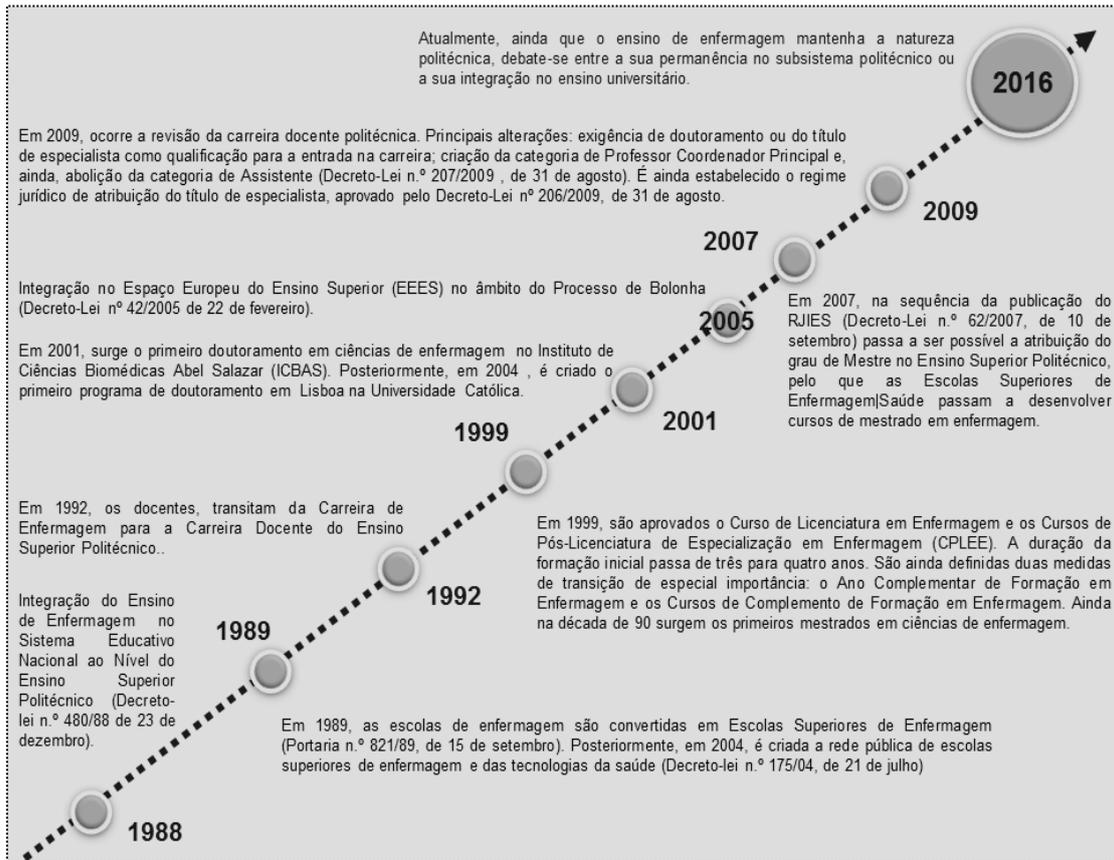


Figura 2 - Principais marcos do processo de universitarização do ensino de Enfermagem (elaboração própria).

3. SABERES E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO PROFESSOR DE ENFERMAGEM

Desde os anos 90, os sistemas do ensino superior, um pouco por todo o mundo, têm vindo a sofrer o efeito do seu ajustamento às finalidades e objetivos que as sociedades no quadro neoliberal têm vindo a impor às universidades, cuja identidade desliza de instituições com autonomia para produzir, ensinar e divulgar o conhecimento, em quase exclusividade, para instituições vinculadas de forma explícita com o desenvolvimento económico de sociedades mais produtivas e mais informadas.

São a este respeito muito esclarecedoras as palavras da Comissão Europeia (2003) na comunicação “*O Papel das Universidades na Europa do Conhecimento*”, na atribuição à universidade do papel de “(...) *chave da economia e da sociedade do conhecimento*” (p.5):

“A economia e a sociedade do conhecimento nascem da combinação de quatro elementos interdependentes: a produção do conhecimento, essencialmente pela investigação científica; a sua transmissão através da educação e da formação; a sua divulgação com as tecnologias da informação e da comunicação, e a sua exploração através da inovação tecnológica. (...) Porque se situam no ponto de intersecção da investigação, da educação e da inovação, as universidades detêm, sob vários pontos de vista, a chave da economia e da sociedade do conhecimento” (Idem).

Numa lógica de reforma, os novos papéis e funções da Universidade implicaram mudanças na natureza do trabalho docente, mudanças coincidentes com outras perspetivadas a partir dos processos de desenvolvimento e de profissionalização de muitas atividades profissionais, entre as quais situamos a de Enfermagem, reconfigurando quer os saberes quer as competências profissionais.

Sob esta moldura, vamos de seguida focar, de forma necessariamente sucinta, estas duas dimensões: os saberes e as competências profissionais dos professores de Enfermagem.

3.1. Os saberes profissionais dos professores de Enfermagem

Neste ponto do presente trabalho, será abordada a questão do conhecimento profissional dos professores, isto é dos saberes, do saber-fazer, das competências e das habilidades, da sua construção e do seu papel na profissionalização e na configuração da profissionalidade dos professores em geral e, em particular, dos professores de Enfermagem.

A questão dos saberes docentes não é uma preocupação recente. Ganhou particular destaque com a emergência do movimento conhecido como pensamento dos professores

que surgiu em resposta às limitações da pesquisa desenvolvida no âmbito do designado paradigma processo-produto que, negando a subjetividade do professor como agente no processo educativo e ignorando que a atividade docente lida com, depende de e cria conhecimentos tácitos e pessoais que relevam da prática para se manifestar, procurava antes estabelecer uma correlação entre a performance dos professores e o rendimento dos estudantes (Garcia, 1993).

A investigação sobre o pensamento do professor teve várias denominações consoante a orientação teórica e a época. Entre elas, estão: conhecimento artesão, conhecimento prático pessoal, saberes da prática, conhecimento em ação, conhecimento pessoal, conhecimento situado, conhecimento tácito, entre outras (Abell, 2007; Garcia, 1993). Independentemente da denominação, este movimento foi fundamental para ultrapassar o paradigma anteriormente referido, uma vez que ao explorar os processos de tomada de decisão, juízos, crenças, concepções e perspetivas dos professores, veio mostrar que o saber docente é um saber plural, heterogéneo, situado e temporal “(...) formado de diversos saberes provenientes das instituições de formação, da formação profissional, dos currículos e da prática quotidiana” (Tardif, 2002:54). Outro importante contributo deste movimento foi ter evidenciado a importância do saber construído na ação profissional, o que motivou também o desenvolvimento de diversos trabalhos de investigação acerca dos saberes práticos dos professores e as relações que estes estabelecem com o trabalho e a formação, numa clara linha de ruptura com o paradigma da racionalidade técnica.

A partir dos anos 80, a pesquisa sobre os saberes docentes é pouco a pouco dominada pelas questões da profissionalização dos professores, emergindo nos Estados Unidos, no Canadá e posteriormente na Europa, diversas investigações que, apesar da diversidade teórico-metodológica, vieram colocar em evidência a importância da formalização do saber específico dos professores (*knowledge base*) (Borges, 2001), a partir das suas experiências profissionais e pré-profissionais, enquanto elemento essencial para legitimar uma atividade que se deseja profissional.

No caso específico dos professores de Enfermagem, a abordagem dos saberes docentes torna-se particularmente pertinente devido a dois principais problemas. Por um lado, a evolução da profissão de enfermeiro, que conduziu à integração da formação inicial no ensino superior, veio mostrar a importância da formalização dos saberes profissionais específicos dos enfermeiros ao mesmo tempo que exigiu também a profissionalização

dos professores que atuam nessa mesma formação inicial. Por outro lado, coincidentemente com as reformas educativas ocorridas no ensino superior nacional, as propostas de Bolonha, vieram sugerir um novo perfil docente e, conseqüentemente, questionar a fragilidade da formação pedagógica dos docentes em geral e, especificamente, a formação dos professores de Enfermagem. Acresce ainda salientar que, tradicionalmente o recrutamento docente para a formação inicial de enfermeiros não tem como ponto de partida os saberes profissionais docentes, mas sim o saber disciplinar e|ou a competência profissional manifestada na atividade de Enfermagem nos diferentes contextos em que é exercida, o que parece ser compatível com os modelos “artesanal” e “técnico” do professor e do seu conhecimento profissional (Paquay *et al.*, 2001). Ultimamente, tal situação parece ainda ter sido reforçada com a publicação de um Diploma que definiu como uma das condições de entrada na Carreira Docente do Ensino Superior Politécnico a posse do título de Especialista (Decreto-lei nº 206/2009, de 31 de agosto) que, uma vez mais, vem salientar a importância dos docentes serem detentores de conhecimento disciplinar e experiência profissional na área da Enfermagem. Neste âmbito, a passagem de uma atividade profissional a outra parece acontecer sem a compreensão de uma condição fundamental ao exercício da docência em geral e, no caso particular, em Enfermagem: a necessidade de detenção de conhecimento e prática na área da docência em Enfermagem (Gonçalves, 2012).

Sob esta moldura, parece não haver diferença entre ter conhecimento disciplinar específico e ser professor (Rodrigues, 2006), tornando-se assim pertinente questionar que saberes profissionais são (deveriam ser) os dos docentes do ensino superior em Enfermagem, não só com vista à criação e melhoria de abordagens potenciadoras de aprendizagem e desenvolvimento profissional docente como, simultaneamente, enquanto contributo para a melhoria da qualidade da formação inicial e do apoio à profissionalização dos enfermeiros, uma vez que “(...) *em qualquer profissão é a detenção de um saber específico que suscita o seu reconhecimento social e legitima o monopólio do seu exercício pelos profissionais*” (Estrela, 2005:437).

Sendo o saber uma “noção polissémica” (Altet, 2001:28), marcada pela ambigüidade, antes de avançarmos no aprofundamento do que constitui o conhecimento dos professores e a forma como este se adquire, estrutura e desenvolve, importa previamente clarificar qual o nosso entendimento acerca deste conceito.

Para Beillerot (1994 citado por Altet, 2001:8), “*saber é aquilo que para um determinado sujeito, é adquirido, construído, elaborado através do estudo ou da sua experiência*”. Na literatura, comumente o vocábulo “saber” surge associado a termos como conhecimento, pensamento, teorias, crenças, concepções, perspectivas, entre outros (Estrela, 2005). Assim, no sentido de diferenciar “saber” e “conhecimento” adotamos a proposta de Legroux (citado por Altet, 2001), segundo o qual, o saber constroi-se na interação entre conhecimento (integrado no sujeito) e informação (exterior ao sujeito), entre o sujeito e ambiente, na mediação e através dela. No presente trabalho, seguindo as recomendações feitas por Perrenoud (1996), far-se-á uso indistinto de ambas as expressões – saber e conhecimento – considerando que estes termos são permutáveis, sendo, por vezes, impossível fazer a sua destrição na literatura.

As classificações para os saberes são inúmeras e variam de acordo com as abordagens teórico-metodológicas que lhes subjazem (Altet, 2001). Uma categorização genérica e abstrata dos saberes ou conhecimentos pode ser encontrada em diversos autores (Gibbs, 2006; Malglaive, 1995; Anderson, 1986) que, numa perspectiva cognitivista, os organizam em quatro principais tipos: teórico, declarativo ou proposicional (saber que); processual ou procedimental (saber como); prático, condicional ou contextual (saber quando e onde) e; conhecimento funcional, saberes-fazer (trata-se de um tipo de saberes que remetem para a “cinética do acto”, sendo por isso flexíveis e de grande alcance, muitas vezes descritos como “habilidades” ou “truques profissionais” (Malglaive, 1995)). Neste âmbito, a abordagem de Malglaive (1995) ganha particular interesse, ao propor o conceito de “saber em uso” para explicitar a forma como os indivíduos procedem à mobilização articulada dos quatro tipos de saberes antes enunciados, formando uma totalidade que se adapta à ação em função das necessidades, processo que o autor designa de “(...) *alquimia da passagem à prática*”(idem:89).

Retomando a questão dos saberes dos professores, os trabalhos desenvolvidos por Tardif (2002) e Tardif, Lessard e Lahaye (1991), constituem um subsídio de relevância nesse âmbito, ao procurarem identificar e definir os diferentes saberes presentes na prática docente, bem como clarificar as relações que os professores estabelecem com esses saberes na sua ação quotidiana. Assim, advogando que o saber dos professores é um saber estratégico e heterogéneo, Tardif (2002), define-o como “(...) *um saber plural, formado pela amálgama, mais ou menos coerente, de saberes oriundos da formação profissional e de saberes disciplinares, curriculares e experienciais*” (p.36) e procede à sua caracterização a partir de seis fios condutores.

O primeiro, diz respeito ao saber e trabalho, defendendo o autor que o saber dos professores deve ser sempre compreendido em íntima relação com o trabalho, uma vez que são as relações mediadas pelo trabalho que fornecem princípios para enfrentar e solucionar as situações profissionais quotidianas. O segundo fio condutor, remete à diversidade do saber docente. Evidencia o seu carácter plural, compósito, heterogêneo ao envolver na própria ação docente, conhecimentos e um saber-fazer bastante variado, normalmente, de natureza distinta e diversa. O reconhecimento da temporalidade do saber dos professores, ao admitir que o mesmo é adquirido no contexto de uma história de vida e de uma carreira profissional, constitui o terceiro fio. O quarto, intitulado de experiência de trabalho enquanto fundamento do saber, centra-se nos saberes oriundos da experiência quotidiana como alicerce da prática e da competência profissional. Na busca de clarificar este fio condutor, Tardif (2002) recorre ao conceito de *habitus*, considerando que é nos contextos profissionais, na e pela prática real, que são desenvolvidas certas disposições pelos professores. Os saberes a respeito de saberes humanos, constituem o quinto fio condutor e visam colocar em evidência a ideia de que a docência é “(...) *uma forma particular de trabalho sobre o humano, ou seja, uma atividade em que o trabalhador se dedica ao seu “objeto” de trabalho, que é justamente um outro ser humano, no modo fundamental da interação humana*”(Tardif e Lessard, 2005:8), colocando em evidência “(...) *as condições, as tensões e os dilemas que fazem parte desse trabalho feito sobre e com outrem, bem como a vivência das pessoas que o realizam diariamente*”(idem). O sexto e último fio condutor, saberes e formação profissional, decorre dos anteriores e expressa a necessidade de a formação dos professores ser repensada, considerando os seus saberes e as realidades concretas onde os mesmos desenvolvem a sua atividade quotidianamente.

Considerando que os saberes docentes têm origem em diferentes fontes e que os professores podem estabelecer diferentes relações com esses saberes, Tardif (2002), tipifica-os em quatro principais categorias: saberes da formação profissional (das Ciências da Educação e da ideologia pedagógica), que se referem ao conjunto dos saberes transmitidos pelas instituições de formação e que têm origem em doutrinas pedagógicas e/ou em resultados da investigação (*episteme*); saberes disciplinares, que correspondem aos saberes das distintas áreas do conhecimento, que após serem selecionados e adotados pela instituição de formação são incorporados na prática docente; saberes curriculares, que acomodam os discursos, objetivos, conteúdos e métodos a partir dos quais as instituições de formação apresentam os saberes por elas

definidos e selecionados como modelos da cultura erudita e de formação para essa mesma cultura e, por fim, os saberes experienciais que são aqueles que surgem da experiência e são por ela validados, integrando a experiência individual e coletiva sob a forma de *habitus* e de habilidades, de saber-fazer e de saber-ser (*phronesis*). Para Tardif, Lessard e Lahaye (1991), estes saberes constituem o

“(...) núcleo vital do saber docente, a partir do qual o(a)s professor(a)s tentam transformar suas relações de exterioridade com os saberes em relações de interioridade com sua própria prática. Nesse sentido os saberes da experiência não são saberes como os demais, eles são, ao contrário, formados de todos os demais, porém retraduzidos, “polidos” e submetidos às certezas construídas na prática e no vivido” (p. 234).

Em suma, para Tardif (2002) os saberes dos professores são uma realidade social que assenta

“(...) em transações constantes entre o que eles são (incluindo as emoções, a cognição, as expectativas, a história pessoal deles, etc.) e o que fazem. o ser e o agir, ou melhor, o que eu sou e o que eu faço ao ensinar, devem ser vistos aqui não como dois polos separados, mas como resultados dinâmicos das próprias transações inseridas no processo de trabalho escolar”(p.11),

pelo que, de acordo com o autor, o professor ideal deverá ser alguém conhecedor da sua matéria, da sua disciplina e do seu programa e que, além de possuir conhecimentos relativos às Ciências da Educação, desenvolva um saber prático baseado na sua experiência cotidiana, na interação com os estudantes e restantes agentes educativos.

Apesar da multiplicidade de teorias e tipologias presentes na literatura acerca dos saberes docentes, sustentados em Montero (2001), foi possível identificar duas linhas de pensamento dominantes, ainda que admitindo múltiplas versões no seu interior e aproximações entre si: a de Shulman (2005, 2004, 1987, 1986), que inserida no movimento *knowledge base*, centra a sua análise nas componentes do conhecimento profissional docente, visando esclarecer o que os professores devem saber para ensinar, na qual se podem inscrever também os trabalhos desenvolvidos por Gauthier *et al.* (1998). A segunda linha, insere-se no movimento do pensamento do professor que, tomando a prática profissional como fonte primordial de conhecimento, sustenta que o conhecimento dos professores é sobretudo prático, pessoal e situado, constituindo os trabalhos de Elbaz (1983), Clandinin e Connelly (1987) e Clandinin (1986; 1985) referências na área. Inspirada em Dewey, destaca-se ainda a Epistemologia da Prática de Schön (1992; 1987; 1983), que embora de caráter mais amplo que os trabalhos anteriormente referidos, porque não se centra nos professores, debruça-se sobretudo

sobre a construção do conhecimento profissional enquanto processo de elaboração reflexiva a partir da prática do profissional em ação.

A linha proposta por Shulman (1987; 1986) é uma das que maior destaque tem tido na literatura nos últimos anos. Com efeito, além de demonstrar que os resultados das pesquisas desenvolvidas sobre o ensino eficaz, embora valiosos, não são a única fonte de evidência para fundamentar uma definição sobre a base de conhecimento profissional docente, conclui que a investigação até aí efetuada, havia esquecido uma questão de suma importância para a análise dos processos de ensino: o estudo do conteúdo do próprio ensino (da matéria específica) e da forma como este é transformado e tornado compreensível aos estudantes. Assim, de modo a fazer face a este hiato investigativo, que Shulman designou de “paradigma perdido”, o autor desenvolveu um programa de pesquisa – *knowledge grow in a profession* – cujo principal propósito foi contribuir para a clarificação do que sabem os professores sobre os conteúdos que ensinam, onde e quando adquirem esses conteúdos, como e porquê se transformam durante a formação e como devem ser utilizados no ensino em concreto, mostrando desse modo, que não é possível separar o que se ensina – a matéria ou conteúdo – de como se ensina – aspeto metodológico.

Contrariando a tendência de separação entre o conhecimento disciplinar e o conhecimento pedagógico, que se vinha verificando nas pesquisas até aí desenvolvidas, Shulman (1986) conceptualiza o conhecimento dos professores sob duas perspetivas: conteúdo (que designa por domínios) e organização (formas de representação). Na primeira perspetiva, tendo em conta as três variáveis que considera fundamentais no ensino – conteúdos a ensinar, currículo e pedagogia – o investigador distingue três categorias de conhecimento, designadamente:

- Conhecimento do conteúdo (*subject knowledge matter*) – Refere-se “(...) à *quantidade e organização do conhecimento per si na mente do professor*” (p. 9). Para lá dos factos e conceitos de um dado domínio, engloba ainda as estruturas do conteúdo, tanto as semânticas como as sintáticas. As estruturas semânticas vão além da mera acumulação de informação factual, conceitos e princípios gerais, integrando as grandes linhas teóricas que enquadram a investigação dentro da respetiva área disciplinar e que, nessa medida, podem influenciar a perspetiva de ensinar docente. Das estruturas sintáticas fazem parte os

instrumentos e formas de trabalho que são usados e aceites dentro de uma determinada comunidade científica|disciplinar para gerar novo conhecimento.

- Conhecimento pedagógico do conteúdo (*pedagogical content matter*) – Trata-se de uma “amalgama” ou combinação especial entre conhecimento do conteúdo e conhecimento pedagógico, que abrange “(...) *as formas mais úteis de representação das ideias, as analogias mais importantes, ilustrações, exemplos, explicações e demonstrações, numa palavra, a forma de representar e formular a matéria de modo a torná-la compreensível aos alunos*” (Idem), bem como uma compreensão aprofundada do que torna a aprendizagem de um conceito mais ou menos difícil e as suas conceções.

Este processo de raciocínio pedagógico e ação, que Shulman (1987, 1986) considera ser um modelo tanto do pensar como do agir, tanto da reflexão como da ação e tanto do ensinar como do aprender a ensinar, parece ter início numa certa compreensão docente do conteúdo que pretende ensinar; dos estudantes e das suas características; do contexto educativo e, também, dos fins e valores educacionais que subjazem a esse conteúdo, que o professor transforma em representações didáticas adaptadas aos estudantes. No decorrer deste processo didático, que o autor sublinha não ser linear, estão envolvidas as seguintes fases: compreensão, transformação, representação, seleção, adaptação aos estudantes, instrução, avaliação, reflexão e nova compreensão.

- Conhecimento do currículo (*curricular knowledge*) – Refere-se ao conhecimento que os professores têm acerca dos programas de ensino e dos recursos pedagógicos a serem mobilizados no decurso do processo de ensino-aprendizagem. Nesta categoria pode ainda incluir-se o conhecimento de outras áreas disciplinares o que remete para uma característica de transdisciplinaridade (Sá-Chaves, 2000).

Shulman (2005, 2004, 1987, 1986), destaca a singularidade do conhecimento pedagógico do conteúdo, diante das outras dimensões, na medida em que esta representa uma combinação entre o conhecimento da matéria e o conhecimento do modo de a ensinar, ou seja, o professor possui um conhecimento especializado do conteúdo que deverá ensinar, tornando-o mais compreensível ao estudante. Assim, a naturalidade com que um professor conduz um processo de aprendizagem, a flexibilidade com que trata o conteúdo e o ajuste deste ao nível de conhecimento dos estudantes, bem como a seleção do estilo mais adequado às contingências do ambiente, denotam os padrões de

conhecimento pedagógico de conteúdo de um professor “expert” (Shulman, 1987). Talvez por isso, o conhecimento pedagógico do conteúdo seja defendido por diversos autores como um saber exclusivo dos professores (Borko e Putman, 1996); o mais importante da docência (Shulman, 1987), ou mesmo a “(...) *marca decisiva da sua identidade*” (Sá-Chaves, 2008:66).

Na segunda perspectiva – organização – Shulman (1986) identifica três formas de conhecimento do professor, provenientes de diferentes fontes, designadamente: conhecimento proposicional; conhecimento de casos e conhecimento estratégico. O primeiro, assume uma importância fundamental uma vez que acaba por ser o suporte de grande parte do conhecimento que o docente vai adquirindo ao longo da sua vida profissional e que, dependendo da fonte, pode ser de três tipos: princípios (derivados da investigação empírica fundamentalmente da investigação acerca da eficácia docente); máximas (que representam a “sabedoria da prática” do professor e podem ser tão importantes como os princípios) e normas (que se relacionam com os valores e princípios ético-deontológicos da profissão). O conhecimento proposicional, corresponde ao conhecimento de acontecimentos específicos, bem documentados e descritos com pormenor e que vale a pena reter para mais tarde evocar. Também pode ser subdividido em três categorias que podem estar ancoradas na teoria (protótipos), na prática (precedentes) ou refletir valores (parábolas). O terceiro, conhecimento estratégico, tal como o próprio nome faz prever, é de uma natureza diferente dos anteriores, correspondendo a “(...) *um processo de análise, de comparação e contraste de princípios e casos e as suas implicações na prática*” (Shulman, 1986:14), sendo comumente usado em situações complexas e dilemáticas em que o professor tem que tomar decisões e justificá-las.

Todos os saberes que compõem o conhecimento profissional do professor são fruto de uma aprendizagem formal e informal, adquirida através de várias fontes, as quais, sendo de natureza disitinta, entrecruzam-se no espaço e no tempo, no processo de aprendizagem efetuado por cada sujeito. Sob esta perspectiva, Shulman (2005; 1987), considera que o conhecimento base para o ensino, poderá ter a sua génese em quatro principais fontes: na formação académica da disciplina a ensinar; nos materiais e nos contextos do processo educativo (como por exemplo: currículo, livros, organização escolar, estrutura da profissão, etc); na investigação quer sobre os métodos e descobertas da investigação empírica acerca do processo de ensino-aprendizagem e

respetivos atores e, ainda, na sabedoria que outorga a própria prática, embora o autor não contemple explicitamente esse saber como dimensão da sua tipologia.

Um outro contributo de relevo para o debate acerca dos saberes profissionais dos professores são os trabalhos desenvolvidos por Gauthier *et al.* (1998) que, ao fazerem o levantamento das pesquisas norte americanas desenvolvidas no âmbito do *knowledge base*, procuraram identificar convergências em relação aos saberes mobilizados pelos professores na sua ação pedagógica e assim esboçar uma “Teoria Geral da Pedagogia”. Nesse âmbito, partindo das premissas de que existe um repertório de conhecimentos sobre o ensino, que inclui os saberes profissionais dos próprios professores e, que estes, contrariamente aos profissionais das ditas “profissões estabelecidas”, tardam a alcançar um *corpus* de conhecimento próprio, os autores concluem que, desde sempre, o ensino enfrenta dois fortes obstáculos à constituição de um saber específico docente: um ofício sem saberes e saberes sem ofício.

O primeiro, diz respeito à própria atividade docente que é exercida sem revelar os saberes que lhe são inerentes e que, refugiando-se na experiência e no senso comum, considera que para ensinar, basta ao professor ter conhecimento do conteúdo, ter talento, bom senso, seguir a intuição, ter experiência e cultura. O segundo obstáculo, tem a ver com o excesso de formalização do ensino, reduzindo este a uma perspectiva disciplinar e aplicacionista de regras produzidas em exterioridade por terceiros (pela investigação, designadamente, pelas Ciências da Educação), que não encontra espelho na complexidade das situações que são experienciadas nos contextos de trabalho. Sob esta moldura, para os autores, acautelar estas duas situações é avançar para a constituição de um repertório de conhecimentos e caminhar no sentido de um “ofício feito de saberes”, isto é, da profissionalização docente:

“(...) assim como as ideias preconcebidas de um ofício sem saberes, (...), bloqueavam a constituição de um saber pedagógico, do mesmo modo essa versão universitária científica e reducionista dos saberes negava a complexidade do real do ensino e impedia o surgimento de um saber profissional. É como se, fugindo de uma mal para cair num outro, tivéssemos passado de um ofício sem saberes a saberes sem um ofício capaz de colocá-los em prática, saberes esses que podem ser pertinentes em si mesmos, mas que nunca são reexaminados à luz do contexto real e complexo” (Gauthier et al., 1998:27).

Para Gauthier *et al.* (1998), o saber docente é, (...) *aquele que é adquirido para e/no trabalho e mobilizado tendo em vista uma tarefa ligada ao ensino*” (p.344), logo só passível de ser adquirido na interação docente com as situações de trabalho e respetivos atores. Na procura de inteligibilidade dos saberes docentes, os autores, avançam uma

categorização que contempla seis tipos de saberes necessários à ação profissional do professor: saberes disciplinares (referentes ao conhecimento do conteúdo a ser ensinado, produzido pela investigação nas diferentes áreas de conhecimento); saberes curriculares (relativos à transformação da disciplina em programa de ensino); saberes das Ciências da Educação (referentes ao saber profissional específico que não está diretamente relacionado com a ação pedagógica mas com a escola, sua organização, funcionamento e, ainda, a respeito da própria profissão docente); saberes da tradição pedagógica (relativos ao saber de dar aulas que será adaptado e modificado pelo saber experiencial, podendo ser validado pelo saber da ação pedagógica. Por vezes, podem resultar de representações construídas em etapas anteriores ao ingresso na carreira docente, como adiante teremos oportunidade de explicitar); saberes experienciais (referente aos julgamentos privados responsáveis pela elaboração, ao longo do tempo, de uma jurisprudência particular composta de truques, de “estratagemas” e de maneiras de fazer que, apesar de testadas, permanecem ocultas) e saberes da ação pedagógica (referentes ao saber experiencial tornado público e testado, que de acordo com os autores possibilitaria a construção de uma teoria da pedagogia). Para os autores, reconhecer a existência de um repertório de conhecimentos torna-se fundamental, pois só desse modo o professor pode passar a ser visto como um

“(...) profissional, ou seja, como aquele que, munido de saberes e confrontado com uma situação complexa que resiste à simples aplicação dos saberes para resolver a situação, delibera, julga e decide com relação à ação a ser adotada, ao gesto a ser feito ou à palavra a ser pronunciada antes, durante e após o acto pedagógico” (Gauthier *et al.*, 1998:331).

A segunda linha de investigação acerca do conhecimento profissional dos professores que nos propusémos abordar inicialmente, tem a sua génese na crítica de Schön (1992; 1987, 1983) às perspectivas positivistas da racionalidade técnica, fazendo emergir na investigação uma preocupação com o conhecimento prático dos professores, isto é, com o conhecimento que capacita o professor para “*fazer coisas*” (Elbaz, 1983:14). Neste âmbito, como referimos anteriormente, os trabalhos de Elbaz (1983) de Connelly e Clandinin (1987) e Clandinin (1986; 1985), constituem-se como referências ímpares, não só pelo seu pioneirismo mas, sobretudo, pela valorização do papel do professor enquanto construtor do seu próprio conhecimento.

Com base no trabalho desenvolvido a partir de um estudo de caso acerca de uma professora de inglês que lecionava numa escola secundária canadiana, Elbaz (1983) concluiu que o conhecimento profissional do professor é essencialmente prático e tem a

sua gênese em dois tipos de conhecimento: o conhecimento teórico e o conhecimento da experiência, cabendo ao professor fazer a integração destes dois tipos de conhecimento nas situações da prática, conferindo-lhe assim um caráter pessoal, logo mais implícito do que explícito.

No sentido de explicitar que “(...) *o conhecimento prático é conhecimento de alguma coisa*” (Elbaz, 1983:14), a autora organiza o seu conteúdo em cinco categorias distintas: conhecimento de si próprio (das suas capacidades, personalidade, atitudes e valores, incluindo a “(...) *auto-imagem enquanto professora e profissional, a forma como vê o seu papel na sala de aula e na escola, o tipo de autoridade e de responsabilidade que assume*” (Elbaz, 1983:46)); conhecimento do contexto (inclui o conhecimento do meio em que o professor se movimenta: da aula enquanto espaço e turma, dos outros contextos relacionais, nomeadamente, dos colegas, da escola e da comunidade em que esta se insere); conhecimento do conteúdo (compreende o domínio dos conteúdos específicos da disciplina que leciona; a aprendizagem e o estudo das destrezas desses conteúdos e formas de transformação didática dos mesmos); do currículo e do processo de ensino. O conhecimento de si próprio é especialmente sublinhado por Elbaz (1983), o que o torna o seu estudo singular face a outros trabalhos desenvolvidos no âmbito do conhecimento prático do professor.

Procurando esclarecer de que forma o conhecimento é apreendido e posto em ação pelos professores, Elbaz (1983) avança ainda com o conceito de “orientações” do conhecimento prático do professor, identificando cinco principais orientações: orientação para as situações (que reconhece a indissociabilidade do conhecimento prático das situações práticas que os professores experimentam), orientação pessoal (que reconhece a existência de uma perspetiva própria a cada sujeito, a partir da qual ele percebe, analisa e interpreta as situações com que se depara), orientação social (que reconhece uma determinante com origem na sociedade), orientação experiencial (que reconhece a influência da vida quotidiana) e orientação teórica (que reconhece a existência de conexões entre o conhecimento prático e o conhecimento teórico).

Considerando um outro plano de análise, Elbaz (1983) propõe a organização do conhecimento do professor em três níveis hierárquicos, que representam níveis de generalização distintos: regras práticas, princípios práticos e imagens. O primeiro tipo de conhecimento, é definido como uma formulação breve e clara do que há para fazer e como fazê-lo numa situação particular; o segundo expressa proposições de caráter

deliberativo e consciente que transcendem a aplicação a momentos concretos ou situações específicas, desempenhando o duplo papel de guiar a ação e justificá-la; as imagens, constituem “quadros mentais” gerais, que o professor gera intuitivamente e que contêm a perspectiva pessoal de abordagem das questões educativas, integrando sentimentos, valores, necessidades e crenças, sob a forma de analogias, metáforas, modelos genéricos, etc.

Em suma, para Elbaz (1983) o conhecimento prático do professor, não é um simples saber-fazer, mas possui um conteúdo relativo a diversas áreas, desde os conteúdos ensinados, à própria pessoa do professor, desde os aspetos do ensino e de natureza curricular, ao contexto escolar e social em que a sua prática se insere. Trata-se de um conhecimento fundamentalmente orientado para as situações que o professor enfrenta no seu quotidiano educativo, de natureza, simultaneamente, pessoal e social, e, experiencial e teórica, que se encontra hierarquizado em diferentes níveis de generalidade e de vínculo com a situação e com a pessoa, que não estão isolados ou desligados uns dos outros, mas, contrariamente, interpenetram-se e influenciam-se reciprocamente.

Na linha de pensamento de Elbaz, o conhecimento prático dos professores foi também objeto dos trabalhos de Connelly e Clandinin (1987), ao procurarem contrariar a visão corrente do professor como veículo de transmissão de um conhecimento que lhe é exterior (produzido por peritos e/ou académicos), como alguém a quem se reconhece experiência mas não um saber próprio, desenvolvido no quadro da sua prática profissional. Assim, defendendo a ideia de que os professores são possuidores de um conhecimento específico que lhe permite fundamentar e desenvolver a sua ação pedagógica quotidiana, Clandinin (1985), propõe o conceito de conhecimento prático pessoal, conceptualizando-o do seguinte modo:

“(...) vemos o conhecimento prático na experiência passada da pessoa, na mente e no corpo actuais da pessoa e nos planos e acções futuros da pessoa (...) reflecte o conhecimento prévio do indivíduo e reconhece a natureza contextual desse conhecimento do professor. É um tipo de conhecimento esculpido, e formado, por situações; conhecimento que é construído e reconstruído à medida que vivemos as nossas histórias e as recontamos e as revivemos através de processos de reflexão” (p.122).

De acordo com a definição apresentada, o conhecimento prático pessoal, evidencia um carácter experiencial. Transporta valores e propósitos, revelando-se e desenvolvendo-se na própria prática do docente, sendo, por isso, considerado por Connelly e Clandinin

(1987) como “transitório”, “sujeito a mudanças” e desenvolvido num processo de tentativa-erro, demarcando-se da ideia de um conhecimento “fixo, objetivo e imutável”.

O conceito de imagem emerge como um conceito central no trabalho de Clandinin (1986), que a autora define como: (...) *uma maneira de organizar e reorganizar a experiência; encarna a experiência pessoal; encontra expressão na prática; e é a perspectiva para interpretar uma nova experiência*”(p.166). À semelhança do proposto por Elbaz, para Clandinin (1986), as imagens são uma componente do conhecimento prático do professor, cuja caracterização pode ser enquadrada nas seguintes dimensões: relacionam a vida privada com a experiência profissional, fundindo-as; têm um caráter histórico, isto é, a sua origem situa-se no passado, mesmo que sejam reconstruídas e expressas no presente. Por outro lado, as imagens podem também ter um caráter prospetivo, assinalando os fins, as pretensões, o que os professores gostariam de realizar na sua vida profissional; possuem uma dimensão moral que fornece ao professor um critério para julgar a sua própria prática e as suas ações. Tais critérios costumam ser únicos em cada professor e relacionam-se com a experiência pessoal, com a sua própria formação docente e com as suas experiências de ensino. Sob esta perspectiva, poder-se-á dizer que as imagens “não são neutras”, possuem um tom emocional, podendo traduzir a orientação afetiva do professor face a determinada situação ou ação.

Uma das características que sobressai desta conceção de conhecimento profissional docente, é o facto de este ser contextualizado como resultado de múltiplas influências: pessoais, experienciais e situacionais. Esta característica levou Connelly e Clandinin (1987) a utilizar a metáfora – paisagem de conhecimento profissional (*professional knowledge landscape*) – como forma de fazer salientar o papel dos contextos na aquisição e desenvolvimento do conhecimento prático pessoal. Alguns autores (Montero, 2001; Fenstermacher, 1994), salientam que para além do conceito de imagem, também as noções de relato, narrativa, unidade narrativa e conhecimento corporizado (*embodied knowledge*) são centrais à investigação desenvolvida por Connelly e Clandinin (1987).

Uma outra corrente de investigação acerca do conhecimento prático docente, com grande impacto nos anos 80, tem as suas raízes nos trabalhos desenvolvidos por Schön (1992; 1987; 1983) que apoiado no pragmatismo de Dewey desenvolveu uma Epistemologia da Prática. Percebendo as limitações da racionalidade técnica Schön (1983) defende que o conhecimento está profundamente relacionado com a ação, com

os lugares e os tempos em que a mesma ocorre e com a reflexão sobre o que se faz e como se faz. Como refere o próprio autor: “(...) *no mundo real da prática, os problemas não se apresentam ao prático como dados. Devem ser construídos a partir de materiais das situações problemáticas que são complexas, perturbadoras e incertas*” (Schön, 1983:40). Trata-se na opinião de Montero (2001), de perceber o que pode ser apreendido a partir de um atento exame da “arte” ou, por outras palavras, o que pode ser apreendido da competência que os práticos manifestam ao manobrem zonas indeterminadas da prática.

Os conceitos de conhecimento na ação (*knowing-in-action*); reflexão na ação (*reflection-in-action*); reflexão sobre a ação (*reflection-on-action*) e reflexão sobre a reflexão na ação (*reflection on reflection-in-action*), constituem-se como elementos-chave na Epistemologia da Prática proposta por Schön (1992; 1983). Vejamos mais detalhadamente a distinção que o próprio autor faz entre esses conceitos.

O conhecimento na ação é o saber que os profissionais manifestam na prática quando executam (bem, de forma competente) uma determinada ação. Como a própria expressão indica, é um saber na ação e tem um duplo sentido – de inclusão e simultaneidade, isto é, por um lado, é um saber incorporado na própria ação, um *know-how* inteligente (Alarcão, 1996); por outro lado, é um saber que se manifesta enquanto a própria ação decorre. Trata-se, por isso, de um tipo de conhecimento que pode ser descrito como tendencialmente tácito (implícito), ou seja, de difícil verbalização ou descrição (sabe-se fazer determinada coisa, porém é difícil explicar ou não se consegue explicar o que se sabe para fazer essa coisa com sucesso); tem um carácter espontâneo (não é preciso pensar para o usar, nem enquanto é usado; tem muitas vezes um carácter quase automático) e é intuitivo (é empregue sem que muitas vezes se tenha consciência de o ter aprendido) (Schön, 1992).

Outra forma de conhecimento prático que o autor apresenta é a reflexão na ação. Tal como o anterior, também este é um tipo de conhecimento inerente à própria ação; é um movimento do pensamento que ocorre na ação, enquanto a mesma se processa. Como salienta o autor, não se trata de “parar-para-pensar”, mas sim, pensar sobre o que e como se está a fazer enquanto se faz, isto é, trata-se de “(...) *uma conversa com uma situação única e incerta*” (Schön, 1983:130). A reflexão na ação é pois um processo que possibilita aos sujeitos a reformulação da sua compreensão durante a própria ação, podendo esse processo ser verbal ou não verbal.

A reflexão sobre a ação, tal como a própria designação sugere, ocorre, não durante a ação, mas depois dela. Trata-se de um processo em que o pensamento incide à *posteriori* sobre a ação, no qual os sujeitos refletem sobre a sua atuação usando palavras ou descrições verbais. Schön (1992; 1987; 1983) acrescenta ainda que o profissional pode analisar a ação de forma à sua reelaboração, reestruturação e adequação aos contextos – processo de metanálise – e isso denominou de reflexão sobre a reflexão na ação.

Conjuntamente o “conhecimento na ação”, a “reflexão na ação” e a “reflexão sobre a ação” constituem as modalidades de conhecimento da Epistemologia da Prática de Schön (1992; 1983), modalidades estas que, de acordo com o autor, não são independentes ou estanques, mas interligam-se e completam-se. A racionalidade prática representa assim uma conceção construtivista da realidade com a qual os práticos se confrontam, o que leva Schön (1992; 1987; 1983) a considerar o prático como alguém que quotidianamente (re)constrói as situações da sua própria prática, isto é, que tem a “(...) *capacidade para manejar a complexidade e resolver os problemas práticos através da integração inteligente e criativa do conhecimento e da técnica*” (Pérez, 1992:102). Sob esta ótica, naquilo que aos professores diz respeito, a reflexão sobre os processos e produtos da ação, permitem caracterizar o professor como profissional autónomo, ética, pedagógica e politicamente responsável, capaz de agir deliberadamente de acordo com um conjunto coerente de pressupostos criticamente assumidos.

Em jeito de conclusão, analisando transversalmente as duas linhas de investigação antes apresentadas, a de Shulman acentua o carácter normativo do conhecimento profissional docente, ao procurar estabelecer o que os professores devem saber para ensinar bem, enquanto que a linha ligada ao conhecimento prático, ao procurar distanciar-se da identificação do conhecimento profissional docente com um conhecimento meramente técnico, privilegia a vertente descritiva|interpretativa e reflexiva, enfatizando as características experiencial, pessoal e situacional do saber docente sem contudo negar que há um conhecimento mais teórico, exterior à pessoa do professor que resulta da investigação. Por outro lado, parece existir também um ponto comum: ambas as linhas são amplamente sustentadas por múltiplos estudos que fundamentam e iluminam as respetivas teorias, ou seja, alimentam-se da preocupação com a construção do conhecimento no ensino e com a transformação do mesmo em conhecimento profissional docente – processos, contextos e conteúdos da sua aprendizagem – e, em particular, com a reivindicação do conhecimento gerado pelos professores na e pela

análise das suas próprias práticas, o que de resto vem sendo defendido por autores como Zeichner (1993).

Tomando em consideração as diversas perspectivas antes apresentadas acerca do(s) saber(es) docente(s) e anuindo com o pensamento de que à semelhança de outros grupos profissionais também os professores em geral e, particularmente, os de Enfermagem, necessitam de um “*saber distintivo*” ou da “(...) *afirmação de um saber profissional específico*” (Roldão (2008:173) que sustente e legitime a sua docência, torna-se fundamental que estes se apropriem dos saberes de que são portadores e os trabalhem do ponto de vista teórico e conceptual (Nóvoa, 2002). Sob esta moldura e consideradas as múltiplas e profundas transformações ocorridas no seio do ensino superior, os professores de Enfermagem veem-se confrontados com novos desafios, de entre os quais, destacamos a ausência de formação específica para o exercício da docência e de investigação sobre as suas práticas nesse âmbito, questões que aprofundaremos adiante. Apesar da parca investigação acerca do conhecimento profissional dos professores de Enfermagem, no presente estudo, assume-se que o conhecimento profissional destes é o conhecimento por si usado no exercício da sua atividade, sendo o mesmo multidimensional e integrado. Não se trata portanto de um saber meramente teórico – porque se apoia no conhecimento científico multidisciplinar, mas não se restringe a ele (Clandinin, 1985; Elbaz, 1983) – nem tão-somente prático – pois também não se trata de um simples saber-fazer – resulta antes, da reflexão na e sobre a prática, apoiada no conhecimento científico (Schön, 1992, 1987, 1983; Shulman, 2005, 2004, 1987, 1986), cuja finalidade é “*bem-fazer e fazer bem*” (Sá-Chaves, 2000).

3.2. As competências do professor de Enfermagem

Tradicionalmente são atribuídas ao professor do ensino superior três tipos de funções: o ensino, a investigação e a gestão, sendo que todas elas compreendem tarefas mais específicas relacionadas com a planificação, o desenvolvimento, a avaliação e a inovação. Atualmente, os estabelecimentos de ensino superior estão imersos em profundas e imparáveis processos de mudança, exigindo dos professores novas funções que ampliam e tornam cada vez mais complexos os seus papéis. A extensão (prestação de serviços à comunidade), o managerialismo (procura de financiamento, negociação de projetos e convénios com empresas e instituições, assessorias, participação como peritos em diversos campos científicos, etc.) e as relações interinstitucionais, quer a nível nacional quer internacional, com vista à criação e manutenção de redes de relações com

outras instituições de ensino superior, constituem bons exemplos desses novos cenários de atuação docente (Pinto, 2008; Graça, 2006; Zabalza, 2004). Neste contexto, os papéis e funções que os professores podem desempenhar variam consideravelmente, em conformidade com as configurações estruturais e os objetivos das instituições, os diferentes períodos da carreira acadêmica, as aspirações e expectativas de cada docente. Sob esta moldura, a atividade docente é atualmente caracterizada por aspetos múltiplos e diferenciados no seu papel de educadores, de produtores e difusores do conhecimento e na prestação de serviços ao exterior, produzindo não um modelo único de professor do ensino superior mas, antes, vários modelos adaptados às instituições e grupos profissionais nos quais o professor se encontra inserido (Pinto, 2008).

Especificamente, no que se refere à docência em Enfermagem, a literatura internacional, nomeadamente, em países como a Austrália e os Estados Unidos, vem evidenciando alguns trabalhos cujos objetivos passam pela clarificação dos papéis e competências dos enfermeiros e também dos professores de Enfermagem (Benner *et al.*, 2010; ANTS, 2010; Davis *et al.*, 2005; SREB, 2002; Davis *et al.*, 1992).

Na Austrália, com o objetivo de assegurar as melhores práticas no desempenho do papel de professor e, conseqüentemente, no desenvolvimento do ensino de Enfermagem, a *Australian Nurse Teachers` Society* (ANTS), desenvolveu alguns estudos dos quais resultou a *Australian Nurse Teacher Competencies* (2010), cujos *standards* se dividem por três principais domínios de competências docentes, nomeadamente: *ensino e aprendizagem, comunicação e prática profissional*.

O primeiro domínio, ensino e aprendizagem, tem como pressuposto que o papel central do professor é facilitar a aprendizagem. Por isso, recomenda o planeamento e realização de experiências de aprendizagem de qualidade, a operacionalização de estratégias de ensino eficazes e facilitadoras da aprendizagem, a implementação de programas e estratégias de apoio aos estudantes, avaliando as experiências de aprendizagem e programas em relação às necessidades dos estudantes e resultados de Enfermagem. O segundo domínio, comunicação, indica que os docentes precisam ser comunicadores eficientes em todas as áreas da prática educativa sendo, por isso, necessário demonstrar uma comunicação eficaz e habilidades interpessoais de nível avançado. O último domínio, prática profissional, tem implícito o argumento de que os professores devem demonstrar conhecimentos de Enfermagem avançada e experiência no contexto de

ensino, bem como, mostrar competências de gestão e liderança e, ainda, o compromisso com a investigação e com o saber em Enfermagem.

Nos Estados Unidos da America (EUA), na sequência da expansão dos programas de mestrado, aumento da procura dos cursos de doutoramento em Enfermagem e, ainda, da constatação da desadequação da formação pós-graduada face às necessidades da prática clínica, foram desenvolvidos diversos estudos, entre os quais, os de Davis *et al.* (1992) e Krisman-Scott (1998), cujo principal objetivo era clarificar as funções|papéis dos professores de Enfermagem face às novas exigências da formação em Enfermagem naquele país. Como resultante desses estudos, foram encontradas competências fundamentais para os docentes que posteriormente vieram a ser integradas como critérios de formação ao nível da formação pós-graduada em Enfermagem. Com base nesses estudos, surgiram outras pesquisas que salientaram a necessidade de (re)definição dos papéis e competências dos professores de Enfermagem, uma vez que, a maioria dos programas de doutoramento, preparava os enfermeiros para serem investigadores em vez de professores (Johnson *et al.*, 2002).

Em resposta à crescente preocupação com a necessidade de professores de Enfermagem adequadamente preparados, o *Board of Directors of the Council on Collegiate Education for Nursing*, filiado no *Southern Regional Education Board* (SREB), desenvolve também diversos estudos no domínio das competências dos professores de Enfermagem, sob tutela da Universidade de Atlanta, dos quais resultaram alguns instrumentos que possibilitaram a implementação de guias de programas académicos e novos desenhos curriculares nas escolas de Enfermagem nos EUA (SREB, 2002). Entre essas propostas, salienta-se o – *Nurse Educator Competencies* – no qual são elencadas trinta e sete competências que integram os diversos papéis dos docentes em Enfermagem.

Nessa proposta, numa primeira parte, são categorizadas as competências docentes em três tipos de papéis (*roles*), designadamente: professor (*teacher*), académico (*scholar*) e colaborador (*collaborator*) (Quadro 1) e, numa segunda parte, são apresentadas outras competências decorrentes do conjunto das trinta e sete antes mencionadas, baseadas em dados que foram adicionados ao estudo aquando da revisão por uma comissão *ad hoc*, nomeada para o efeito, e ainda, das sugestões dos professores participantes no levantamento e validação dos resultados (SREB, 2002).

O papel de professor (*teacher role*) remete para funções de liderança no desenvolvimento e avaliação curricular nos mais diversos contextos educativos, designadamente: no ensino clínico e respetiva supervisão; no ensino em sala de aula e nos seminários; no ensino simulado e virtual; na aplicação do conhecimento produzido durante o próprio processo de ensino-aprendizagem e, ainda, na gestão do ambiente de aprendizagem. Este papel fornece aos professores, um *core* de conhecimentos úteis para o desenvolvimento de outros papéis no âmbito da educação em Enfermagem. Uma componente essencial do papel do professor de Enfermagem deve ser a capacidade de este se constituir como modelo de boas práticas (*role model*), manifestas em comportamentos assertivos e desejáveis. Os saberes desses professores fundamentam-se em princípios, filosofias e teorias de aprendizagem; num amplo reportório de estratégias de ensino; no uso de tecnologias; nos princípios do currículo e no desenvolvimento de programas; nos instrumentos de avaliação (incluindo na formação de professores os resultados quer da auto quer da hetero avaliação, bem como dos procedimentos de acreditação e avaliação clínica); nos princípios éticos e legais que governam a prática profissional; na orientação clínica (*mentoring*); nas influências culturais ao nível da saúde e numa comunicação eficiente (Davis *et al.*, 2005).

No âmbito do papel de académico (*scholar role*), os professores de Enfermagem são responsáveis pela vertente académica do ensino (*scholarship*), pela investigação, aplicação e integração do conhecimento numa dada disciplina e, ainda, pela capacidade de orientar (*mentoring*)|comunicar com eficiência, a terceiros, as melhores práticas educativas, de cuidados de saúde e de pesquisa (Pape, 2000). Para tal, os professores devem ser capazes de demonstrar proficiência em cinco principais aspetos: clareza, relevância, precisão, originalidade e diversidade intelectual (Hegyway, 2000). De entre os papéis do académico distinguem-se: desenhar, colaborar e fazer uso da investigação na educação e na prática de Enfermagem; procurar oportunidades para a pesquisa inter e intradisciplinar; desenvolver, simultaneamente, conhecimento comum e novo conhecimento; integrar a investigação e os resultados de estudos académicos na prática. Estes professores detêm os métodos e procedimentos de pesquisa e de investigação em Enfermagem, o que remete para as capacidades de comunicar com eficácia, dominar princípios de orientação de estudantes; tornar-se consciente de novos desafios, de oportunidades, de problemáticas, de tendências e de necessidades na profissão e no ensino; ter responsabilidade e habilidades pessoais para o desenvolvimento do pensamento criativo e analítico na atitude cuidativa (Davis *et al.*, 2005).

O papel de colaborador (*collaborator role*) remete para o desenvolvimento de parcerias institucionais face à dinâmica dos sistemas de cuidados de saúde, bem como a colaboração com pares, estudantes, gestores, grupos e comunidade, o que se torna essencial nos papéis de desempenho destes professores (O'Neill, 1998 citado por Davis *et al.*, 2005).

Os três papéis – *teacher*, *scholar* e *collaborator* – desafiam os professores de Enfermagem a todos os níveis, e nos mais diversos quadros de atividade docente, à modelação das atitudes, comportamentos e valores em comportamentos profissionais e à implementação das melhores práticas de ensino de Enfermagem independentemente dos contextos de aprendizagem (teórico, teórico-prático ou prático).

Considerando que o currículo de formação de enfermeiros deve fazer mais do que simplesmente combinar os valores do cuidar em Enfermagem e o processo de ensino-aprendizagem para além dos diversos referenciais de papéis e competências, Davis *et al.* (2005) indicam ainda os valores subjacentes à ideologia profissional pela qual a ação dos professores se deverá pautar: *cuidar* (empatia, sensibilidade e suporte na prestação de cuidados); *altruísmo* (preocupação como o bem-estar e crenças de terceiros, defesa do utente e orientação de pares); *autonomia* (tomada de decisão profissional e colaboração com os utentes no planeamento dos cuidados de saúde e Enfermagem); *dignidade humana* (respeito e sensibilidade respeito e sensibilidade para com o valor da singularidade dos indivíduos e das populações); *integridade* (adesão ao código de ética de Enfermagem e a *standard* de prática profissional reconhecidos); *justiça social* (imparcialidade, não-discriminação e igualdade de acesso aos recursos de cuidados de Enfermagem) e, por último, *formação ao longo da vida* (compromisso de manutenção da competência profissional ao longo da carreira profissional de Enfermagem).

Professor (<i>Teacher</i>)	Académico (<i>Scholar</i>)	Colaborador (<i>Collaborator</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Promover cuidados proficientes a populações diversas. • Usar quadros teóricos apropriados e ferramentas para promover a socialização dos estudantes acerca do papel da Enfermagem profissional. • Ajudar os estudantes a utilizar os recursos efetivamente de acordo com as necessidades em cuidados de saúde dos clientes em cuidados de saúde. • Ajudar os estudantes a reconhecer livremente o impacto das forças sociais nos cuidados de saúde aos indivíduos e grupos. • Providenciar supervisão clínica aos estudantes. • Manter registos académicos apropriados. • Incorporar tecnologia nos currículos e nos programas educacionais • Avaliar as necessidades dos programas para futuros planeamentos. • Desenvolver currículos baseados na missão, filosofia e enquadramento do programa e da instituição. • Definir objetivos institucionais e conteúdos consistentes com a globalidade das finalidades curriculares • Organizar conteúdos e experiências de aprendizagem de acordo com os princípios de aprendizagem estabelecidos. • Planear experiências de aprendizagem adequadas. • Desenhar estratégias institucionais, materiais de aprendizagem e tecnologias educacionais para alcançar os objetivos de aprendizagem. • Propor intervenções de ensino-aprendizagem adequadas baseadas na análise das necessidades de aprendizagem. • Usar instrumentos de avaliação adequados para avaliar a consecução dos objetivos de aprendizagem. • Envolver os estudantes na seleção, planeamento e avaliação das experiências de aprendizagem • Usar a informação da avaliação dos programas no planeamento e melhoria dos processos. • Comunicar com eficiência. • Promover as melhores práticas na educação em Enfermagem. • Servir como modelo e mentor intelectual para os estudantes. • Avaliar o seu próprio conhecimento e capacidades, implementando planos para o seu desenvolvimento profissional contínuo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar os estudantes a interpretar e a aplicar a investigação na prática em Enfermagem. • Usar os resultados da investigação e trabalhos académicos da área para o desenvolvimento da educação em Enfermagem. • Reconhecer oportunidades para conduzir investigação em Enfermagem. • Promover relações profissionais nos contextos académicos e na prática de Enfermagem. • Usar o conhecimento adquirido através da prática clínica para manter e desenvolver os currículos de Enfermagem. • Demonstrar compromisso com a investigação. • Divulgar o conhecimento acerca das melhores práticas na educação em Enfermagem e da investigação. • Demonstrar proficiência na escrita académica. • Servir de modelo e mentor intelectual para os estudantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com terceiros interna e externamente à disciplina. • Estabelecer ligações fortes entre instituições educativas, instituições clínicas e a comunidade. • Usar diversos instrumentos para construir relações de parceria com e entre grupos para melhorar a educação em Enfermagem. • Comunicar adequadamente com pares, estudantes, gestores e outros grupos para legitimar as melhores práticas na educação em Enfermagem. • Trabalhar com outros para promover a Enfermagem e os cuidados de saúde nas agendas políticas ou legislativas. • Explicitar o currículo de Enfermagem aos vários grupos: pares, estudantes, gestores, agências reguladoras e outras associações de saúde. • Demonstrar valores profissionais e educacionais e preceitos ético-legais em interação.

Quadro 1 - Funções|papéis dos professores de Enfermagem (Davis *et al.*, 2005) – Tradução livre.

Não obstante as diferenças socio-econômico-político-educacionais entre os EUA e Portugal, as tipologias de competências apresentadas parecem ter algum grau de correspondência com a situação nacional quando se analisam as funções dos professores de Enfermagem, na perspectiva dos normativos legais que descrevem as funções preconizadas no Estatuto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico para os papéis de professor coordenador e professor adjunto (já apresentados), embora tais papéis sejam genéricos e transversais a todos os docentes desse subsistema educativo.

A nível europeu, no âmbito da *European Federation of Nurse Educators* (FINE), professores de Enfermagem de diversos países, entre os quais Portugal, têm participado em *workshops*, procurando elementos que possam constituir-se como linhas orientadoras na proposta de competências dos professores de Enfermagem e estabelecer um *standard* de competências comum em termos europeus, que faça sentido na diversidade e na complexidade, face a uma formação superior que visa preparar para um perfil profissional de competências, pelo que inclui as exigências de ensino clínico, logo de formação em alternância, e que, simultânea e obrigatoriamente, enquadre os desígnios propostos por Bolonha (Mestrinho, 2011; 2006; FINE, 2007).

No âmbito nacional, nas últimas décadas, vem sendo reconhecido que no âmbito do “novo” enquadramento do ensino em Enfermagem (decorrente da adesão ao Processo Bolonha), existe um “novo papel” a que os docentes de Enfermagem são chamados a responder. Sob este prisma, têm vindo a ser desenvolvidos alguns estudos, embora parcos, que abordam as mudanças no ensino, os saberes e as identidades profissionais (Lopes *et al.*, 2013; Figueiredo, 2013; Gonçalves, 2012; Pedro, 2011; Nascimento, 2007) e ainda outros que têm especificamente como objeto a problemática dos papéis e competências dos professores de Enfermagem (Mestrinho, 2011, 2010, 2009, 2008; Pereira, 2007; Nunes, 2006;), os quais passamos a apresentar com maior detalhe.

Na convicção de que as mudanças no ensino superior promovem alterações nos papéis, nos valores e nas competências docentes, Mestrinho (2011) desenvolveu um estudo no qual procurou compreender e caracterizar as conceções dos professores de Enfermagem sobre o seu profissionalismo, papéis, competências e construção identitária. Nesse âmbito, elaborou uma proposta de referencial de competências docentes que integra as três dimensões do ser professor em Enfermagem: ser enfermeiro, ser professor de

Enfermagem e ser professor do ensino superior. O modelo proposto organiza-se em quatro principais domínios, conforme pode ser observado na Figura 3:



Figura 3 - Competências do professor de Enfermagem (Mestrinho, 2011).

- O *domínio das competências éticas* refere-se ao reconhecimento da missão docente, ao ideal ético do professor (em relação aos estudantes, aos utentes, aos orientadores clínicos e aos pares) com expressão nos valores de ensinar e cuidar, integrantes do profissionalismo docente que se reflete nas ações e se traduz numa ideologia profissional de professor de Enfermagem, na linha dos estudos desenvolvidos por Davis *et al.* (2005).
- O *domínio das competências sócio-pedagógicas* refere-se à profissionalidade nas diversas dimensões operativas da atividade docente, nomeadamente, no que toca ao desenvolvimento curricular; à motivação; ao planeamento; à intervenção; à diversificação de estratégias, regulação e avaliação;
- O *domínio das competências de auto-desenvolvimento* diz respeito à responsabilidade de o professor se desenvolver profissionalmente, seja por via da investigação, da formação contínua ou da colaboração com o coletivo profissional, o que remete o docente ao trabalho em equipa, à participação na gestão da escola e à utilização e domínio das novas tecnologias de ensino;

- O *domínio das competências sócio-organizacionais* remete para o modo de pensar a docência com base na colaboração com diversas instâncias: orientação do processo formativo e colaboração inter e intra institucional.

De acordo a autora, os domínios de competências dos professores de Enfermagem a que chegou, decorrem das observações realizadas, do processo de desenvolvimento do referencial e, ainda, de estudos como os de Perrenoud (2004; 2001; 2000; 1993), Davis *et al.* (2005; 1992), Le Boterf (2008; 2005; 2003; 1999) e Graça (2008; 2006), que contribuíram para os definir. Esses domínios assentam nas atividades docentes e integram uma diversidade de saberes específicos da Enfermagem, e de competências de banda larga, bem como, nas particularidades das situações formativas e nas exigências acadêmicas e clínicas atuais.

Um outro estudo que visou traçar um perfil de competências pedagógicas dos enfermeiros docentes na formação inicial em Enfermagem foi desenvolvido por Pereira (2007). Os resultados do estudo possibilitaram identificar um conjunto de competências que a autora categorizou em sete dimensões: competências no domínio da organização e desenvolvimento do ensino; competências na área do ensino da prática de Enfermagem; competências no acompanhamento|supervisão de estudantes; competências de avaliação; competências para desenvolver nos estudantes as atitudes|comportamentos desejados; competências no âmbito do auto-desenvolvimento e competências pessoais. Quanto aos momentos em que tais competências foram adquiridas, os docentes entrevistados apontaram os seguintes: experiência enquanto aluno de Enfermagem; auto-formação; prática clínica enquanto enfermeiro; formação pós-graduada realizada; período de integração na Escola de Enfermagem e, ainda, a própria prática docente. No estudo a autora verificou ainda, “com estranheza”, que os professores referiam “com alguma naturalidade” que não possuíam formação específica para o exercício da docência em Enfermagem e não faziam qualquer referência à investigação enquanto competência necessária a esse mesmo exercício.

O estudo desenvolvido por Nunes (2006), tem a sua gênese na revisão do plano de estudos da formação inicial de enfermeiros face aos desafios propostos por Bolonha (formação centrada em competências) e, também, na constatação da inexistência de um perfil de competências do professor em Enfermagem na instituição onde desempenha funções docentes. Como resposta às necessidades identificadas, a autora procedeu ao desenvolvimento e consensualização de um perfil de competências docentes no seio da

equipa de professores da área disciplinar de Enfermagem, do qual resultou o elenco de competências que esquematicamente apresentamos seguidamente:

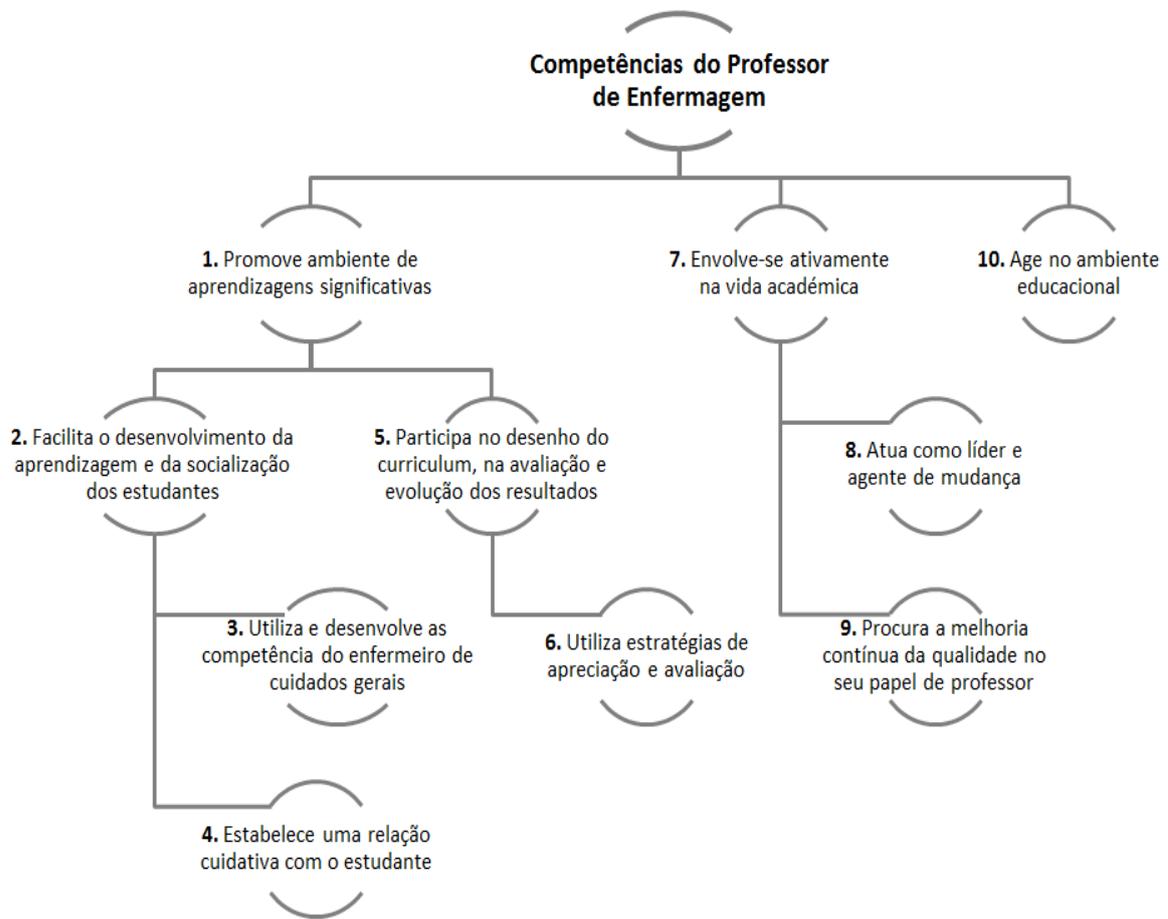


Figura 4 - Perfil de competências do professor de Enfermagem (Nunes, 2006).

1. *Promove ambiente de aprendizagens significativas*, criando e promovendo, em ensino teórico, prático e clínico, um ambiente facilitador de experiências de aprendizagem significativas para os estudantes;

2. *Facilita o desenvolvimento da aprendizagem e da socialização dos estudantes*, apoiando o desenvolvimento dos estudantes para serem enfermeiros e integrarem os valores e deveres esperados no cumprimento do seu papel, bem como as competências dos enfermeiros de cuidados gerais;

3. *Utiliza e desenvolve as competências do enfermeiro de cuidados gerais*, aplicando o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, na dimensão da docência e mobilizando os respetivos domínios e subdomínios nos processos de ensino|aprendizagem e avaliação;

4. *Estabelece uma relação cuidativa com o estudante*, estando atento e mostrando disponibilidade efetiva para ajudar e orientar o estudante;
5. *Participa no desenho do curriculum, na avaliação e evolução dos resultados*, sendo responsável por formular os resultados e por um desenho curricular que reflita as tendências atuais dos cuidados de Enfermagem e que prepare para agir, efetivamente, em ambientes de cuidados de saúde;
6. *Utiliza estratégias de apreciação e avaliação*, socorrendo-se de uma variedade de estratégias para a avaliação e apreciação da evolução de aprendizagem dos estudantes;
7. *Envolve-se ativamente na vida académica*, reconhecendo que o envolvimento na vida académica é uma componente integral do seu papel no ensino superior e que ensinar-se a si mesmo é uma atividade académica e científica pertinente e relevante, que reverte também para a disciplina de Enfermagem;
8. *Atua como líder e agente de mudança*, de modo a criar um futuro melhor para a educação em Enfermagem e a prática profissional;
9. *Procura a melhoria contínua da qualidade no seu papel de professor de Enfermagem*, reconhecendo que o seu papel nas organizações, é multidimensional e que o seu compromisso contínuo com o desenvolvimento e manutenção de competências no papel é essencial;
10. *Age no ambiente educacional*, conhecendo o ambiente educacional em que exerce e reconhecendo o impacto das forças políticas, institucionais, sociais e económicas no seu papel, como “cidadão da academia”.

Posteriormente, em 2008, Nunes “voltou ao terreno”, num exercício heurístico de aferição dos resultados obtidos em 2006, tendo apresentado os mesmos numa conferência da FINE. De acordo com a autora, as conclusões do trabalho apontam para a necessidade de continuidade e aprofundamento do mesmo. Entre as recomendações que faz, salienta a imprescindibilidade do cruzamento de perfis de competências com instrumentos e sistemas de avaliação, com dispositivos de formação ou a exploração de uma relação possível entre currículo (considerando metodologias, conteúdos e resultados de aprendizagem) e competências do professor. Acrescenta ainda, que não coloca de parte a possibilidade de futuramente, vir a realizar um estudo comparativo,

com perfis definidos em outras realidades europeias e, mediante os resultados obtidos, avaliar da necessidade de reformulação do perfil de competências antes apresentado.

Face ao exposto, os novos parâmetros de profissionalidade docente em Enfermagem no quadro de um ensino universitarizado, situam-se na fronteira entre posições modernistas e outras mais pós-modernistas e liberais que, para além do domínio das competências ditas “tradicionais” (ensino e investigação), exigem “novas competências”, tais como: o domínio de tecnologias de informação; a capacidade de refletir sobre a prática; a capacidade de trabalho em equipa|colaboração e direção de projetos; a capacidade de diversificar estratégias e metodologias pedagógicas, pensadas a partir da aprendizagem; a capacidade de assessoria, a capacidade de manter relações interpessoais e trabalhar em contexto de transnacionalidade manifestando competências linguísticas e interculturais e, ainda, recuperar a dimensão ética da profissão (Graça, 2006; Zabalza, 2004). Este “novo modelo” de professor de ensino superior em Enfermagem, corresponderá a um professor que não se conforme em dominar a matéria científica, mas sim, a um que tende a unir investigação e docência, que tenha um papel mais relevante na docência e na preparação psicopedagógica para aprender a ensinar, cultivando os seus valores, no domínio das emoções e dos aspetos sociais e ambientais (Imbernón, 2000).

4. DESAFIOS ATUAIS À DOCÊNCIA EM ENFERMAGEM

As transformações ocorridas no sistema educativo em geral e particularmente na formação em Enfermagem, passaram de uma lógica de reforma para uma mudança constante e adaptação contínuas. Sob esta perspectiva, a relação da mudança com o trabalho, com a eficácia e eficiência das práticas e com o desenvolvimento profissional pode revelar um tipo de pensamento e ação docentes baseados numa mudança voluntária e naturalista, mas também imposta pelas orientações emanadas pela administração central do sistema educativo (Richardson e Placier, 2001, citados por Mestrinho, 2011). Torna-se assim essencial que se conheçam alguns dos desafios com que se deparam os professores de Enfermagem atualmente, nomeadamente, no que se relaciona com a necessidade de formação pedagógica específica para o exercício profissional da docência e a necessidade de realizar investigação quer no âmbito das práticas docentes quer da disciplina.

4.1 A necessidade de formação pedagógica específica para o exercício profissional da docência em Enfermagem

Refletindo sobre as questões de legitimação da profissão docente a partir do reconhecimento social de um conhecimento que lhe é próprio e que se adquire através de preparação|formação específica, deparamo-nos na atualidade, com uma situação paradoxal no seio do ensino superior em geral e no da Enfermagem em particular: por um lado, a condição de entrada na profissão apenas considera os saberes científicos do campo disciplinar, ignorando a necessidade de conhecimento pedagógico para o exercício da função docente (Gonçalves, 2012; Pedro, 2011); por outro lado, a mudança de enfoque do ensino para a aprendizagem, suscitada pelo Processo Bolonha, e a autonomia científica e pedagógica típica deste nível de ensino, vêm exigir aos professores de Enfermagem um novo conjunto de competências de natureza pedagógica que os torne capazes de tomar decisões sobre o que e como ensinam, sabendo explicitar as razões das suas opções. (Pinto, 2008; Leclercq, 2001).

A agudizar esta situação, sublinhe-se que, em termos nacionais, a entrada e, de um modo geral, a progressão na carreira no ensino superior é marcada pelo envolvimento na investigação (veja-se os normativos legais), sendo ignorada, ou pelo menos descurada, a componente pedagógica, situação que leva alguns autores a falar de “naturalização da docência” (Almeida, 2012) ou inclusive a afirmar que esta é o “*missing point*” da

respetiva carreira (Zabalza, 2004; Masetto, 2003). Acresce ainda dizer, que a maior parte dos docentes, tornou-se professor sem qualquer formação específica para ser docente, apoiando-se para este fazer, apenas na sua experiência de estudante (Zeichner & Gore, 1990; Lortie, 1975) e na experiência que a prática lhe foi fornecendo, como evidenciado em vários estudos (Esteves, 2005; Zabalza, 2004). No caso específico dos professores de Enfermagem, baseados na nossa experiência pessoal e no conhecimento adquirido por via de uma pesquisa na Plataforma de Recolha de Informação do Ensino Superior (PRIES), na qual apenas foram considerados os docentes inseridos nas escolas que integram o terreno da nossa pesquisa, pudemos constatar que a área de formação docente correspondente aos 2º e 3º ciclos coincide maioritariamente com a área científica de Enfermagem (aproximadamente 54%) e que apenas 16,8% dos docentes possui formação na área das Ciências da Educação. Evidencia-se assim que o recrutamento docente para a formação inicial de enfermeiros não parece relevar a complexidade dos saberes profissionais docentes, restringindo-se aos saberes disciplinares em Enfermagem.

A falta de tradição da exigência de formação pedagógica quer enquanto requisito de acesso quer enquanto condição para progressão na carreira e o “preconceito” existente relativamente à formação pedagógica no ensino superior, espelha bem a subvalorização, a menoridade, a ocultação ou o silenciamento do trabalho pedagógico dos professores (Vieira, 2011). É vasta a literatura internacional que tem sido produzida nos últimos anos, que versa a imprescindibilidade de (re)pensar a formação docente no ensino superior (Mizukami, 2005; Zabalza, 2004; Villegas-Reimers, 2003; Masetto, 2003, 2000, 1998; Ramsden, 2003; Pimenta e Anastasiou, 2002; Anastasiou, 2002; Garrison & Archer, 2000; Marcelo Garcia, 1999, entre outros). Referências a esta problemática podem ser também encontradas em produções de associações de instituições de ensino superior europeias (*European University Association, European Network for Quality Assurance in Higher Education* (ENQA), por exemplo), designadamente, em documentos de reflexão e guias orientadores de boas práticas em que, quer o desenvolvimento profissional, quer a formação pedagógica desempenham papéis relevantes. Vejamos, por exemplo, o que diz a ENQA (2005:17):

“It is important that those who teach have a full knowledge and understanding of the subject they are teaching, have the necessary skills and experience to transmit their knowledge and understanding effectively to students in a range of teaching contexts, and can access feedback on their own performance. Institutions should ensure that their staff recruitment and appointment procedures include a means of making certain that all new

staff have at least the minimum necessary level competence. Teaching staff should be given opportunities to develop and extend their teaching capacity and should be encouraged to value their skills”.

A nível nacional, a preocupação com a preparação pedagógica dos professores do ensino superior é também bem evidente em alguns trabalhos desenvolvidos (Marques e Pinto, 2012; Leite e Ramos, 2012, 2010; Almeida, 2012; Esteves, 2012, 2008, 2005; Gonçalves, 2009; Vieira, 2005; Reimão, 2001). O próprio Conselho Nacional de Educação considera que “(...) *a falta de preparação pedagógica dos docentes do ensino superior condiciona a forma como as aulas e os currículos estão organizados*” (Borrvalho *et al.*, 2012:987), o que, de acordo com os autores, afeta negativamente o desempenho dos estudantes. É, por isso, fundamental, para aumentar a qualidade do ensino, que os docentes de Enfermagem não só “(...) *possuam conhecimentos e uma compreensão aprofundada sobre a matéria que ensinam*”, mas também, que “(...) *disponham de habilidades e experiência para transmitir os seus conhecimentos, compreendam eficazmente os estudantes e uma variedade de contextos de aprendizagem e que possam obter retro-alimentação sobre a sua própria atuação*” (Boullosa, 2005, citado por Borrvalho *et al.*, 2012:987).

Um dos pilares no desenvolvimento de respostas aos novos desafios no ensino superior é, indiscutivelmente, o corpo docente e a sua formação pedagógico-profissional (Pinto, 2008). Sob esta moldura, a relevância da pedagogia *do* e *no* ensino superior ganha novo impulso, contrapondo-se à crença vigente da “inutilidade da pedagogia” (Estrela, 2010a). Com efeito, a convicção de que existe um *corpus* de saber próprio inerente ao exercício profissional docente, leva-nos a refutar a ideia de que para ensinar basta conhecer o conteúdo da área curricular a que o docente se encontra vinculado (Estrela, 2010a; Imbernón, 2000; Leite e Ramos, 2010; Masetto, 2003; Bourdoncle & Lessard, 2002); ter bom senso, seguir a intuição, ter experiência ou ter cultura (Gauthier *et al.* 1998; Haberman, 1989; Ramsden, 2003; Zabalza, 2004, 2007, 2009), pois, atualmente, o professor de Enfermagem não pode demitir-se de:

“(i) questionar os fins desse próprio ensino, antes de questionar os meios; (ii) questionar as políticas globais, regionais, nacionais de ensino superior e de ciência, antes de questionar o modo como as comunidades de aprendizagem se organizam em cada instituição, em cada curso e em cada unidade curricular; (iii) questionar a sociedade e o que ela espera (e não espera) do ensino superior, antes de avaliar se tal encomenda está a ser satisfeita ou não” (Esteves, 2008:102).

Em linha com o pensamento anterior, Garcia (1999) defende que a formação dos docentes do ensino superior só poderá ser eficaz se:

“(...) partir das necessidades atuais e futuras da organização e dos seus membros; se centrar na prática profissional e partir da reflexão crítica em relação ao próprio ensino; visar a construção de um saber específico, de carácter técnico e fundamentado cientificamente; partir do próprio professor, para ser feita de forma colaborativa, em grupo e com colegas, valorizando-se a importância da formação nos departamentos, em primeira instância, e institucional, num segundo momento”(p.253).

Apesar do referido anteriormente, paulatinamente, o foco da formação dos professores do ensino superior parece que tem vindo a deslocar-se do apoio na aquisição de novas competências ou de novos conhecimentos (conhecimento *para* a prática), para a oferta de oportunidades de reflexão crítica “na” e “sobre” a prática, nos diversos contextos de atuação docente (conhecimento *da* prática), traduzindo-se em novo conhecimento e novas formas de intervenção (Chickering & Gamson, 1987; Darling-Hammond & MacLaughlin, 1995). Neste âmbito, Perrenoud (1994) elenca dez mecanismos que, em sua opinião, são suscetíveis de beneficiar a formação docente e, conseqüentemente, transformar as práticas profissionais, a saber: (i) prática reflexiva; (ii) mudança nas representações e nas práticas; (iii) observação mútua; (iv) metacomunicação com os estudantes; (v) escrita clínica; (vi) videoformação; (vii) entrevista de explicitação; (viii) história de vida; (ix) simulação e desempenho de papéis e (x) experimentação e experiência.

Defendendo que a formação dos docentes do ensino superior só poderá ser eficaz se incluir de forma explícita a formação em contexto, para além da académica (a partir das necessidades concretas e refletidas das organizações e dos seus professores) , Pinto (2008:115) elenca um conjunto de diferentes estratégias globais de formação, que poderão constituir um profícuo contributo para a formação dos professores de Enfermagem:

- Trabalhos conjuntos entre professores, num modelo de “auto-formação participada ou integrada”, isto é, de “*valorização da ideia de que toda a formação é um processo de apropriação individual, que se faz numa permanente interação e confrontação com os outros*” (Nóvoa, 1988:127). Outras modalidades mais específicas são apontadas como processos de auto-estudo (Zeichner, 2010; Loughran, 2006, 2005);

- Espaços de discussão com os docentes num processo assente em convicções e valores próprios, enfatizando o desenvolvimento de um projeto pessoal e profissional (Esteves e Rodrigues, 2003);
- Oportunidades para experimentar e para centrar a formação na resolução de problemas concretos; em que os professores constroem as suas competências em situação profissional, conferindo-se à formação características de utilidade (Canário, 1999; Zeichner, 1983). Neste âmbito, relevamos as modalidades de investigação-ação, em que o professor se desenvolve na investigação das suas práticas, modalidades altamente potencializadoras do desenvolvimento profissional (Zeichner & Gore, 1995);
- Aplicação das práticas de reflexão “na” e “sobre” a ação (Schön, 1983) que permitam aos professores “reler” as suas experiências, na interação entre o profissional e o seu contexto (Leite & Silva, 2002). Por exemplo, Day (2006) aponta quatro tipos de modalidades formativas que utilizam as práticas reflexivas: como forma de preparação das iniciativas para responder a necessidades pragmáticas; centrada em incidentes críticos; de cariz autobiográfico e investigação-ação;
- Tempo para formação e tempo para que os professores possam incorporar novas práticas nas suas rotinas pedagógicas (Garcia, 1999), na tentativa de evitar que o desenvolvimento profissional se confunda com um acumular de conhecimentos desligados do exercício profissional;
- Integração dos programas de formação nos objetivos da instituição, assumindo-se que a formação é um processo de mudança institucional, não se podendo distanciar da instituição em que está inserida (Nóvoa, 1988);
- Incentivos, em termos de progressão na carreira, e recompensas profissionais (Cross, 2001);
- Desenho da formação baseado no conhecimento disponível e atual, acerca da aprendizagem e sobre os processos de mudança (Sparks & Loucks-Horsley, 1989);
- Possibilidades de se aprofundarem os fundamentos do ensino, a partir de quadros de referência sólidos e ultrapassando-se uma prática com base na imitação e no empirismo.

Outras propostas são ainda formuladas. Por exemplo, a formação centrada na resolução de problemas (PBL) (Darling Hamond *et al.*, 2009; Longo, 2007; Knight *et al.*, 2006; Pinto, 2002, 1993; entre outros), assente na implementação de inovação (Bransford *et al.*, 2005; Hammerness *et al.*, 2005; Zabalza, 2004; Gómez, 1999, entre outros), combinando uma multiplicidade de estratégias e de metodologias (portfólios, narrativas, observação direta, incidentes críticos, *mentoring*, *coaching*, supervisão de pares, etc.) (Sá-Chaves, 2005, 2000; Alarcão, 2001), parece constituir uma excelente ferramenta de desenvolvimento profissional.

Ainda de acordo com Pinto (2008), o conjunto das atividades proporcionadas|procuradas ao longo do percurso profissional, são obrigatoriamente referenciadas às exigências do trabalho a realizar, sejam elas na academia ou nos contextos da prática onde a “profissão acontece” e, ainda, à “trajetória social, profissional e cultural” do professor a formar(-se) bem como “às *significações e expectativas investidas na formação para modificar, inflectir ou consolidar esta trajetória*” (Dubar, 1990:94). Neste sentido, perspetiva-se a teoria tripolar de Pineau (2000): a *heteroformação*, em que o indivíduo recebe conhecimentos e experiências do meio envolvente; a *ecoformação*, onde se familiariza com um determinado ambiente que tem subjacente às dimensões profissional, social e relacional e, a *autoformação* que remete para a aprendizagem, através da conceptualização e da prática em que desenvolve múltiplas capacidades, através da sua experiência diversificada e individualizada.

Em síntese, a conceção de formação de professores de Enfermagem que aqui defendemos, aponta para o desenvolvimento de competências que se expressam no agir profissional e que, por isso, configura uma marca na estrutura dos planos curriculares e uma forma de entendimento da docência distinta do que a restringe aos modelos de trabalho pedagógico de tipo transmissivo (Lesne, 1994) ou centrados nas aquisições (Ferry, 1987). Tal entendimento da docência em Enfermagem exige, por um lado, “(...) *um conhecimento pedagógico-didático que leve, quem ensina, a potenciar em quem tem a tarefa de aprender, à mobilização de processos de um forte envolvimento na construção e na regulação da aprendizagem*” (Leite e Ramos, 2012:14), ou seja, exige reconhecer que a ação docente é “*saber fazer aprender alguma coisa a alguém*” como afirma Roldão (2007:17); por outro lado, exige também que os professores de Enfermagem “(...) *não se centrem exclusivamente nos conteúdos da sua disciplina, mas*

que assegurem a interdisciplinaridade, reforcem a necessidade de formação ao longo da vida e tenham uma postura investigativa sobre a prática profissional” (Mestrinho, 2011:148). Aprende-se a ser bom professor, não se nasce bom professor. Por isso, a questão da formação pedagógica dos professores de Enfermagem apresenta-se como relevante e fundamental.

Diante de tais considerações, parece-nos fazer sentido que a UNESCO (1998), ao reconhecer a necessidade de focar o processo de ensino-aprendizagem no estudante, apele para a necessária atenção às questões pedagógico-didáticas no ensino superior e para que os docentes se apropriem de um conhecimento que lhes possibilite dar conta do seu exercício profissional, “(...) no sentido de que é tempo de desaprender para poder reconstruir, aspetos que, de certo modo, atravessam também os discursos que acompanham o Processo de Bolonha” (Leite e Ramos, 2012:13).

4.2 A necessidade de transformação nas concepções e práticas docentes em Enfermagem: a imprescindibilidade da investigação

As mudanças que ocorreram no ensino superior nas últimas décadas, nomeadamente, as decorrentes da implementação do processo de Bolonha, têm vindo a exercer uma forte pressão sobre as instituições educativas no que respeita à produção de investigação pelos respetivos docentes. Sob esta moldura, também as mudanças ocorridas no ensino em Enfermagem, das quais já tivemos oportunidade de dar conta anteriormente, vêm exigir alterações nas concepções e práticas docentes, nomeadamente, no que tange à produção e divulgação de conhecimento quer ao nível da disciplina de Enfermagem quer do seu ensino.

Tradicionalmente, o professor de Enfermagem era visto como um “artesão” que, guiado pela experiência, pelo bom senso ou pela intuição, adquiria, no próprio terreno, esquemas de ação contextualizados, ou então, como um “técnico instruído” (Paquay, 2001), cuja ação se limitava à transmissão/reprodução de um saber disciplinar produzido externamente por terceiros (ligados ao meio académico). Atualmente, tal imagem parece estar paulatinamente a modificar-se. Com efeito, de acordo com algumas pesquisas, subjacente à transição dos professores-enfermeiros para o grupo de referência dos professores do ensino superior e à reorientação a uma nova cultura profissional, parece estar a ocorrer um processo de reconfiguração identitária manifesto num profissionalismo adaptativo (Lopes *et al.*, 2013; Figueiredo, 2013; Mestrinho, 2011;

Pedro, 2011), marcado não só pela socialização docente nos contextos formativos e clínicos mas, também, pela imprescindibilidade de investigação das suas próprias práticas, considerados o “novo” paradigma de ensino-aprendizagem e a necessidade de desenvolvimento profissional docente.

Desde a criação da EEAE e, particularmente, a partir da década de 90, a investigação na área da Enfermagem começou progressivamente a ocupar um lugar de relevo, constatando-se o incremento de uma importante massa crítica que tem procurado desenvolver suportes (inicialmente nas escolas e, mais recentemente, nas unidades de investigação e desenvolvimento (UI&DE), entretanto criadas) com vista ao desenvolvimento, continuidade, visibilidade e utilização dos resultados da investigação efetuada essencialmente nas áreas da prestação de cuidados, da formação e da gestão (Amendoeira, 2006). Embora se verifique uma clara predominância de pesquisas no campo da prática de cuidados (Basto, 2012), simultaneamente, têm sido desenvolvidos diversos trabalhos no âmbito da formação em Enfermagem, que mostram alguns domínios da docência ou problemáticas com ela relacionadas, mas também acerca dos estudantes, dos contextos formativos e respetivos atores, do meio envolvente, das parcerias, dos recursos e das limitações intrínsecas ao funcionamento das escolas e das organizações de saúde (Mestrinho, 2011). Nesses trabalhos, as narrativas evidenciam uma clara aproximação ao paradigma socioconstrutivista que preconiza a formação como resultado de uma produção cultural, ocorrida nos contextos formativos por via da interação dialogante e questionadora entre professor-estudante e demais atores, desviando-se do tradicional paradigma transmissivo, centrado na aquisição de conhecimentos onde o docente era o principal ator (Lopes *et al.*, 2013).

Apesar da literatura enfatizar a ideia de que a formação em Enfermagem e respetiva docência estão a passar por um importante processo de transformação (universitarização|academização), no qual a investigação parece ganhar especial relevância, alguns trabalhos não deixam contudo de enfatizar que a investigação é ainda parca; que grande parte da investigação realizada e em desenvolvimento coincide (maioritariamente) com a finalidade da formação dos professores face às exigências de carreira (Lopes *et al.*, 2013; Gonçalves, 2012; Basto, 2012; Chaves e Pinheiro, 2007; Amendoeira, 2006; Marques, 2005) ou, ainda, que alguns professores não interiorizaram a lógica construtivista da formação, oscilando a sua ação pedagógica entre “(...) *modos de trabalho transmissivos e de reprodução de conteúdos*”

(Mestrinho, 2011:293) e modalidades de formação, “(...) *que apelam à construção do conhecimento, (...) onde a reflexão, a flexibilidade do pensamento do professor e, conseqüentemente a estimulação do raciocínio crítico do estudante*” (Idem:294), parecem ser já uma realidade quotidiana.

Um desses trabalhos foi desenvolvido por Marques (2005), no qual a autora procurou identificar e caracterizar as mudanças que a integração do ensino de Enfermagem no ensino superior desencadeou nas práticas pedagógicas dos docentes de Enfermagem. Os resultados mostraram um discurso docente dicotômico, polarizado em torno de duas principais ideias: o papel do estudante e a concepção de Enfermagem subjacente à formação. Enquanto uma facção docente defendia a inovação, segundo a qual o estudante era visto como ator da sua própria formação e uma concepção de Enfermagem centrada na pessoa; a outra facção defendia a continuidade no papel passivo do estudante e uma concepção de Enfermagem centrada na doença. Tais resultados parecem confirmar o referido anteriormente, sugerindo que a academização do ensino de Enfermagem, resultante da integração no ensino superior, tem ainda algum caminho a percorrer e que a mudança se encontra mais ao nível das intenções do que das práticas pedagógicas efetivas realizadas pelos docentes.

Outro trabalho de referência neste âmbito, foi desenvolvido por Chaves e Pinheiro (2007). Trata-se de um estudo que, baseado no questionário de opinião e vivências pedagógicas dos docentes do ensino superior (QOVPDES) (operacionalização do código pedagógico proposto por Zabalza (2003)), teve como finalidade a análise crítica das vivências didático-pedagógicas valorizadas como importantes e presentes na prática pedagógica dos docentes de duas escolas de Enfermagem, em função daquelas que são perspectivadas como estruturantes e decisivas no EEES. Os resultados evidenciam que as dimensões mais valorizadas pelos docentes, independentemente de presentes ou ausentes nas suas práticas de ensino-aprendizagem, dizem respeito ao apoio aos estudantes; coordenação com os colegas; avaliação e novas tecnologias. Os aspetos didático-pedagógicos considerados ausentes, porém importantes, relacionam-se com a interação docente-docente ou docente-estudante.

De acordo com os autores do estudo, as dimensões mais valorizadas pelos docentes integram os grandes desafios que, em muito contrariam as vivências seculares do docente do ensino superior e as competências tradicionais, centradas em si e no que ensina (e não no estudante e no que ele aprende) e no seu trabalho insulado (e não de

colaboração com os demais colegas). Perante as dimensões referidas como mais importantes, ausentes ou presentes, parece ser possível constatar que se está perante um conjunto de professores preparados para os novos desafios pedagógicos, e que ao que tudo indica, valorizam uma pedagogia inovadora e adequada aos parâmetros indicados pelos princípios reguladores e operacionais do processo de Bolonha.

Os estudos antes apresentados evidenciam claramente a “(...) *necessidade de desenvolvimento de ambientes de investigação e de uma reanálise de posições epistemológicas, como parte integrante do trabalho docente, tendo em vista a consecução de objetivos profissionais preconizados pelos novos paradigmas de formação e de investigação*” (Mestrinho, 2011:139). Sob este prisma, os contextos pedagógicos, sejam eles os académicos ou os de prestação de cuidados, não podem ser tomados apenas como lugares de aplicação de saberes produzidos externamente por outros, mas, sobretudo, enquanto espaços de produção, de transformação e de mobilização de saberes específicos à profissão docente (Magalhães, 2004). Trata-se de recolocar o trabalho dos professores de Enfermagem e as suas práticas pedagógicas no centro da investigação, e reconhecer, como refere Tardif (2002), que “(...) *os professores são actores competentes, sujeitos do conhecimento e detêm saberes específicos ao seu trabalho, o que permite investigar, quer sobre a escola, quer sobre o ensino*”(p.229). Acresce ainda reforçar, que toda a investigação sobre o ensino de Enfermagem deve abranger o ponto de vista dos seus profissionais, a subjetividade da sua intervenção, bem como os conhecimentos e os saber-fazeres por eles mobilizados, mas que não seja “(...) *apenas sobre o ensino e sobre os professores, mas para o ensino e com os professores*”(idem:238), no sentido de superar a tradicional dicotomia entre quem produz conhecimento e quem atua no ensino como docente. Bourdoncle e Lessard (2002) corroboram esta ideia, sublinhando que, “(...) *só o investigador pode realmente ensinar e que qualquer outra pessoa só poderá transmitir um pensamento inerte, mesmo se ele for pedagogicamente bem organizado. Neste modelo, o melhor professor é, portanto, por definição o melhor investigador*” (p.139). Para Alarcão (2001), investigar a prática docente é, naturalmente, uma “(...) *atitude de estar na profissão como intelectual que criticamente questiona e se questiona na tentativa de resolver problemas relacionados com a sua prática*”(p.6).

No cumprimento do seu desígnio fundamental, também a OE tem vindo a reafirmar a importância de fomentar o desenvolvimento da investigação em Enfermagem quer

enquanto profissão quer enquanto disciplina (Decreto-Lei nº 111/2009, de 16 de setembro, alínea m) do artigo 3º), cabendo à Comissão de Formação a responsabilidade de propor áreas prioritárias para o desenvolvimento de investigação científica nessa área. Assim, partindo da definição de investigação em Enfermagem proposta pelo ICN em 1999 e tendo por base os contributos dos órgãos sociais das UI&DE`S em Enfermagem; as estratégias e orientações do Plano Nacional de Saúde e, ainda, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), a referida comissão, estabeleceu como prioritários quatro eixos de investigação: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação|liderança e formação em Enfermagem no desenvolvimento de competências (OE, 2006).

Face aos constrangimentos económicos e à nova política para a investigação e desenvolvimento em Portugal, Amendoeira (2009), é de opinião que uma das chaves para a afirmação da investigação em Enfermagem será certamente a “constituição de redes” – “(...) *instituições em rede, unidades de investigação em rede e grupos de investigadores em rede para o desenvolvimento dos projetos*”(p.6). Porém o autor, chama a atenção para a necessidade de uma reflexão atenta sobre aspetos tais como: a contextualização do ensino de Enfermagem no ensino superior politécnico poder ser uma condicionante ao desenvolvimento da investigação; o ainda não reconhecimento por parte da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) do domínio científico em Enfermagem e, ainda, a mudança de paradigma quer no que toca às práticas clínicas quer às práticas de ensino, não ter sido completamente assumido por enfermeiros e docentes. No âmbito da docência em Enfermagem, torna-se assim fundamental que os professores se desenvolvam profissionalmente através da realização de “(...) *projetos institucionais e inter-institucionais de investigação em equipas multiprofissionais e de investigação-ação, cuja preparação pedagógica deve ser consolidada na formação avançada, (...) tornando a investigação uma necessidade e uma competência docente*” (Mestrinho, 2011:143-144).

A investigação em Enfermagem tem sido desenvolvida em torno de duas grandes abordagens: a quantitativa e a qualitativa. A investigação quantitativa é, sem dúvida, a que tem maior peso histórico. No entanto, consideradas a forte ligação da Enfermagem às ciências humanas e a mudança de paradigma (transição de um modelo centrado na doença para um modelo centrado nas pessoas como responsáveis pelos seus processos

de saúde), a investigação qualitativa tem vindo gradualmente a ganhar peso quer no âmbito da prestação de cuidados quer da educação e, por isso, tem-se vindo a assistir, a um interesse crescente pelas metodologias filiadas no paradigma qualitativo. “*É como se se tivesse redescoberto a necessidade, ou mesmo a urgência, de pôr em questão o modelo científico clássico que visa a quantificação dos fenómenos sociais*” (Roxo, 2004:199) que, em inúmeras situações, nomeadamente, quando o objeto de estudo se relaciona com fenómenos do humano, torna-se excessivamente redutor (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1994).

Concretamente, no âmbito estrito do nosso estudo e face à parca produção de estudos na área da docência em Enfermagem, independentemente do tipo de abordagem, pensamos que seria importante desenvolver estudos na área da formação de professores que, designadamente, dessem resposta a questões tais como: qual o conhecimento de base para o ensino em Enfermagem? de que conhecimento necessitam os professores de Enfermagem? como se adquire|constrói esse conhecimento? qual o papel desse conhecimento no processo de profissionalização e na configuração da profissionalidade do docente em Enfermagem? como desenhar programas de formação de professores em Enfermagem de modo a poder-lhes proporcionar esse conhecimento base?, pois, tal como Gonçalves (2012), entendemos que “*(...) não basta compreender o docente em Enfermagem como um especialista da disciplina a ensinar, importa igualmente compreendê-lo enquanto profissional de ensino*”(p.105).

CAPITULO II – A PRÁTICA EM CONTEXTO DE TRABALHO

1. APROXIMAÇÃO À NOÇÃO DE PRÁTICA EM CONTEXTO DE TRABALHO

“Tenho a impressão de que a palavra prática ou, melhor ainda, o binómio prática/sentido, permite pensar a educação de outro ponto de vista, de outra maneira. Nem melhor, nem pior, de outra maneira. Talvez chamando a atenção sobre aspetos que outras palavras não permitem pensar, não permitem dizer, não permitem ver. Talvez configurando outras gramáticas e outros esquemas de pensamento. Talvez produzindo outros efeitos de verdade e outros efeitos de sentido”.

Jorge Larrosa (2002:25)

As designações *prática profissional, prática clínica, estágio, ensino clínico* são algumas das expressões comumente utilizadas na formação em Enfermagem, muitas vezes como sinónimas, para designar a componente prática do currículo das formações inicial e pós-graduada que é realizada de forma supervisionada nos contextos de trabalho, com vista à reflexão sobre as situações concretas de prestação de cuidados e o desenvolvimento de competências profissionais (Serra, 2011, 2006; D`Espiney, 1999).

A prática – ou *practicum* – na aceção lata que utilizamos na nossa investigação, corresponde ao espaço-tempo em que o estudante “sai” da respetiva instituição de ensino e tem a oportunidade de realizar aprendizagens supervisionadas pelo contacto com o mundo real da prática profissional (Cohen, Hoz e Kaplan, 2013; Zabalza, 2011; Zeichner, 1993). Zabalza (2003) define *practicum*, aplicado a um contexto amplo de formação, do seguinte modo:

“(...) o período de formação porque passam os estudantes em contextos laborais próprios da profissão: em fábricas, empresas, serviços, etc.; constitui portanto um período de formação (...) que os estudantes passam fora da universidade trabalhando com profissionais do seu sector em cenários de trabalho reais”(p.45).

Perspetiva-se assim a prática|*practicum* como um espaço-tempo que proporciona a possibilidade de o estudante experimentar de modo supervisionado e em contexto real, o que mais tarde será o seu quotidiano profissional. Daí a sua importância pois permite integrar *“(...) conhecimentos e actuações, mostrar competências e habilidades necessárias, possibilitando uma ampla perspectiva do campo profissional, (...), atividades, todas elas, que não é possível realizar nas aulas”* (Ruíz, 2006:92).

No caso específico da formação inicial em Enfermagem a prática|*practicum* pode ser entendida como “(...) a formação em cuidados de Enfermagem, pela qual o estudante de Enfermagem, integrado numa equipa, e em contacto directo com o indivíduo são ou doente e/ou comunidade, aprende a planear, prestar e avaliar os cuidados globais de Enfermagem exigidos, com base nos conhecimentos e aptidões adquiridos” (Carvalho, 2004:104).

Partindo das perspetivas anteriores, a prática|*practicum* constitui uma realidade complexa que pode ser influenciada por múltiplas variáveis intrínsecas a três agentes fundamentais: o estudante, a escola superior de Enfermagem|saúde e os contextos de trabalho|organização de saúde, que de forma esquemática apresentamos na Figura 5:

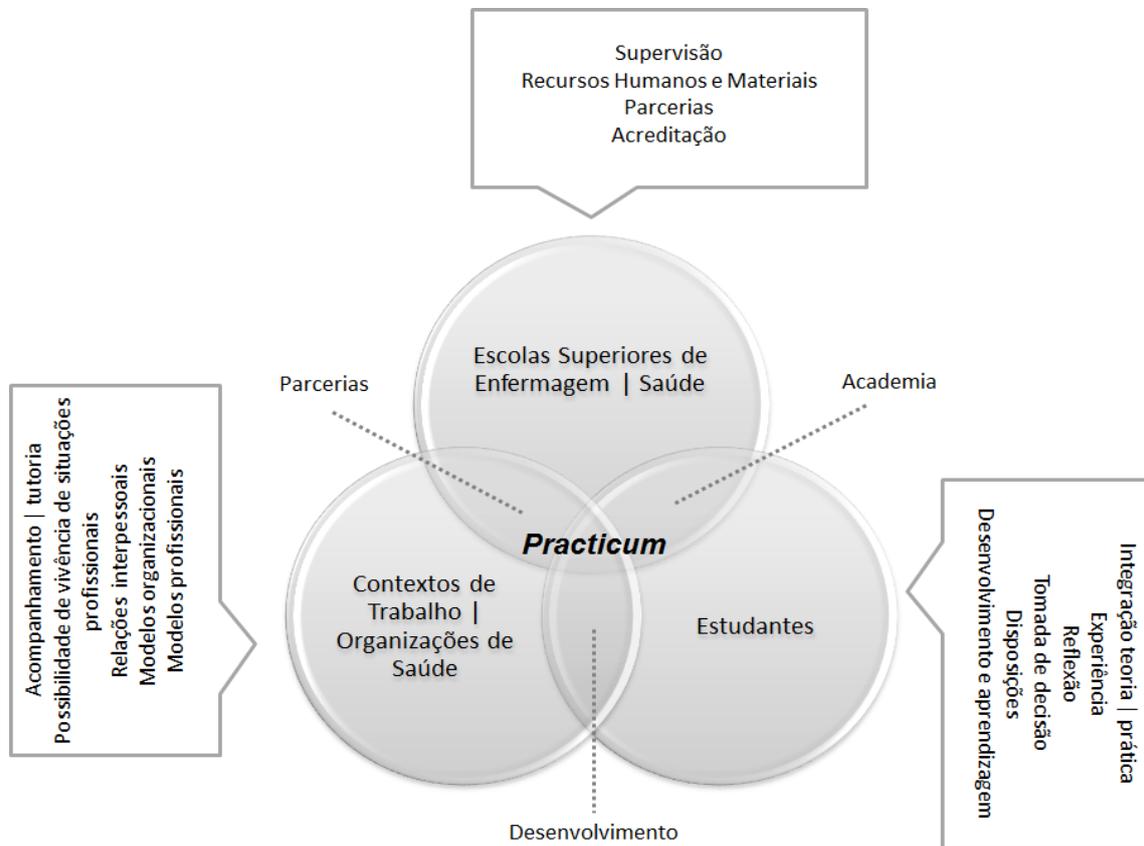


Figura 5 - Agentes de *practicum* (Adaptado de Zabalza, 2011).

Sob esta moldura, cada um dos agentes implicados joga funções relevantes para que a experiência clínica do estudante se torne efetiva. Em relação às Escolas Superiores de Enfermagem|Saúde, é desejável que haja uma supervisão adequada. Para tal, é necessário que se disponha dos recursos humanos e materiais adequados; que sejam estabelecidas parcerias efetivas com as organizações de Saúde|Contextos Clínicos e, no âmbito dessas parcerias, que a preparação dos ensinamentos clínicos seja uma atividade

conjunta e em co-responsabilidade para que o processo formativo se desenvolva adequadamente e que a experiência permita aceder a uma acreditação reconhecida (Abreu, 2007). No que respeita aos *estudantes*, importa tomar em consideração que exista uma boa planificação da experiência de aprendizagem que vão vivenciar. Nesta perspetiva, torna-se importante que as atividades a desenvolver sejam significativas e que a experiência no seu conjunto, coloque a tónica na aprendizagem autónoma do estudante, devendo esta ser uma característica básica da sua formação. Relativamente às *organizações*, cabe às mesmas garantir que o ambiente de aprendizagem seja enriquecedor, sendo pressuposta uma inserção acompanhada (tutorada|supervisionada) e progressiva no “mundo real da profissão”, vinculada a projetos reais e inovadores que favoreçam a possibilidade de viver situações profissionais; estabelecer relações interpessoais positivas e contactar com diferentes modelos organizacionais e profissionais. Ainda que esta visão seja simplista, podendo eventualmente ser melhorada, ela é útil na medida em que situa o *practicum* enquanto espaço interinstitucional partilhado e marco curricular, relevando as suas dimensões integradora e formativa, enquanto características distintivas da sua importância e qualidade (Zabalza, 2011).

No âmbito da formação inicial em Enfermagem, a prática ou *practicum*, perspetiva-se como uma componente formal que permite aos estudantes, sob supervisão, lidar com respostas humanas, em situações de saúde e doença. Assim, o estudante sob a pressão da responsabilidade, aprende a gerir emoções, constroi a sua identidade, desenvolve o espírito crítico-reflexivo e o pensamento ético e aprende a usar as tecnologias, envolvendo-se como um todo, no sentido de transformar as experiências em aprendizagens significativas, adquirindo graus progressivos de autonomia (Abreu, 2007, 2001).

Apesar da literatura acerca da formação inicial em Enfermagem enfatizar a necessidade de existir uma maior orientação para a prática|*practicum* e a própria formação se enquadrar nesta orientação, alguns dilemas são identificados por Abreu (2001). Um primeiro dilema, reside na referência à prática como se de ação se tratasse, pelo que convém, desde logo, proceder a uma distinção entre ambos os conceitos. A ação é o conjunto de comportamentos observáveis que emergem da prática; pode assumir diferentes formas e desenvolver-se por estádios (Jarvis, 1992 citado por Abreu, 2001). Pelo contrário, a prática ou *practicum* envolve um conjunto de situações das quais a ação é apenas uma delas; designa não somente a ação repetida mas também a ação

regulada e a ação refletida. É no decurso da ação (que não é um processo isolado, pois transcende para o coletivo) que se articulam realmente todos os atores (profissionais de saúde, utentes|famílias, estudantes, professores), com os seus distintos objetivos e motivações; os meios para os atingir; os resultados das suas opções e dos seus percursos e, não menos importante, a imprevisibilidade circunstancial associada ao contexto (Abreu, 2001). Nesta perspectiva, a prática resulta de um sistema complexo de interações, ocorridas num dado meio – *contexto de significação e ação* – (Bourdieu, 1984), que por sua vez enquadra a ação e a contextualiza com um conjunto de símbolos, através dos quais lhe confere uma significação.

A prática ou *practicum* implica assim a ocorrência de uma experiência, na medida em que é um campo de interações, de conflitos, de juízos de valor e de transformações pessoais e coletivas, na medida em que permite a reorganização dos contextos, com toda a sua história, tradições, simbolismos e regras. Sob esta perspectiva, as práticas não são separáveis de quem as produz como não são dos contextos reais onde são produzidas (Zabalza, 2011) e permitem ultrapassar o conjunto de saberes estabelecidos, apelando à produção de novos saberes a partir da interpelação dos preexistentes.

Um segundo dilema, referido por Abreu (2001) tem a ver com “(...) *certas zonas indeterminadas da prática que se afastam das categorias da racionalidade técnica*” (Schön, 1996:202) em termos de lógica de rigor e precisão. Porém, como sublinha Schön,

“(...) no mundo concreto da prática, os problemas não surgem de forma completamente determinada... Devem ser construídos a partir dos materiais oriundos de situações problemáticas, que surgem como intrigantes, embaraçosas e incertas... Pode-se assim compreender facilmente não só porque a incerteza, a singularidade, a instabilidade e o conflito de valores são fenómenos tão perturbadores na epistemologia positivista da prática, mas também porque os práticos próximos desta epistemologia se sentem presos por um dilema” (p. 205).

A prática enquanto processo finalizado, implica uma leitura dos contextos de trabalho e da situação a resolver, implica também uma articulação de uma multiplicidade de saberes para desenvolver uma ação que procura o seu sentido numa “(...) *comunidade de língua ou de valor*” (Hameline, 1991 citado por Rebelo, 1996), o que significa que pode ser descrita, compreendida e aceite, mesmo que não obedeça às lógicas da racionalidade (Rebelo, 1996). Por esta ordem de razões os saberes mobilizáveis não podem reduzir-se aos saberes científicos ou teóricos do âmbito disciplinar, mas também

àqueles que se fundam na “lógica específica da execução” (Bourdieu, 1984) ou da “ação sensata” (Hameline, 1991 citado por Rebelo, 1996).

Um terceiro dilema identificado por Abreu (2001), é a não correspondência entre a importância discursiva conferida à prática e a ausência de espelhamento disso nos planos de formação em Enfermagem, aspeto corroborado por alguma pesquisa nacional (Fernandes, 1995; Costa, 1998; Abreu, 2001) e estrangeira (Benner, 2010). Porém como sublinha Schön (1996), existe um saber oculto no agir profissional que só a prática|*practicum* permite desocultar e formalizar, transformando-se esses espaços em “salas de aula clínicas”, num contexto social mediado por utentes, professores, enfermeiros e estudantes (Abreu, 2003; Alarcão & Rua, 2005; Simões e Garrido, 2007; Rua, 2009).

Em síntese, quando falamos de prática|*practicum*, situamo-nos numa perspetiva da existência no currículo da formação inicial de enfermeiros de uma componente que ocupa parte substancial dos planos de estudos (entre 50 a 55%), e visa a apropriação e mobilização de conhecimentos prévios, cuja finalidade é desenvolver no estudante as aptidões e atitudes necessárias a um exercício profissional futuro competente. Sob esta ótica, a prática|*practicum* não resulta das boas vontades dos seus agentes, mas decorre da interseção de vários contextos, como esquematiza a Figura 5, e se é uma interseção sincrónica, não deixa de ser atravessada pela diacronia de cada um e das suas articulações possibilitando diversas “gramáticas” e múltiplos “esquemas de pensamento” como sugere Larrosa (2002).

2. A PRÁTICA|*PRACTICUM* NA FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM

O reconhecimento do efeito formativo do trabalho não é uma ideia nova (Canário, 2007; Rodrigues, 2007), sendo lugar-comum, o pensamento de que é a fazer que se aprende. Há muito que se fala de formação informal (Méhaut, 1994; Rolfe, 1996; Barbier *et al.*, 1996), de formação experiencial (Kolb, 1984; Courtois & Pineau, 1991; Caria 2005), de socialização profissional (Dubar *et al.*, 1997; Caria, 2005), relevando as potencialidades heurísticas do trabalho. Porém, apesar dos múltiplos exemplos da existência de uma componente prática em distintas áreas de formação profissional, se procurarmos saber o que legitima essa componente, na maior parte das situações, encontramos um discurso mais centrado sobre crenças do que em evidências devidamente sustentadas (Rodrigues, 2007).

A problemática da relação entre a educação e o trabalho representa, atualmente, uma questão central na educação de adultos em geral e, em particular, no âmbito das formações superiores profissionalizantes, fator que tem vindo a suscitar um crescente número de estudos (Cohen, Hoz e Kaplan, 2013; Rivas e Zabalza, 2011; Zabalza, 2011, 2003; Bourdoncle, 2007, 2002; Barbier *et al.*, 1996; Barbier, 1991). Apesar de podermos registar diferenças nas abordagens e nos objetivos dessas pesquisas, de uma maneira geral, os trabalhos desenvolvidos partem do pressuposto que o exercício do trabalho é produtor de competências (Barbier, 1991). Com efeito, contrariamente ao que acontece nos contextos escolares, nos quais são promovidas competências monodisciplinares, aquelas que se desenvolvem nos locais de trabalho apresentam-se como complexas, interdisciplinares e ordenadas em torno de um campo de práticas. Sob esta moldura, as novas modalidades de formação visam, não apenas a aquisição de saber por via da sua aplicação, mas também a produção de novos saberes (Durand & Fabre, 2007; Bourgeois e Chapelle, 2006; Pastré e Rabardel, 2005; Samurçay, 2004; Barbier *et al.*, 1996), pelo que, os dispositivos de formação

“(...) parecem valorizar os saber-fazer experienciais, que formalizam, bem como as dificuldades reais da prática, a que atribuem um valor heurístico e motivador para a procura de soluções no quadro do conjunto dos saberes possuídos ou que se vislumbra possível vir a possuir, sejam formal ou informalmente adquiridos, sejam os teóricos ou os da prática, os da escola e os da vida” (Rodrigues, 2006:41).

Barbier *et al.* (1996), partindo da análise de dispositivos inovadores de formação, diferenciam três lógicas distintas no uso das situações de trabalho na formação. Um primeiro dispositivo, começa por realizar a descrição o mais exaustiva possível das

práticas, recorrendo a modalidades diversas de observação (relatos de um dia de trabalho, incidentes críticos, etc.), seguindo-se uma etapa de análise e categorização no intuito da identificação de funções. Sob esta ótica, a análise do trabalho induz a construção de referenciais de atividades e de competências prévias ao desenrolar das atividades de formação. Num segundo tipo de dispositivo, a formação decorre de forma sincrónica com a própria situação de trabalho. Neste caso, a análise do trabalho tem como objetivo melhorar o desempenho profissional, não sendo a formação o seu interesse primordial. Porém o questionamento que se produz no processo de análise sobre o que está a ser feito, o que deveria ser feito e como poderá ser feito tem resultados formativos. Por último, o terceiro tipo de dispositivo, concebe a formação através do trabalho. Trata-se do dispositivo mais próximo do tradicional estágio, sendo que as duas modalidades mais importantes são o “tutorado” e a “imersão”, cujo objetivo principal é provocar nos indivíduos a tomada de consciência das suas necessidades de formação. O acompanhamento|supervisão por um tutor|supervisor visa, neste âmbito, facilitar a socialização profissional e o apoio na aquisição das aptidões e atitudes profissionais e, ainda, potenciar os efeitos formativos do exercício profissional.

Na área educativa, é vasta a literatura que sustenta a importância da prática|*practicum* durante a formação inicial para a preparação profissional (Cohen, Hoz e Kaplan, 2013. Zabalza, 2011; Zeichner, 1993). Salientam-se, a título de exemplo, os trabalhos desenvolvidos por Zeichner nas décadas de 80 e 90 e os *simpósiums* internacionais bianuais que se vêm realizando em Poio-Espanha desde 1987, dos quais têm resultado inúmeros artigos que, apesar de identificarem alguns constrangimentos intrínsecos ao desenvolvimento do *practicum*, legitimam a sua pertinência no seio dos currículos de formação inicial. Sob este prisma, Rivas e Zabalza (2011), argumentam que esta componente formativa permite ao estudante realizar distintas aprendizagens, nomeadamente: sobre si mesmo; vinculadas às disciplinas académicas; referentes à profissão e aos profissionais; acerca dos usuários ou clientes da organização; sobre o próprio trabalho e, ainda, acerca da organização e das suas dinâmicas de funcionamento. Por sua vez, Cohen, Hoz e Kaplan (2013), numa revisão sistemática de literatura, corroboram o referido anteriormente e reiteraram que a utilidade do *practicum* transcende em muito o desenvolvimento profissional dos diversos agentes formativos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. De acordo com os autores, o *practicum*, quando devidamente analisado, pode constituir uma ferramenta valiosa para os decisores políticos, na medida em que pode fornecer informação muito pertinente e

útil para criação de programas de *practicum* que não estejam impregnados dos constrangimentos comumente apontados pela literatura: conflitos e lacunas entre objetivos definidos e a ação concreta desenvolvida no terreno, entre a triade (estudante, professor, orientador); e num sentido mais lato, entre as instituições envolvidas – academia e organizações de saúde.

Em termos nacionais, partindo dos trabalhos desenvolvidos por Silva (2013), Caires (2003, 2001) e Caires e Almeida (2000) no âmbito da componente prática|*practicum* na área da educação no ensino superior, sistematizamos um conjunto de fundamentos que legitimam o papel-chave, estruturador, formativo e integrador dessa componente. Assim, e de acordo com as autoras, a prática em contexto de trabalho permite, designadamente: desenvolver saberes e competências profissionais; aplicar conhecimentos; desenvolver a auto-estima; conhecer-se a si próprio e tomar consciência das mudanças; conhecer e compreender o que é a profissão; fazer a ligação teoria-prática; promover o desenvolvimento de práticas reflexivas; estruturar a identidade profissional; preparar a transição para o mundo profissional e diminuir o choque da realidade; tomar consciência dos saberes específicos necessários à profissão e das suas necessidades de formação; conhecer a realidade em que vai intervir; observar práticas; experimentar a profissão|pôr as “mãos na massa”; desenvolver o raciocínio prático e a capacidade de resolução de problemas; aproximar o estudante aos profissionais com quem vai trabalhar; aumentar as oportunidades de obtenção de emprego e, ainda, confirmar a escolha profissional.

Tratando-se de uma formação de cariz profissionalizante, a formação inicial em Enfermagem, à semelhança da educação, também não pode dispensar uma componente prática|*practicum*, na medida em que a aquisição de conhecimento declarativo e processual, de valores e atitudes orientadores da ação profissional, adquiridos por via simbólica e em exterioridade em relação à prática profissional, não garante a competência profissional da sua aplicação (Rodrigues, 2007), ou como prefere dizer Malglaive (1995), não garante o seu investimento com sucesso ao real.

A prática|*practicum*, enquanto dispositivo de formação em Enfermagem é unânimemente aceite pelos mais diversos autores, entidades empregadoras e estudantes, como a mais importante e poderosa componente dos programas de formação inicial de enfermeiros, designadamente, no que respeita à aquisição e desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, interpessoais e crítico-reflexivas, facilitadoras

da entrada no mundo profissional (Abreu, 2007; 2001). Apesar de não terem como principal foco de abordagem a prática|*practicum* e suas determinantes, são vários os trabalhos desenvolvidos no quadro da supervisão pedagógica em ensino clínico que têm vindo a evidenciar a importância e o papel fundamental que esta componente tem na formação inicial em Enfermagem, nomeadamente: na construção identitária e socialização profissional do estudante (Serra, 2011; Abreu, 2001); na melhoria dos próprios processos supervisivos (Macedo, 2013, 2012; Araújo *et al.*, 2012; Novo, 2011; Silva *et al.*, 2011; Paiva, 2008; Serra, 2007; Abreu, 2007, 2003; Simões *et al.*, 2008; Dixe, 2007; Simões, 2004; Garrido, 2004; Fonseca, 2004; Franco 2000); na aquisição e desenvolvimento de competências pelos diferentes atores, sejam eles, professores, estudantes ou tutores|supervisores clínicos (Amaral, 2016; Merighi, 2014; Mestrinho, 2011, 2007, 2000; Pretty, *et al.*, 2010; Rua, 2009; Martins, 2009; Jesus, 2008; Serrano, 2008; Abreu, 2007; Fernandes, 2007; Serra, 2006; Longarito, 2002); no diagnóstico de necessidades de formação de professores e tutores|supervisores clínicos (Nascimento, 2007, 2004; Longo, 2005); no suavizar do “choque da realidade” e da dicotomia entre teoria e prática (Mestrinho, 2000, 1997.); na melhoria da qualidade dos cuidados e do próprio ensino clínico (Fernandes *et al.*, 2012; Almeida, 2006) ou, ainda, no estabelecimento|desenvolvimento de parcerias efetivas entre a academia e as organizações de saúde (Amaral e Deodato, 2016; Mendes *et al.*, 2012; Arco, 2012, 2011; Macedo, 2012, 2010; Macedo *et al.*, 2013; Borges, 2010; Abreu, 2007, 2003; Mestrinho, 2007, 2004, 2003; Silva e Silva, 2004; Carvalhal, 2003). Saliente-se que embora a importância da componente prática em contexto de trabalho seja evidenciada sob diferentes óticas, transversalmente a todos os trabalhos antes referidos, evidencia-se a unanimidade em torno da ideia de que esses momentos de imersão em contexto real se revestem de capital importância no processo de tornar-se enfermeiro (professor ou supervisor clínico, conforme a população em estudo).

Como vimos, assiste-se a uma proliferação de estudos que acentuam a importância da componente prática em contexto de trabalho e da necessidade de esta se afirmar enquanto *core* da formação em Enfermagem (Wong & Wong, 1987) e como espaço privilegiado, impar e insubstituível no seio dos currículos da formação inicial de enfermeiros (Abreu, 2003, 2001). Defendem distintos autores, que o *practicum* favorece a aproximação à realidade (Matos, 1997), por via da observação e mobilização refletida, integrada e contextualizada, de diferentes saberes (seleccionados em função da sua pertinência) (Araújo *et al.*, 2012; Novo, 2011; Rua, 2009; Abreu, 2007, 2001; Silva e

Silva, 2004). Sob este prisma, quer se fale de “análise das práticas”, “análise de práticas” (Perrenoud, 2004a, 2004b; Beillerot, 2003; Astier, 2003; Altet, 2002a, 2002b, 2001; Marcel *et al.*, 2002; Robo, 2002) ou “análise do trabalho” (Perrenoud, 2001), parece verificar-se um grande consenso em torno do pensamento de que a prática|*practicum* contribui de forma inequívoca para a tomada de consciência pelo estudante “(...) *dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho*” (Matos, 1997:9) e, ainda, para que este faça a “*caminhada no sentido da construção da sua identidade profissional*” (de observador a colaborador, de colaborador a executante) (Serra, 2011:67).

Uma parte significativa da formação profissional parece assim realizar-se, de forma não explícita pela ação socializadora dos contextos e das situações de trabalho (Abreu, 2007), resultado de um conjunto complexo de micro-interações: com o próprio (interação intrapessoal); com os outros (interação interpessoal) e, ainda, com os saberes na sua relação de interatividade (interação interdisciplinar) (Alarcão e Rua, 2005). Sob esta perspetiva, as tradições, os valores, as normas, os princípios organizativos, as relações hierárquicas, as relações entre pares e interdisciplinares, a comunicação dentro de cada serviço e entre diferentes serviços, a importância atribuída ao trabalho e à produção, a chamada cultura organizacional, congrega um conjunto de condições que tornam os contextos de trabalho em geral, e os da saúde em particular, em poderosos sistemas formativos, produtores de qualificação e saber bem como de socialização e de produção de identidades profissionais, como bem sintetiza a seguinte asserção:

“Em contraste com a sala de aula, a aprendizagem clínica ocorre num contexto social muito complexo onde se cruzam as lógicas dos utentes, dos formadores, dos enfermeiros e dos estudantes; em comparação com o trabalho da sala de aula, o trabalho em contexto clínico possui maior imprevisibilidade” (Abreu, 2003:20).

Reiteramos que o *practicum* é apontado como local único e singular que facilita “(...) *que os saberes formalizados se confrontem com a prática e que os saberes práticos se formalizem, num ciclo recursivo*“ (Costa, 1998:38).

Sob esta moldura e apoiados na sistematização apresentada por Alarcão e Rua (2005:373), relembremos o conjunto de dimensões que, na óptica daquelas autoras fundamentam e legitimam a pertinência desta componente formativa no seio da formação inicial em Enfermagem. Trata-se de uma dimensão *realista*, porque se concretiza em contexto real da atividade dos profissionais; *técnica*, porque orientada para o aprender a fazer fazendo e para o desenvolvimento de competências específicas,

só possível em ambiente real e ao mesmo tempo *reflexiva*, porque obriga ao pensamento sobre os “como”, os “porquê” e os “para quê”; *interativa*, porque realizada na interação dos profissionais e dos beneficiários da ação profissional para a qual se preparam; *analítica*, porque aberta à compreensão da complexidade das questões que envolvem a vida, a doença e a morte e simultaneamente *holística*, porque suscita competências ao nível do conhecimento, da relação e da ética; *interdisciplinar*, porque requer o cruzamento de muitos e variados saberes, de ordem científica, de ordem moral, de ordem experiencial, entre outros, mas *integradora* porque conduz à incorporação de saberes com diferentes origens e naturezas possibilitando a emergências de novas formas de pensar e agir; *projetiva* e *prospectiva*, porque orientada para a vida profissional futura; *metapraxeológica* e *metacognitiva*, porque estimula a uma reflexão abrangente quer sobre o que sabe, o que pratica ou vê praticar e as consequências daí resultantes, numa óptica do “conhece-te a ti mesmo”; *construtiva* e *transformadora*, “*porque convida a repensar, aprofundar, construir e reconstruir os saberes disciplinares e profissionais*” (Idem); *seletiva*, porque pretende seleccionar aqueles que se considera que podem aceder ao exercício profissional com base nos conhecimentos, competências e atitudes patenteadas.

Apesar das mais-valias referidas decorrentes do *practicum* na formação inicial em Enfermagem, há no entanto que salientar alguns aspetos menos positivos inerentes ao mesmo, apontados pela literatura. Assim, estudos há, que evidenciam a persistência da dificuldade de integração da teoria e prática, e insuficiência da formação teórica face às necessidades da prática clínica (muitas vezes referida como desfasamento entre a “Enfermagem ideal” e a “Enfermagem real”) (Abreu, 2007, 2003, 2001; Fernandes, 2007; Dixe, 2007; Carvalho, 2006; Silva e Silva, 2004; Mestrinho, 2003; Bento, 2001a; Franco, 2000). Outros, atestam que os currículos de *practicum*, parecem ser produzidos em completa exterioridade face aos contextos, partindo da mera

“(…) hipótese que a situação real é um bom território para aplicar os saberes teóricos, raramente dando relevância aos saberes na ação, no confronto com as situações concretas, que muitas vezes escapam à formalização com que foram descritas nos bancos da escola” (Rodrigues, 2007:83).

Outros, ainda, revelam que a generalidade dos agentes envolvidos no processo formativo (professores e enfermeiros dos contextos profissionais), estão pouco conscientes do seu lugar na prática em contexto de trabalho e, também, do lugar desta no seio dos currículos de formação inicial, traduzindo-se tais factos, numa supervisão

inadequada, insuficiente ou mesmo inexistente (Amaral, 2016; Mestrinho, 2011, 2007, 2000; Silva *et al.*, 2011; Cunha *et al.*, 2010; Rua, 2009; Martins, 2009; Jesus, 2008; Simões *et al.*, 2008; Abreu, 2007; Fernandes, 2007; Paulino, 2007; Rodrigues, 2007; Serra, 2007; Nascimento, 2007, 2004; Longo, 2005; Simões, 2004; Garrido, 2004; Fonseca, 2004; Franco 2000; Amendoeira, 1996; entre outros). Sobressai ainda, a excessiva focalização do *practicum* nas habilidades técnicas em detrimento de práticas reflexivas conducentes a uma compreensão mais ampla dos sistemas e das organizações (Pereira *et al.*, 2012; Rua, 2009; Martins, 2009; Serra, 2007; Fernandes, 2007; Longo, 2005), cujo resultado é uma crítica severa à qualidade das aprendizagens proporcionadas aos futuros enfermeiros durante a prática acompanhada como evidência, por exemplo, a literatura sobre o choque da realidade (Mestrinho, 2000; 1997).

Também a fraca sintonia entre academia e organizações de saúde|contextos de trabalho (Amaral e Deodato, 2016; Mendes *et al.*, 2012; Arco, 2012, 2011; Macedo, 2012, 2010; Macedo *et al.*, 2013; Borges, 2010; Abreu, 2007, 2003; Mestrinho, 2007, 2004, 2003; Silva e Silva, 2004; Longo, 2005; Carvalhal, 2003), é apontada como uma das variáveis condicionadoras da qualidade do *practicum*, pois, não raras vezes, mesmo quando há lugar a processos mais formalizados, estes parecem limitar-se a acordos tácitos entre as duas organizações formadoras (Longo, 2005).

Assim, conscientes da falta de congruência entre os propósitos da componente prática da formação inicial de enfermeiros e as condições concretas em que esta ocorre no seio das organizações de saúde, da frágil articulação entre dois contextos tão distintos como a academia e os locais de trabalho, consideramos que o *practicum* urge ser (re)conceptualizado, clarificando as suas finalidades e objetivos para lá do discurso normativo,

“(...) à luz dos quadros teóricos aprendidos, (...) permitindo a aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais, nomeadamente aquelas que carecem de contextos de prática para emergir.(...) A relação não é de uma teoria que se aplica na prática, mas de uma prática que pode ser prevista, observada, analisada, esclarecida e avaliada no quadro de uma teoria, ela própria posta à prova, e por isso mesmo, desenvolvida ou ultrapassada, pela prática” (Rodrigues, 2007:81).

Sob esta perspetiva, conjunturas tais como: *condições doutrinárias* (sentido formativo do *practicum* em coerência com o modelo de formação adotado); *condições curriculares* (definição clara de objetivos; finalidades; estrutura e fases que o compõem; estratégias supervisivas e dispositivos de avaliação a adotar (quem reconhece e/ou valida os adquiridos da formação e que instrumentos utiliza); *condições organizativas*

(características materiais e técnicas dos contextos de trabalho; estilo de funcionamento e cultura institucional; estilo de colaboração interinstitucional e implicação real das organizações participantes) e *condições pessoais* (recrutamento, seleção e preparação para a função supervisiva) deverão necessariamente ser devidamente ponderadas e asseguradas (Zabalza, 2004).

3. A PRÁTICA|PRACTICUM ENQUANTO DISPOSITIVO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOCENTE EM ENFERMAGEM

Como evidenciámos no ponto anterior, apesar dos constrangimentos apontados, a prática|*practicum* é consensualmente considerada um elemento-chave e fundamental na formação inicial de enfermeiros. Se tal afirmação é verídica para o processo de tornar-se enfermeiro, como seguidamente se verá, não o é menos, quando nos referimos à influência do *practicum* nos processos de socialização, de construção identitária e de aquisição de conhecimento profissional docente e em Enfermagem, em suma, no desenvolvimento profissional do professor de Enfermagem.

3.1 Em torno do(s) conceito(s) de desenvolvimento profissional docente

Como sucede com quase todos os conceitos em educação, também o conceito de desenvolvimento profissional, dado o seu carácter polissémico, reenvia para uma diversidade de expressões e significados distintos. Não sendo o propósito deste trabalho aprofundar o debate acerca do desenvolvimento profissional docente, ao longo da presente secção, procurar-se-á no entanto clarificar o conceito de desenvolvimento profissional em que nos situamos, através de aproximações sucessivas às diversas conceptualizações produzidas pela investigação de referência.

Com muita frequência, na bibliografia, as palavras e expressões *desenvolvimento profissional*, *processo de desenvolvimento profissional* e *formação contínua* emergem como equivalentes e sinónimas, aplicando-se quer para descrever os mecanismos que promovem o desenvolvimento quer para referir o conjunto de mudanças que se operam como resultado da ação desses mecanismos. Mas, os mecanismos de promoção do desenvolvimento profissional não se podem confundir nem com o desenvolvimento propriamente dito nem com o processo de desenvolvimento, como mostram Estrela e Estrela (2006). Enquanto o desenvolvimento profissional corresponde a “*processos de mudança da pessoa em relação com o trabalho, operadas ao longo da carreira e que decorrem de uma pluralidade de fatores (...)*” (Idem:75), a formação contínua é apenas uma das estratégias que podem promover esses processos e pode ser percebida como “*(...) o conjunto de atividades institucionalmente enquadradas que, após a formação inicial, visam o aperfeiçoamento profissional e pessoal do professor (...)*” (Ibidem:75).

São assim distintos os conceitos de desenvolvimento profissional e o de formação contínua, embora apareçam com alguma frequência como equivalentes (Cruz Tomé,

1999 citado por Almeida, 2012) e possam ser ambos incluídos no de processo de desenvolvimento profissional.

Conforme salienta Day, o desenvolvimento profissional docente não exclui a formação contínua, mas envolve um contexto de aprendizagem muito mais vasto:

“O desenvolvimento profissional envolve todas as experiências espontâneas de aprendizagem e as atividades conscientemente planificadas, realizadas para benefício, directo ou indirecto, do indivíduo, do grupo ou da escola e que contribuem, através destes, para a qualidade da educação na sala de aula. É o processo através do qual os professores, enquanto agentes de mudança, revêem, renovam e ampliam, individual ou colectivamente, o seu compromisso com os propósitos morais do ensino, adquirem e desenvolvem, de forma crítica, juntamente com as crianças, jovens e colegas, o conhecimento, as destrezas e a inteligência emocional, essenciais para uma reflexão, planificação e prática profissionais eficazes, em cada uma das fases das suas vidas profissionais” (Day, 2001:20-21).

Este entendimento é aliás partilhado por muitos autores entre os quais e para lá dos já referidos, nos permitimos destacar (Almeida, 2014, 2012; Garcia, 2009; Morais e Medeiros, 2007; Feixas, 2002; Ponte, 1998; Eraut, 1994; Fullan, 1990).

O conceito de desenvolvimento profissional comporta em si, por um lado, uma conotação dinâmica que anula a fragmentação que a conceção escolarizada da formação tradicionalmente impõe quando a restringe a oportunidades formais de aprendizagem profissional promovidas por entidades competentes e, por outro lado, constitui um conceito mais amplo. Inclui um vasto leque de atividades que afetam o processo de aprender a agir profissionalmente e o crescimento intelectual e profissional dos professores, supera a rígida sequência formação inicial – formação contínua, centrando-se no profissional e na pessoa do formando, dando relevo às aprendizagens realizadas ao longo da vida e, particularmente, às realizadas em situação de trabalho. Partilhamos, pois, uma conceção de desenvolvimento profissional que não o restringe à formação contínua e o articula de forma decisiva com as dinâmicas das situações de trabalho.

Assim, o conceito de desenvolvimento profissional surge associado ao conceito de mudança:

“(...) desenvolvimento profissional e processos de mudança são variáveis intrinsecamente unidas. O desenvolvimento profissional procura promover a mudança junto dos professores, para que estes possam crescer enquanto profissionais – e também como pessoas” (Garcia, 2009:15),

mas também ao de aprendizagem ao longo da vida e ao de desenvolvimento de carreira.

Clarke e Holingsworth (2002), sistematizam diferentes concepções de mudança, associando-as a diferentes perspectivas de desenvolvimento profissional docente, o que significa que a mesma, poderá ser o resultado da conjugação de diferentes fatores, ora em virtude da formação, ora pelo contacto com situações reais e necessidades de adaptação ou, ainda, para dar resposta às solicitações do próprio sistema. A saber: *mudança como formação* (o que significa que a formação induz mudança nos professores); *mudança como adaptação* (o professor muda face a uma determinada exigência, organizacional ou outra); *mudança como desenvolvimento pessoal* (o professor procura a mudança com o objetivo de melhorar o seu desempenho e desenvolver novas competências ou estratégias); *mudança como modificação local* (o professor muda com vista ao seu crescimento pessoal); *mudança como reestruturação sistémica* (o professor coloca em prática as orientações normativas e políticas de mudança do sistema); *mudança como crescimento ou aprendizagem* (a mudança no professor ocorre em virtude do próprio desenvolvimento da sua atividade profissional). Para os autores, estas diferentes perspectivas não se excluem, contrariamente, estão interrelacionadas.

Procurando perceber como se dão os processos de mudança nas estruturas mentais dos sujeitos e qual a sua influência no desenvolvimento profissional docente, a investigação tem dado especial atenção à dimensão pessoal do professor, (crenças, concepções, teorias implícitas, rotinas, preocupações, etc.) (García, 2009, 1999). Porém, alguns autores defendem que a mudança pode não significar necessariamente progresso ou desenvolvimento, podendo a mesma ser de natureza regressiva ou adaptativa (Moraes e Medeiros, 2007; Cruz, 2006; Zabalza, 2004). Neste âmbito, a mudança pode estar associada a “(...) *uma necessidade de sobrevivência dos indivíduos ou de instituições podendo até revelar retrocessos ou abandono da trajetória de desenvolvimento desejada*” (Almeida, 2012:97). Para que a mudança ocorra tem de haver lugar à aprendizagem, o que só é possível

“(...) com implicação do sujeito nos seus próprios processos de desenvolvimento profissional, quer seja através da reflexão sobre a sua experiência, quer através de outros processos que potenciem a construção de aprendizagens significativas, sendo o professor agente ativo da sua aprendizagem” (Idem:105).

A noção de desenvolvimento profissional é também frequentemente confundida com percurso ou carreira profissional, como antes referimos. Apesar de ambos os processos poderem por vezes ser coincidentes ou influenciar-se mutuamente, estes são processos

distintos. Huberman (1992 citado por Almeida, 2012) diferencia claramente as noções de carreira e de desenvolvimento profissional docente. De acordo com o autor, a carreira profissional pode ser definida, como o percurso que um indivíduo faz em determinada organização. Já o desenvolvimento profissional deve ser perspectivado segundo o percurso que o profissional faz no desempenho da sua atividade profissional e na sua vida pessoal. Sublinha ainda o autor, que estas trajetórias podem ser mais ou menos coincidentes e pressupõem a interação entre eixos, tais como: a carreira, o exercício profissional e a dimensão pessoal, que no seu conjunto, denomina de Ciclo de Vida do professor. No contexto do presente trabalho, assume-se que apesar de não ser possível dissociar desenvolvimento profissional de percurso de carreira, estes não se confundem, sendo a carreira uma variável cuja influência se faz sentir no processo de crescimento pessoal e profissional docente.

A ideia de aprendizagem e desenvolvimento continuado é genericamente salientada pelos mais diversos autores, quer em estudos no âmbito dos professores do ensino não superior (Marcelo, 2009; Sachs, 2009; Morais e Medeiros, 2007; Cruz, 2006; Villegas-Reimers, 2003; Day, 2001, entre outros), quer do ensino superior (Mukamurera & Uwamariya, 2005; Feixas, 2004, 2002, entre outros) enquanto fenómenos indissociáveis do desenvolvimento profissional. De modo extensivo Liberman (1994 citado por Nóvoa, 2007) subscreve o pensamento de que o conceito de desenvolvimento profissional vai muito para além do “*consumismo de cursos*” pois, radica na ideia de que os professores se envolvem ao longo da vida num processo continuado de aprendizagem, em que a inquirição das práticas, através da reflexão, representa um papel preponderante. Sublinha o autor que:

“(...) o conceito de desenvolvimento profissional assume que o professor é um prático reflexivo, alguém com um conhecimento tácito de base, que continuamente constrói sobre aquela base através da pesquisa da prática, repensando e reavaliando constantemente os seus valores e prática, em concertação com os outros” (p.15).

Esta conceção de desenvolvimento profissional, dada a sua amplitude, abarca “(...) quaisquer atividades ou processos tentando melhorar destrezas, atitudes, compreensão ou atuação em papéis atuais ou futuros” (Fullan, 1990:3), pelo que, mais do que colmatar défices ou lacunas de conhecimento, ela veicula a ideia de “aporte contínuo de ferramentas” que visem facilitar a aprendizagem profissional ao longo de todo o percurso profissional (Darling-Hamond *et al.*, 2009; Korthagen & Verkwyl, 2007; Day, 2001), abrangendo as diversas dimensões do sujeito (ao nível pedagógico, cognitivo,

teórico, conhecimento e compreensão de si, etc.) (Imbernón, 1999; Fullan, 1990), implicando a participação ativa deste no seu próprio processo de aprendizagem e desenvolvimento, ainda que matizada pelos contextos (Sá-Chaves, 2000).

É importante realçar que a aprendizagem do docente não se processa no vazio. Ela acontece, dependendo, em parte, dos ambientes organizacionais, das condições e da temporalidade nas quais os professores exercem a sua atividade (Kelchtermans, 2009). Morais e Medeiros (2007) complementam esta ideia, afirmando que o sistema de desenvolvimento profissional do docente, enquanto processo “(...) *iterativo, inacabado, dependente do indivíduo*” é admitido, concomitantemente, como “(...) *dependente das possibilidades do meio, enquanto determinante na construção do seu saber e da sua pessoalidade*” (p.62). Nesta perspetiva, torna-se necessário compatibilizar o desenvolvimento profissional do professor com o desenvolvimento organizacional do estabelecimento de ensino, processo que, na opinião de Day (2001), deve atender a seis princípios: (i) *o desenvolvimento do docente é contínuo, realizando-se ao longo de toda a vida*; (ii) *deve ser autogerido*, contudo, devendo ser da responsabilidade conjunta do professor e da instituição de ensino; (iii) *deve ser apoiado*, dispondo de recursos materiais e humanos necessários à sua concretização; *deve responder aos interesses do professor e da escola*, embora possa não ser em simultaneidade (iv) *deve configurar-se como um processo credível*; e (vi) *deve ser diferenciado*, de acordo com as necessidades dos professores, designadamente, as específicas da sua etapa de desenvolvimento profissional.

Na mesma linha de ideias, Garcia (2009:9-10) define o desenvolvimento profissional como um processo individual ou coletivo que deve concretizar-se no local de trabalho do docente (enquanto processo de (re)configuração profissional individual e coletiva), contribuindo para o desenvolvimento das suas competências profissionais, através de experiências de índole diferente, tanto formais como informais e que deve estar intimamente relacionado com o desenvolvimento da instituição de ensino, com o desenvolvimento e a inovação curricular, com o desenvolvimento do ensino e com o desenvolvimento da profissionalidade docente. Gómez (1999), define desenvolvimento profissional como:

“(...) *processo que protagonizam os docentes (a nível individual e colectivo) para, ao mesmo tempo que tratam de melhorar as suas condições laborais, melhorar a sua atuação docente (...), orientada por um modelo de escola, um modelo de desenvolvimento humano e um modelo de sociedade*”(p. 181).

Desta forma, entende-se que o sentido que o desenvolvimento profissional de cada professor assume é sempre resultante da influência mútua das biografias pessoais e das influências (diretas e indiretas) que os contextos onde a atividade profissional é desenvolvida exercem sobre ele (Garcia, 2009; Morais & Medeiros, 2007; Cruz, 2006; Mukamurera & Uwamariya, 2005; Zabalza, 2004; Feixas, 2004, 2002; Villegas-Reimers, 2003; Day, 2001; Imbernón, 1999; Fullan, 1999; Gómez, 1999; Huberman *et al.*, 1997, entre outros). Sob esta perspectiva, a influência do desenvolvimento profissional do indivíduo no desenvolvimento das instituições “(...) *não pode ser negligenciada, devendo o primeiro ser assumido como uma forma de desenvolvimento do segundo*” (Almeida, 2012:102), dito de outro modo, o desenvolvimento profissional pressupõe a preocupação não só com as necessidades individuais e profissionais mas também com as organizativas (Marcelo, 2009).

Conforme temos vindo a mostrar, o conceito de desenvolvimento profissional docente tem vindo a modificar-se nas últimas décadas, motivado pela evolução da compreensão de como se produzem os processos de aprender a ensinar. Numa revisão da investigação efetuada em torno do desenvolvimento profissional, Villegas-Reimers (2003), evidencia que ultimamente se tem vindo a considerar que este é um processo que integra diferentes tipos de oportunidades e de experiências, cuja finalidade última é promover o crescimento pessoal e profissional dos professores, sendo as suas principais características: (i) *baseia-se no construtivismo e não em modelos transmissivos* (o professor é um sujeito que aprende de forma ativa ao estar implicado em tarefas concretas de ensino, avaliação, observação e reflexão); (ii) *é um processo a longo prazo* (os professores aprendem ao longo do tempo); (iii) *é um processo que tem lugar em contextos concretos* (as experiências mais eficazes para o desenvolvimento profissional docente são aquelas que ocorrem nos contextos de trabalho e que estão diretamente relacionadas com as atividades quotidianas dos docentes integrando práticas pessoais, curriculares, de ação didática e especificamente no caso da formação em Enfermagem o próprio ato de cuidar); (iv) *está relacionado com processos de reforma da escola* (na medida em que estes tendem a reconstruir a cultura escolar, na qual os professores são implicados); (v) *o professor é visto como prático reflexivo e alguém que é detentor de conhecimento prévio*; (vi) *é concebido como um processo colaborativo* (que no caso do ensino em Enfermagem implica não só colaborar como os pares mas também com os enfermeiros|equipa multidisciplinar dos contextos); (vii) *pode adotar diferentes formas*

em diferentes contextos (escola, organizações de saúde, organizações de apoio social, entre outras...).

Rodrigues (2006), define desenvolvimento profissional numa perspetiva bastante interessante e abrangente, fazendo emergir o seu carácter unificador, radicado na ideia de que os professores se envolvem, ao longo da vida, num processo sistemático de aprendizagem formal e informal, quer pela via da formação quer através do questionamento das práticas em situação de trabalho, por via da reflexão e do (re)investimento dos seus resultados nas práticas, num processo recursivo. Para a autora, aceitar este conceito de desenvolvimento profissional, implica necessariamente conceber o professor: *como adulto*, portador de uma biografia e de desejos e projetos; *como autor* do seu *cursus vitae*, logo autónomo e responsável; *como profissional*, que se implica na procura de formação mais que aceita a oferta externa, logo capaz de diagnosticar as suas próprias necessidades de formação. Que se implica de forma reflexiva e não tecnicista na transformação das práticas tendo em atenção o contexto onde atua; *que concebe as atividades de formação não como um fim em si mesmas*, mas como meio para atingir metas objetiváveis e questionáveis; que percebe as atividades de formação como *um instrumento de poder para promover mudança e/ou ajustamentos* e, ainda, que exige das atividades de formação, *mudanças de comportamentos e de atitudes que possam adequadamente ser (re)investidos nas situações de trabalho quotidiano*, melhorando significativamente os seus resultados.

Em suma, trata-se de um processo contextualizado e a longo prazo, que contribui para o desenvolvimento das competências profissionais do docente em Enfermagem, isto é, dos conhecimentos, capacidades, atitudes e valores, facilitadores da tomada de decisão nas situações singulares do exercício profissional, seja na academia ou nos contextos profissionais. Por conseguinte, tal processo, pela sua natureza, não pode ser nunca concebido em exterioridade relativamente às situações de trabalho, para as quais se supõe que prepara (Rodrigues (2006)).

3.2 A prática|*practicum* enquanto lugar de socialização e construção identitária do docente de Enfermagem

O conceito de desenvolvimento profissional que partilhamos não se implementa no vazio. Como vimos, requer contextos de trabalho, reais, onde possam ocorrer experiências profissionais e de formação que contribuam de forma relevante para o

aperfeiçoamento da ação profissional ao longo da vida|carreira. Importa, neste plano, destacar a importância da socialização para o desenvolvimento profissional e também remeter para as suas implicações no processo de construção dinâmica da identidade profissional.

A socialização do professor tem sido geralmente definida como um processo por meio do qual o indivíduo se torna parte de um coletivo docente.

Hughes (1955, citado por Dubar, 1997), autor que se situa na perspectiva do interacionismo simbólico, encara a socialização profissional como uma “iniciação” à cultura profissional e uma “conversão” do indivíduo a uma nova concepção do eu e do mundo, ou seja, o assumir de uma nova identidade, na qual, considera quatro elementos base: a natureza das tarefas; a concepção do papel; a antecipação da carreira e a imagem do eu.

No campo educativo, diversos autores sustentam a ideia de que as predisposições dos estudantes-futuros professores, estão no centro do “tornar-se professor”, exercendo uma grande e poderosa influência socializante, mais até, do que a formação inicial ou posteriormente a socialização no local de trabalho (Tardif, 2002; Mizukami, 2002; Masetto, 1998; Zeichner & Gore, 1990; Lanier & Little, 1986; Lortie, 1975). No caso dos docentes de Enfermagem, como sucede com a quase totalidade dos docentes do ensino superior, não há propriamente lugar a uma formação inicial enquanto professor, pelo que, baseando-nos na nossa própria experiência, estamos em crer que a socialização inter pares pode ter uma grande influência no processo de desenvolvimento profissional.

Na tentativa de explicar o processo de socialização do professor do ensino superior, diversos autores (Cunha, 2004; Benedito *et al.*, 1995; Imbernón, 1994; Pajares, 1992), reiteram o afirmado anteriormente, considerando que o professor aprende a sê-lo mediante um processo de socialização intuitivo, autodidata ou seguindo a rotina dos outros, através da observação dos professores que vão tendo e, desse modo, desenvolvem a interiorização dos múltiplos papéis a que são chamados a responder por via da observação. Sob esta perspectiva, a formação poderá vir a alterar as concepções existentes nos professores, contudo, alguns autores, chamam à atenção de que determinadas crenças ficam profundamente enraizadas nos professores, atuando como filtros de informação, que podem influenciar a forma como estes se apropriam, usam e

guardam o conhecimento e que, por isso mesmo, dificilmente essas crenças sofrem alterações (Hernández Pina & Maquilón Sánchez, 2011; Vause, 2010; Garcia, 2009; Zabalza, 2004; Guskey e Sparks, 2002). De acordo com Bireaud (1995), tais circunstâncias poderão ser propiciadoras do desenvolvimento de atitudes e estilos docentes concordantes com uma perspectiva individualista do ensino, que a autora designa de “síndrome de ensinar à minha maneira” o que, de algum modo, pode justificar a resistência docente à inovação. Para Zabalza (2004), tais atitudes, podem fazer com que os professores funcionem individualmente como se fossem uma espécie de “célula fechada e autónoma”, tornando-se um sério obstáculo ao seu próprio desenvolvimento profissional e ao dos demais professores, podendo inclusive, constituir um fator condicionante do desenvolvimento de uma cultura colaborativa entre pares.

Sendo a socialização profissional um processo complexo, através do qual os indivíduos se vão apropriando da cultura profissional dos grupos a que pertencem, (re) construindo ou reconvertendo o seu “eu profissional” (Dubar, 1997), evidencia-se que esse processo pode ser condicionado por diversos tipos de influências: as que advêm do tempo anterior à formação formal, em consequência das experiências escolares; aquelas que decorrem do período de formação inicial e, ainda, as que resultam do exercício profissional (Zeichner & Gore, 1990; Lortie, 1975). Trata-se, portanto, de um processo que decorre ao longo de toda a vida o que remete o professor para a condição de *lifelong learner*. No caso dos docentes de Enfermagem, ao interagirem com os diversos contextos profissionais e atores, reconhecem-se como grupo profissional ancorado na Enfermagem mas que, ao longo de um percurso na docência, paulatinamente, fazem a sua transição para a profissão docente passando de um estatuto profissional a outro (Mestrinho, 2011).

De acordo com Alves (2008), os contextos socializadores podem ser categorizados segundo três dimensões: o *contexto pessoal* (que se refere a imagens, percepções e crenças sobre a profissão); o *contexto ecológico social* (relativo a influências sociais sobre os atores em interação com o meio ambiente) e o *contexto ecológico institucional* (ao nível das organizações de formação inicial e de trabalho onde se apresentam as influências do clima e cultura organizacionais). No caso específico dos professores de Enfermagem,

“(…) estes são socializados em diversas instâncias de socialização, nas escolas e instituições de saúde, através da formação e no decurso da carreira docente, na prestação

de um serviço socialmente reconhecido, em que se inscrevem valores próprios da profissão de Enfermagem, da docência e do seu desenvolvimento profissional que é mediado por estudantes, enfermeiros e outros membros de equipas multi-profissionais e ainda pelos utentes dos serviços de saúde e comunidade” (Mestrinho, 2011:37).

Para além disso, os processos de socialização podem ser também equacionados como um *ajustamento situacional* (através da imersão na cultura da profissão e apropriação de normas, regras e valores próprios), de adoção de *estratégias sociais* (a partir de uma seleção intencional de ideias e formas de agir face às interações estabelecidas num determinado contexto sócio-profissional), traduzindo-se na forma como cada profissional lida com as situações profissionais.

Qualquer que seja a forma como se encare o processo de socialização dos professores de Enfermagem, ela é hoje entendida como um processo permanente porque não acaba no “estádio terminal” mas, como temos vindo a evidenciar, acompanha o professor ao longo da sua vida, pois “a socialização nunca é completamente conseguida”, nem “nunca é total, nem acabada” como sublinham Berger e Luckmann (1999:178).

Tendo por base que o processo de socialização dos professores de Enfermagem decorre das múltiplas interações nas instâncias sociais e profissionais da Enfermagem e da docência no quadro do ensino superior, bem como dos percursos biográficos e motivações, importa não só clarificar o conceito de identidade de que partimos, mas também, perceber qual o contributo do *practicum* para a (re)construção identitária dos professores de Enfermagem.

O conceito de identidade, dada a sua complexidade, tem vindo a ser fundamentado em distintas escolas de pensamento: porém, genericamente, a sua explicitação conflui para a ideia de que adquirir uma identidade é um fenómeno psicológico, porquanto assente no eu, no *self* e, simultaneamente, sociológico, porquanto ocorre na interação com o outro. É, pois, um fenómeno que resulta da dialética entre o indivíduo e a sociedade (Dubar, 2006).

Sob esta perspetiva, pode-se considerar que a identidade remete para a capacidade do sujeito se reconhecer na diferença com o outro, isto é, na dualidade entre a identidade pessoal (identidade construída) e a identidade para os outros (identidade atribuída). De acordo com Dubar (2006), *identidade contruída* é aquela que depende do reconhecimento e da forma como os outros reconhecem as singularidades dos indivíduos enquanto seres sociais, resultando do reconhecimento individual e da

inscrição num jogo de poderes destinados a impor a outros as suas diferenças. Por sua vez, a *identidade atribuída* remete para um processo de transação relacional, uma vez que se desenvolve através de experiências decorrentes de um processo identitário que engloba uma identidade virtual e uma outra, construída sob a influência da formação, do trabalho e do emprego. O indivíduo é assim convidado a aceitar ou recusar as identificações que recebe dos outros e/ou das próprias instituições, mas também a (re)construir a sua identidade numa incerteza variável e mais ou menos durável.

Para Garcia (2009), a identidade profissional docente é a forma como os professores se definem a si mesmos e aos outros. Trata-se de uma construção do “eu profissional” que evolui ao longo da carreira docente e que pode ser influenciada pela escola, pelas reformas e pelos contextos políticos, que integra o compromisso pessoal, a disposição para aprender a ensinar, as crenças, os valores, o conhecimento sobre a matéria que é ensinada, assim como sobre o ensino, as experiências passadas, bem como a vulnerabilidade profissional.

De acordo com Lessard (1986 citado por Tardif *et al.*, 1991), a identidade docente é o resultado de um processo de desenvolvimento pessoal e profissional que se realiza através de transições de vida e no quadro de um conjunto de fatores de natureza socioprofissional, que se expressa na relação que cada professor estabelece com a profissão com os seus pares e outros agentes educativos numa construção simbólica para si e para os outros. De igual modo, para Nóvoa a

“(...) fabricação identitária produz-se num jogo de poderes e de contrapoderes entre imagens que são portadoras de visões distintas da profissão; ela articula dimensões individuais, que pertencem à própria pessoa do professor, com dimensões colectivas, que são inscritas na história e nos projetos do “corpo docente” (2000:136).

A identidade pode então ser entendida como uma construção mental e discursiva que os atores sociais operam em torno de si próprios ou em torno de outros atores, com os quais estão em contacto numa dada situação.

Sob esta perspetiva, as identidades profissionais não são estáticas, evoluem permanentemente, no tempo e no espaço. Vão sendo construídas através de escolhas mais ou menos conscientes que lhes conferem orientações e significações (Abreu, 2001).

Procurando diferenciar a identidade profissional docente de outras identidades profissionais, Garcia (2009) identifica catorze “caraterísticas” distintivas ou

“constantes”, a saber: a *socialização prévia* (conforme documentado nos trabalhos desenvolvidos por Lortie (1975)); *as crenças sobre o ensino dirigem a prática profissional* e surgem em função de influências diversas: experiências pessoais, experiências com o conhecimento formal e experiência escolar e de aula; *o conteúdo que se ensina constrói identidade*, (de acordo com Zabalza (2004), no caso dos professores do ensino superior essa identidade pode ser contraditória, na medida em que os docentes se identificam mais facilmente com os saberes da respectiva especialidade do que com os saberes da docência); *a fragmentação do conhecimento docente*, isto é, alguns conhecimentos valem mais que outros; *o aprender-se a ensinar ensinando*, que releva o valor do conhecimento prático; *o isolamento*, segundo a qual os professores se “refugiam” na sala de aula, sendo “senhores” da mesma; *os estudantes e a motivação profissional*, na medida em que, a motivação para ensinar é uma motivação intrínseca, fortemente ligada à satisfação de conseguir que os estudantes aprendam; *a carreira docente* (carreira plana); *o tudo depender do professor*, ou seja, a ideia do professor como artesão; *o docente como consumidor*, ou seja, a visão do professor como técnico de ensino; *a competência não reconhecida e a incompetência ignorada*, relacionadas com o isolamento e com a ideia do professor como artesão; *a desconfiança ante as tecnologias*, relacionada com a resistência à sua utilização mas também expressa a resistência à mudança em geral; *a influência incompleta dos docentes*, resultante da implantação dos meios de comunicação de massa; *começar a ensinar: quanto mais difícil melhor*, o que indicia a falta de preocupação pela forma como os docentes são integrados no ensino.

Diversos autores (Nóvoa, 2009a; Dubar, 2000; Formosinho, 2000; Hargreaves, 1996) evidenciam a influência e importância dos contextos de trabalho na construção identitária dos professores. No caso concreto da docência em Enfermagem, escasseiam os trabalhos acerca das questões identitárias dos professores, sendo que, os primeiros trabalhos acerca da identidade profissional dos enfermeiros, que permitem fazer algumas inferências sobre a docência em Enfermagem, remontam a investigações realizadas nas duas últimas décadas (Mestrinho, 2011). A generalidade dos autores fundamenta as referidas pesquisas em abordagens sociológicas, no quadro de diversos dispositivos de formação e de interações entre a identidade profissional e experiências de trabalho, analisando como e onde se constroem as identidades, como se desenvolvem os processos de socialização em contexto de trabalho e de que forma o desenvolvimento

profissional se processa (Serra, 2011; Abreu, 2008, 2001; Costa, 2002, 1998; Lopes, 2001; d'Espiney, 1999; Teixeira, 1997; Rebelo, 1996).

Embora hajam poucos estudos acerca da docência em Enfermagem e sejam poucos os que especificamente visam as questões identitárias destes docentes, as pesquisas de Figueiredo (2013), Lopes *et al.* (2013), Mestrinho (2011) e Pedro (2011) constituem um relevante contributo para a clarificação desta problemática.

Numa análise genérica e transversal aos estudos mencionados verifica-se que, em termos identitários, os professores de Enfermagem se encontram atualmente sob o signo da reconfiguração, consideradas as mudanças estruturais e políticas que têm vindo a ocorrer quer na saúde quer na educação, destacando-se neste último caso, a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico e a posterior integração no EEES.

Constata-se, pois, que os sujeitos dos diferentes estudos apresentam uma identidade profissional ambígua ou dual no sentido que lhe dão os diferentes autores. Apesar de os resultados indicarem que existe uma clara tendência dos sujeitos para a identificação com o grupo de pertença dos docentes do ensino superior e a uma revalorização dos seus papéis sócio-profissionais, manifesta em novas formas de ser e de estar na profissão docente, persiste nos seus discursos uma recorrente valorização da prática da Enfermagem como essência da profissão docente, reiterando o pensamento de que se assumem simultaneamente como enfermeiros e docentes, situação que parece refletir-se no seu modo de agir quer na academia quer nos contextos profissionais (Figueiredo, 2013; Lopes *et al.*, 2013; Mestrinho 2011; Pedro 2011).

Para Mestrinho (2011), esta ambiguidade discursiva traduz uma identidade compósita que se repercute na dificuldade em separar o “ser enfermeiro” e o “ser professor”, surgindo assim, de acordo com a autora, “(...) *um profissionalismo adaptativo, dado que os professores de Enfermagem estão num processo profissional ainda não completamente resolvido, faltando-lhes parte de um percurso que permite fazer a passagem para o grupo de pertença dos professores do ensino superior*” (p.292), do qual a autora identifica as principais fases: ambiguidade identitária; profissionalismo adaptativo; passagem para o grupo de referência dos professores do ensino superior; reorientação e nova cultura profissional; ideal ético de docente orientado por valores de ensinar e cuidar; novas formas de profissionalismo docente.

A reconfiguração da identidade dos professores de Enfermagem é indissociável dos contextos formativos em mudança e parece revelar-se, entre outros aspetos (como por exemplo, na procura de formação pós-graduada quer ao nível de mestrado quer de doutoramento (Figueiredo, 2013; Pedro, 2011)), na paulatina transformação do profissionalismo docente e, conseqüentemente, nos modelos de formação. Neste âmbito e no que ao *practicum* diz respeito, transversalmente aos diferentes estudos, emerge o pensamento de que os ensinamentos clínicos constituem uma componente formativa singular e relevante que, através do contacto direto com as situações de trabalho, permite ao estudante desenvolver conhecimentos, capacidades (conceptuais e operativas), atitudes e valores indispensáveis a um desempenho profissional futuro competente.

Independentemente da instituição de formação, de modo geral, os modelos formativos parecem assentar na formação em alternância, nos quais a ação docente parece oscilar entre modalidades de formação que apelam à análise das práticas, à reflexão e à construção do conhecimento (congruentes com as exigências atuais do ensino superior) e modos de trabalho transmissivos e de aplicação|reprodução de conhecimentos, parecendo existir um domínio de competências que ainda não foi suficientemente desenvolvido pelos professores (Figueiredo, 2013; Mestrinho, 2011).

A mudança nos modos de trabalho docente parece colocar também em evidência a necessidade de um outro tipo de colaboração quer entre docentes quer entre estes e os enfermeiros dos contextos profissionais no âmbito dos processos de supervisão dos estudantes. Emerge assim como fundamental, o desenvolvimento de um projeto formativo conjunto que tanto sirva os interesses da formação inicial em Enfermagem como o desenvolvimento profissional docente e dos enfermeiros dos contextos de trabalho e que num sentido mais amplo, seja também um contributo efetivo para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e da profissão.

Estamos conscientes de que diante de tais desideratos, os professores de Enfermagem vivem um dilema entre manter uma identidade herdada|construída na “antiga” Escola de Enfermagem ou então “(...) *conceptualizar-se organizacionalmente com base numa nova realidade de heterogeneidade humana, discente, docente e contextual*” (Formosinho, 2009:69), nos novos cenários que são agora a arena da sua ação docente.

3.3 O lugar da prática|*practicum* na construção do saber profissional do professor de Enfermagem

A prática|*practicum*, como a própria designação sugere, é um lugar de ação, mas também, um lugar de aquisição e desenvolvimento de saberes profissionais docentes. É uma encruzilhada na qual Sanmamed e Abeledo (2011) dizem confluir elementos como *experiências, acções, saberes e sentimentos* que, no caso específico da formação em Enfermagem, os professores se veem “impelidos” a processar e assimilar situadamente, de modo a dotar-se de saberes e destrezas em ordem a um desempenho profissional competente. Seguidamente analisaremos cada um desses elementos no sentido de contribuir para a desocultação do lugar da prática na construção do saber profissional docente em Enfermagem.

Como tivemos oportunidade de evidenciar anteriormente, são vários os autores que no âmbito da socialização profissional evidenciam a importância da *experiência* no desenvolvimento profissional docente. Especificamente na docência em Enfermagem, verificámos que o professor se apoia comumente nas suas *experiências* prévias e em imagens e crenças que foi desenvolvendo como docente, como enfermeiro ou ainda como estudante (como evidenciámos, a generalidade dos professores previamente à docência exerceu Enfermagem) para fazer face e resolver as situações com que é confrontado no seu quotidiano docente (Figueiredo, 2013; Mestrinho, 2011; Pedro, 2011). Com base nessas experiências e no contraste das mesmas com o conhecimento teórico, o professor parece assim desenvolver um conhecimento pessoal, situado e contextualizado que lhe permite agir e colocar em marcha “*modelos curriculares experimentados pessoalmente*”, que lhe proporcionam os meios para reconhecer os problemas e as respectivas soluções, a antevisão dos resultados desejados e a forma como os mesmos podem ser alcançados (Sanmamed e Abeledo, 2011:60).

Para Perrenoud (1993) trata-se de uma ação pedagógica baseada em rotinas ou “inconsciente prático” ou, então, naquilo que designa de “improvisação regulada”. A primeira situação, corresponde “(...) à *parte da reprodução, da tradição colectiva retomada por conta própria ou de hábitos pessoais cuja origem se perde no tempo*”(p.21), face à “(...) *impossibilidade e inutilidade de estarmos permanentemente conscientes dos nossos atos e das nossas motivações*” (Perrenoud, 2001:161). Já a segunda situação, “inconsciente prático”, remete para conjunturas inéditas, complexas,

imprevisíveis ou urgentes que colocam o professor perante a dúvida em como atuar, pois não admitem “gastar tempo a pensar”. Nestas situações, diz o autor, que são mobilizados *esquemas* (Vergnaud, 1996) que provêm “não se sabe de onde”, que não dão espaço à reflexão, presumindo-se que se trata de “instintivo”, “feeling” ou “espontaneidade”. Na procura de explicar o fenómeno, Perrenoud (2001; 1993) recorre ao conceito de *habitus* na linha de Bourdieu (1972), considerando-o como “*gramática geradora de práticas*” (Idem, 2001:162). O conceito de *habitus*, para o autor, compreende o conjunto dos esquemas de perceção, de avaliação, de pensamento e de ação de que um sujeito dispõe num determinado momento. Este sistema de esquemas age como “(...) *um computador que funcionando em tempo real transforma os dados numa ação mais ou menos eficaz*” (Perrenoud, 1993:40) e, é graças ao mesmo, que os sujeitos conseguem fazer face a uma grande diversidade de situações quotidianas, através de pequenos reajustes. Quando esses reajustes são pequenos ou ocasionais não há lugar a qualquer aprendizagem. Porém, quando são maiores ou se reproduzem em situações semelhantes, estabelece-se diferenciação e a coordenação de esquemas existentes, produzindo novos esquemas de ação. Neste caso o *habitus* enriquece-se e diversifica-se (Perrenoud, 2001;1993).

Apesar do inegável contributo da prática enquanto fonte de experiência e ampliação dos saberes profissionais docentes, é inegável o enorme desafio que a sustentação teórica desses saberes constitui. Com efeito, um dos principais problemas evidenciados pela literatura reside no vínculo (ou ausência dele) entre teoria e prática, argumento utilizado por aqueles que questionam a consistência dos saberes docentes, e que para Tardif *et al.* (1991) tem a sua origem, entre outros fatores, no afastamento dos professores (práticos) dos processos de construção do saber (os teóricos), remetendo o professor para a condição de técnico, facto que, no caso dos professores de Enfermagem é bem evidenciado nos estudos de Gonçalves (2012) e Mestrinho (2011).

No que respeita às *ações*, no *practicum*, os professores de Enfermagem sentem-se impelidos “a agir” e a responder prontamente às necessidades de estudantes e utentes, que se sucedem vertiginosamente num meio incerto, imprevisto e fluido, no qual parece haver pouco lugar à reflexão, uma vez que dificilmente as situações pedagógicas e os processos de saúde-doença dos utentes “encaixam” em esquemas prévios ou ações premeditadas. Sob esta moldura, é expectável que o professor seja um profissional reflexivo e que, a cada situação, invoque os seus saberes para deles selecionar os que,

do seu ponto de vista, melhor se ajustam à situação concreta que está a vivenciar. Porém, ao fazê-lo deverá em primeiro lugar, ter adquirido e sopesado esses mesmos conhecimentos; deverá conhecer as características dos estudantes e dos utentes (pois a sua função não é apenas ensinar mas também cuidar); deverá possuir capacidades destras e, naturalmente, não poderá deixar de desenvolver toda a ação docente e cuidativa, no quadro dos valores que legitimam essa prática profissional. Sob esta perspectiva, encontramos correspondência entre as ações enunciadas e algumas das dimensões do conhecimento prático na profissão docente propostas por Shulman (2005; 2004; 1987; 1986).

O ensino clínico é uma atividade prática, por conseguinte, fazer aprender implica saber-fazer. Porém, como sublinha Schön (1992), o saber-fazer supõe a posse de um conhecimento na ação que, ainda que possa ser adquirido de maneira espontânea e tácita, pode fazer-se explícito através de uma análise sistemática. Assim, identificar rotinas e padrões de funcionamento e analisá-los criticamente à luz dos quadros de referência conjuntamente com os pares, pode ajudar os professores a ganhar uma maior consciência das dinâmicas organizativas dos contextos e a fundamentar o conhecimento na ação que vão construindo no *practicum* (Sanmamed e Abeledo, 2011). Ainda de acordo com as autoras, idealmente, essa análise das práticas deve ser extensiva aos orientadores dos contextos no sentido de fortalecer um diálogo frutífero, para que também eles possam ter a oportunidade de examinar o conhecimento veiculado na ação resultante das suas intervenções, do qual nem sempre estarão conscientes. A análise partilhada do conhecimento na ação poderá assim “(...) *constituir um interessante prelúdio do estudo de processos mais complexos como a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação ou a reflexão sobre a reflexão na ação*”(Idem:61).

A confluência de *conhecimentos* com distinto formato, origem diversa e funcionalidade variada faz do *practicum* um espaço único e insubstituível para o desenvolvimento profissional docente na medida em que propicia a concretização da relação teoria-prática. Visando contemplar essencialmente esta problemática da relação teoria-prática Cochran-Smith e Lytle (1999) propõem uma tipologia em que procuram situar o conhecimento profissional docente nessa dialética. A tipologia proposta incorpora três tipos de conhecimentos: os conhecimentos *para* a prática, os conhecimentos *na* prática e os conhecimentos *da* prática.

Os conhecimentos *para* a prática – reportam-se aos conhecimentos formais produzidos pelas teorias e pela investigação que são adquiridos na formação inicial e posteriormente codificados com vista a melhorar o ensino. Funcionam essencialmente como organizadores da prática pelo que conhecer mais (conteúdos, teorias, estratégias de ensino, etc.) pode significar uma prática mais eficaz.

Os conhecimentos *na* prática – aludem a saberes enraizados na prática, produzidos na e para prática. São subjetivos e pessoais, apoiam-se na experiência, na investigação e integram uma dimensão reflexiva sobre a ação. Trata-se, portanto de um conhecimento resultante da análise sistemática da prática (Loughran, 2007, 2006), da interrogação e narrativa dessa prática (Mukamorerera & Uwamariya, 2005) e da sua posterior teorização (Loughran, 2007, 2006; Trigwell & Shale, 2004).

Um pressuposto decorrente da conceção antes mencionada resulta da convicção de que o ensino é uma atividade envolta em incerteza, espontânea, contextualizada e construída como resposta às particularidades do quotidiano. O conhecimento também emerge da ação, das decisões e juízos que os professores tomam. É um tipo de conhecimento que se adquire através da experiência e da deliberação, sendo que os professores aprendem quando têm oportunidade de refletir sobre o que fazem (Garcia, 2009; Darling-Hammond, 2006; Ramsden, 2003; Elbaz, 1983, ente outros).

Os conhecimento *da* prática – remetem para o conhecimento construído coletivamente através da análise crítica e sistemática do ensino feita por todos os atores. Inscreve-se nesta conceção o denominado movimento do professor investigador, onde se faz a aplogia de que não fará sentido a distinção entre conhecimento formal e prático, mas antes assumir que o conhecimento é construído de forma coletiva no interior de comunidades locais (Leite & Ramos, 2010; Kothagen, 2009; Garcia, 2009; Day, 2007; Darling-Hammond, 2006; Ramsden, 2003; Esteves, 2002; Elbaz, 1983, entre outros). Para Leite e Ramos (2010) trata-se de atender aos saberes em interdependência, sendo que a reflexão na e sobre a ação necessita de se apoiar em referenciais que permitem fundamentar e reconfigurar essa ação.

A experiência docente no *pacticum*, não se limita apenas aos aspetos comportamentais e cognitivos, mas incide também na esfera dos *sentimentos*, das emoções e dos afetos. De resto a perspetiva humanista do ensino veio dar evidência ao entusiasmo e à motivação

docente enquanto traços distintivos de um forte compromisso com a profissão (Sanmamed e Abeledo, 2011; Day, 2006).

No *praticum*, o professor de Enfermagem estabelece múltiplas e distintas interações: com o estudante, com o supervisor clínico, com a equipa de Enfermagem, com médicos, com assistentes operacionais, com os utentes e famílias, com os pares e outros atores, interações essas, que podem suscitar sentimentos positivos e negativos (Paulino, 2007) e até divergências (Cunha *et al.*, 2010; Simões *et al.*, 2008; Belo, 2003), pois, como qualquer outro espaço social, o *practicum* está repleto de pressões e dinâmicas muitas vezes conflitantes. Por outro lado, o *practicum*, no âmbito específico das formações em saúde, é palco de sofrimento, de doença e da própria morte, pelo que é potencialmente gerador de sentimentos de angústia, impotência, frustração e até revolta nos atores envolvidos no processo formativo (Serra, 2011; Rua, 2009; Martins, 2009; Dixe, 2007; Paulino, 2007; Belo, 2003), confundindo-se, nessas circunstâncias, o pessoal e o profissional, o subjetivo e o objetivo, evidenciando-se de certa maneira, o que cada um é e faz (Sanmamed e Abeledo, 2011; Day, 2006).

Esta é uma área estéril em termos investigativos na docência em Enfermagem. Porém, alguns estudos antes mencionados (no âmbito da componente prática da formação inicial em Enfermagem) abordam esta questão do ponto de vista dos estudantes, evidenciando a importância de uma boa atmosfera afetivo-relacional entre professor, supervisor clínico e estudante e do papel docente no apoio emocional e na gestão dos sentimentos deste último durante o ensino clínico, pois “ (...) *os professores tanto ensinam pelo que sabem como por aquilo que são*” (Zabalza, 2009:70). Esta velha máxima pedagógica, de acordo com Zabalza (2009) tem recebido pouca atenção no contexto do ensino superior, demonstrando que a dimensão pessoal dos professores parece ter desaparecido ou se tornou completamente invisível na prática profissional docente. Porém, sublinha o autor que

“O que cada um é, sente ou vive, as expectativas com que desenvolve o seu trabalho parecem ser desconsideradas como variáveis que podem afetar a qualidade do ensino. Porém, parece claro que não é assim, e que grande parte da nossa capacidade de influenciar os alunos deriva precisamente do que somos como pessoas, dos nossos sentimentos, da maneira como nos apresentamos, da forma como nos relacionamos com eles. (...) Por isso, talvez o aspeto que temos de começar a considerar quando se fala de professores do ensino superior seja mesmo este – o professor como pessoa – sem falsos paternalismos, sobretudo pelos especiais efeitos que isso pode ter sobre o nosso trabalho” (Idem:71).

Em síntese, os diferentes trabalhos enunciados permitem-nos conceptualizar o professor de Enfermagem como um adulto ativo, comprometido com o seu desenvolvimento profissional, influenciado tanto pela sua história pessoal e experiências prévias como pelos contextos nos quais interage para construir significados e interpretações idiosincráticas, distintas e únicas. Podemos assim entender o desenvolvimento profissional do professor de Enfermagem no *practicum* como:

“Uma amálgama cumulativa, fruto da reconstrução da experiência, obtida através de uma série de interações pessoa-contexto, desde o passado e continuadas no presente. Assim, o conhecimento e o desenvolvimento profissional do professor dependerão do tipo, variedade e sequência particular dessas interações” (Sanmamed, 1995:139).

SEGUNDA PARTE
ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III – OPÇÕES EPISTEMOLÓGICAS E METODOLÓGICAS

1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A preparação profissional dos futuros enfermeiros desde sempre teve uma forte ligação aos contextos de trabalho. Fortemente marcada por um modelo de formação artesanal que privilegia a observação e imitação do profissional mais experiente que assume a função de mestre, não podia deixar de se realizar nos espaços onde se prestam os cuidados de saúde. Como se sabe, o lugar ocupado por estes cuidados na formação em Enfermagem foi paulatinamente sendo dividido, em proporções variáveis, entre as instituições escolares a que se atribuiu a responsabilidade de formar e certificar para o exercício da função e as instituições prestadoras de cuidados.

Nos últimos anos um outro movimento foi tomando forma: as relações entre a academia e o trabalho foram sendo configuradas por conceções emergentes no campo de estudos da formação profissional, sobretudo a partir desta ter sido transferida para instituições de ensino superior. Se, por um lado, podemos observar uma intensificação da literatura científica que versa a pertinência e centralidade da componente prática na formação inicial em Enfermagem, demonstrando o reconhecimento da importância do contacto do estudante com a prática profissional ainda durante a sua formação inicial (Amaral, 2016; Serra, 2011; Fernandes, 2007; Abreu, 2007, 2003, 2001; 2001; Carvalhal, 2003; Belo, 2003; Longarito, 2002; Mestrinho, 2002; Franco 2000, entre outros), por outro lado, foi sendo consolidada a necessidade de uma melhor preparação teórica no âmbito da disciplina de Enfermagem.

Importa também destacar que, mais recentemente no início deste século, as recomendações do processo de Bolonha vieram favorecer a conjugação da formação universitária com o mundo do trabalho, isto é, a aprendizagem da disciplina de Enfermagem em contexto escolar e ao mesmo tempo a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais, estas em contexto de trabalho. Os normativos legais portugueses que norteiam esta formação, ao consagrarem mais de metade do tempo curricular do curso à componente prática em situações profissionais com dupla supervisão, reforçam aquelas recomendações. Apela ainda a conceções de docência mais centradas na aprendizagem do estudante, particularmente em formações de índole profissionalizante, obrigando a mudanças, que alguns dizem paradigmáticas, no modo como se desenham os currículos. O foco na aquisição e desenvolvimento de saberes e

competências profissionais obriga a considerar a oferta de contextos de trabalho - variados e estimulantes - para observar práticas de profissionais, para aplicar conhecimentos já adquiridos e refletir sobre essa aplicação para aprender de novo quer conhecimentos quer competências no lugar privilegiado para aprender a complexidade das situações profissionais.

Apesar da crença geral acerca das vantagens da prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem, é ainda escassa a investigação no que concerne a mostrar empiricamente os benefícios dessa componente na construção profissional do futuro enfermeiro, importância aparentemente evidente, se considerarmos a especificidade do trabalho em Enfermagem: cuidar de pessoas a vivenciar complexos processos de saúde|doença. Com efeito, os currículos da componente prática, quando existem, parecem ser mais inspirados na tradição, na rotina e em convicções implícitas, do que na investigação ou na sua análise crítica. Ao invés de partirem da análise de situações profissionais para desenhar os currículos, mais das vezes, continuam a manifestar uma tendência tradicional que, na generalidade dos casos, os produzem em completa exterioridade face aos contextos, partindo da “(...) hipótese que a situação real é um bom território para aplicar os saberes teóricos raramente dando relevância aos saberes construídos na ação, no confronto com situações concretas, que muitas vezes escapam à formalização com que foram descritas nos bancos da escola” (Rodrigues, 2007:83).

(Re)pensar modelos e práticas de formação que possibilitem a descrição e análise refletida das experiências vividas, “(...) à luz dos quadros teóricos aprendidos, (...) permitindo a aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais, nomeadamente aquelas que carecem de contextos de prática para emergir” (Idem:81) torna-se assim um caminho a prosseguir necessariamente. A formação dos futuros enfermeiros requer um entendimento claro de que a formação de natureza universitária do futuro enfermeiro não é uma relação “ (...) de uma teoria que se aplica na prática, mas de uma prática que pode ser prevista, observada, analisada, esclarecida e avaliada no quadro de uma teoria, ela própria posta à prova, e por isso mesmo, desenvolvida ou ultrapassada, pela prática” como refere a autora que vimos seguindo (Rodrigues, 2007:81). Ao mesmo tempo esta assunção requer uma nova conceção do papel e função do docente de Enfermagem, assente no conhecimento pedagógico emergente do campo de estudos em Formação de Professores, baseado na investigação científica. Assim, no domínio da formação prática realizada em contexto de trabalho, do exercício mais

transmissivo, centrado num ensino determinado pela lógica do professor e do currículo pré-determinado, sugere-se a passagem para um ensino centrado no estudante e nas ações profissionais, criando as condições necessárias à produção e (re)construção dos seus conhecimentos e competências. A docência em Enfermagem enfrenta por isso novos desafios e realidades que exigem novos papéis e responsabilidades incitadoras de outras formas de pensar e exercer o ensino, particularmente, na prática em contexto de trabalho. Paradoxalmente, não deixa de ser surpreendente a pouca atenção que os professores em Enfermagem têm recebido do ponto de vista investigativo, situação que sugere a “naturalização” do conhecimento e da competência profissional docente, naturalizando de igual modo o seu exercício profissional (Almeida, 2012). Com efeito, pouco se sabe sobre quem são os professores de Enfermagem, como pensam a sua ação e como se desenvolvem profissionalmente, sobretudo, conhece-se mal o verdadeiro contributo da prática em contexto de trabalho em termos de aquisições, desenvolvimento de conhecimentos e competências profissionais, numa época em que a docência em Enfermagem, está sob a égide do “*fazer aprender*” (Roldão, 2007) a cuidar de outrem.

O interesse por esta problemática emerge de um percurso profissional de mais de vinte anos enquanto enfermeiro-supervisor de estudantes na prática em contexto de trabalho e, nos últimos treze anos, enquanto docente no ensino superior na área da formação inicial de enfermeiros, com experiência de coordenação de estágios e supervisão de estudantes no terreno nos mais diversos contextos clínicos, do hospital aos centros de saúde. Esta vivência profissional, tem vindo fortalecer a nossa convicção de que o valor formativo da prática em contexto de trabalho, durante a formação inicial, posteriormente, se manifestará na prática profissional dos jovens enfermeiros de forma relevante. Por outro lado, consideramos ainda que as práticas formativas tenderão a melhorar se o conhecimento sobre o valor formativo da prática for desenvolvido. Progressivamente estas convicções alargaram o seu âmbito, e hoje, levam-nos a considerar que o aprofundamento do conhecimento sobre o valor formativo da prática pelos docentes e atores diretamente envolvidos no processo formativo, é uma das condições primordiais para potenciar o seu papel na formação profissional dos estudantes, sendo também, uma forma de reinvestimento da formação na sua própria prática enquanto formadores e, por isso, fonte promotora de desenvolvimento profissional docente. O presente estudo insceve-se assim num conjunto de preocupações decorrentes da nossa atividade profissional e na convicção de que as mudanças no

âmbito do ensino superior e nos contextos da saúde exigem alterações nos papéis, nos valores e nas competências docentes.

Assim, conscientes de alguns aspetos essenciais que a evolução da Enfermagem e da sua docência reclamam da falta de congruência entre os propósitos da prática em contexto de trabalho na formação inicial de enfermeiros e as condições concretas em que esta ocorre no seio das organizações de saúde, da frágil articulação entre dois contextos tão distintos como a academia e os locais de trabalho, esta componente urge ser (re)conceptualizada, clarificando as suas finalidades e objetivos para lá do discurso normativo. A formalização do saber da experiência acumulada nos contextos da prática, evidencia-se assim, como um contributo inestimável quer para elucidar acerca de como estudantes e docentes constroem e desenvolvem o seu conhecimento profissional quer para legitimar socialmente esta prática.

Neste quadro, a questão central que norteia o nosso estudo é a seguinte:

- *Que conceções têm docentes e discentes, sobre o que constitui o valor formativo da prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem.*

Refletindo mais profundamente sobre o objeto de estudo, interrogações mais específicas emergiram. Assim, no que respeita aos estudantes, importa-nos, compreender:

- *Qual a sua conceção sobre a especificidade do efeito formativo da prática em contexto de trabalho:*
 - *no plano das aquisições e desenvolvimento de conhecimentos e competências profissionais*
 - *do ponto de vista da construção da sua identidade profissional*
 - *na perspetiva do contributo docente, para o seu desenvolvimento de conhecimentos, competências e construção identitária, no decurso do processo de acompanhamento e supervisão.*

No que respeita aos professores interessa-nos saber:

- *Qual a conceção docente sobre a especificidade do efeito formativo da prática em contexto de trabalho:*

- *no plano das aquisições e desenvolvimento de conhecimentos e competências profissionais pelos estudantes*
- *do ponto de vista da construção de identidade profissional dos estudantes*
- *do ponto de vista das suas próprias aquisições e desenvolvimento de conhecimentos e competências profissionais enquanto docentes*
- *da perspectiva da construção de conhecimento profissional docente.*

Face às questões enunciadas e à importância declarativa, reiteradamente concedida por docentes, estudantes e *stakeholders* aos períodos de imersão na prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem, conjugada com a fragilidade da generalidade dos dispositivos de formação colocados à disposição desta complexa área de ensino-aprendizagem, consideramos muito pertinente que se procure compreender pela via da investigação, o quê, e como se ensina e se aprende, especificamente, durante os períodos de inserção na prática em contexto de trabalho e qual o contributo dos professores para esse efeito.

Inserindo-se no domínio de investigação sobre formação de professores, assentando em particular sobre a componente de prática em contexto profissional, no contexto específico que é o da formação inicial em Enfermagem, o presente estudo visa contribuir para compreender o valor formativo da prática durante a formação inicial, como é conceptualizada por estudantes e professores essa prática e qual contributo específico da mesma para construção profissional discente e desenvolvimento profissional docente.

Mais concretamente, pretende-se com a presente investigação:

- *compreender a perspectiva dos professores e dos formandos sobre o efeito formativo percebido da prática em contexto de trabalho no plano das aquisições, desenvolvimento dos seus conhecimentos e competências profissionais e de construção identitária;*
- *identificar, na perspectiva dos formandos, os contributos dos professores, para as aquisições e desenvolvimento dos seus conhecimentos e competências profissionais e construção de identidade profissional, durante os momentos de inserção no terreno da prática profissional;*

- *conhecer e analisar na perspectiva dos professores, o efeito formativo percebido do acompanhamento e supervisão da prática em contexto de trabalho, no plano do seu próprio desenvolvimento profissional, bem como, no que tange à construção de conhecimento profissional docente;*
- *conhecer e analisar aspetos facilitadores ou, contrariamente, condicionantes da formalização dessa mesma prática.*

2. FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO: ABORDAGEM QUALITATIVA

Os métodos usados numa investigação devem ser guiados e informados por um paradigma, entendido como construção humana, na forma de um “(...) *sistema de crenças básicas baseadas em considerações de natureza ontológica, epistemológica e metodológica*” (Guba e Lincoln, 1998:200), que proporciona uma determinada visão do mundo (Bogdan e Biklen, 1994). Estas três dimensões necessariamente interpelam o investigador no momento de fazer opções.

As considerações de natureza ontológica prendem-se com a forma e a natureza da realidade e aquilo que podemos saber sobre ela. Sob esta ótica, é diferente assumir a existência de uma realidade única, objetiva, independente de quem conhece ou, pelo contrário, uma realidade como aquela em que se situa o nosso objeto de estudo que se caracteriza pela complexidade e multidimensionalidade. As questões epistemológicas dizem respeito à “(...) *natureza da relação entre o que se sabe ou pode vir a saber e o que é possível saber-se*” (Guba e Lincoln, 1998:201) e estão intimamente relacionadas com as primeiras, ou seja, com a conceção que o investigador tem da realidade. Por último, as considerações de natureza metodológica ligam-se tanto com a forma de conceber a realidade como com a própria natureza do conhecimento que é possível obter, e traduzem-se no modo de proceder do investigador por forma a chegar ao conhecimento que acredita ser possível obter acerca do objeto de estudo (Guba e Lincoln, 1994).

Nas ciências sociais, nas quais se inserem as Ciências da Educação, têm prevalecido essencialmente duas perspetivas teóricas principais: a positivista que procura conhecer os factos e causas dos fenómenos sociais independentemente dos estados subjetivos dos sujeitos, e a fenomenológica que procura compreender os fenómenos sociais desde o ponto de vista dos próprios sujeitos. Estas duas posturas epistemológicas sustentam conceções distintas acerca da natureza do conhecimento e da realidade e são o suporte conceptual que opõe os méritos relativos aos dois paradigmas divergentes: o quantitativo, também chamado de tradicional, positivista, racionalista, empírico-analítico ou empiricista (Shaw, 1999; Mertens, 1998; Latorre *et al.*, 1996; Usher, 1996) e o qualitativo designado na literatura por hermenêutico, interpretativo ou naturalista (Denzin e Lincoln, 2000; Shaw, 1999; Creswell, 1998; Erikson, 1989).

À luz do paradigma interpretativo a objetividade é um mito e a subjetividade é algo inerente ao ato de conhecer, pois os “(...) *resultados* [da investigação] *são construídos*

através da interação do investigador e do fenómeno (que nas Ciências Sociais são, habitualmente, pessoas)” (Guba e Lincoln, 1998:200). Sob esta ótica, em termos epistemológicos, o conhecimento é resultado de um processo de aproximações sucessivas e de negociação de significados, com base numa visão compreensiva e holística dos fenómenos, em que se supõe existir uma causalidade complexa e não linear (Goetz e LeCompte, 1984).

Tendo em consideração a natureza do nosso objeto de estudo – perspectivas dos docentes e dos estudantes relativamente ao valor formativo da prática em contexto, quer para uns quer para os outros – e que este se situa ao nível das conceções, crenças e teorias implícitas e, ainda, que estas encerram em si um reservatório de valores e ideais sobre os quais os sujeitos – no caso, professores e estudantes – se apoiam para agir em situação e justificar a sua ação (Vause, 2010; Marcelo, 2009; Pajares, 1992), tornou-se para nós clara a necessidade de privilegiar a perspectiva fenomenológica ou interpretativa (Erikson, 1989), numa linha qualitativa, de natureza descritiva (Bogdan e Biklen, 1994). Esta perspectiva emergiu ainda como a abordagem de eleição, na medida em que nos possibilitava, enquanto investigador e principal instrumento da investigação, recolher um conjunto considerável e diversificado de dados “(...) *ricos em pormenores descritivos*” (Bogdan e Biklen, 1994:16), adequados ao pouco conhecimento sobre o objeto visado.

Trata-se de uma abordagem em que o investigador faz a descrição dos dados recolhidos e reflete sobre o processo e o produto da investigação, procurando construir teoria a partir da sua interpretação do que “observou” e do modo como compreendeu os fenómenos. Privilegiou-se, pois, a compreensão dos fenómenos, através da perspectiva dos sujeitos que os protagonizam. Assim, procurámos perceber os quadros de referência dos sujeitos, isto é, saber o que pensam, o que fazem, como fazem, porque fazem e de que modo mobilizam e articulam os diferentes saberes em contexto de prática clínica. Em suma, procurámos desocultar o “(...) *vivido desde o ponto de vista de quem vive*” (Mertens, 1998:11) ao invés de procurar relações de causalidade direta de pendor positivista, rejeitando um quadro hipotético-dedutivo assente em hipóteses previamente definidas e em conclusões generalizáveis (Tuckman, 2002; Streubert e Carpenter, 2002; Fortin, 1999; Bogdan e Biklen, 1994; Denzin e Lincoln, 1994; Patton, 1990; Anderson, 1998; Erickson, 1986).

A subjetividade e a busca de significados tomou, assim, uma centralidade inquestionável no nosso estudo (Olabuénaga, 2003), na medida em que envolve áreas

acerca das quais pouco é sabido, ou melhor, em que um novo entendimento é requerido e ao qual só é possível ter acesso a partir de intrincados detalhes acerca de fenómenos tais como sentimentos, formas de pensar e emoções, crenças, conceções, atitudes e perceções, isto é, todo um conjunto de aspetos difíceis de extrair ou compreender através do uso de métodos de investigação mais convencionais (Guba e Lincoln, 1994; Patton, 1990; Stake, 1989).

Interessa-nos mais a compreensão e interpretação sobre como os factos se manifestam do que determinar causas para os mesmos. Neste sentido, mais do que provar hipóteses, determinar relações de causa e efeito, ou estabelecer leis gerais, interessou-nos o processo sem que tenhamos qualquer intenção de generalização (Bogdan & Biklen 1994).

Assim, considerando o cariz investigativo qualitativo|interpretativo de que partimos, esteve sempre presente, desde o início dos trabalhos, a ideia de que o processo investigativo fosse desenvolvido na plasticidade de uma (re)construção teórico-metodológica aberta e flexível, isto é, definindo-se e redefinindo-se continuamente à medida que íamos lidando com o nosso objeto de estudo (Guba, 1989), configurando um desenho emergente (Bogdan e Biklen, 1994; Patton, 1990).

3. CONTEXTO E PARTICIPANTES NO ESTUDO

No âmbito da investigação qualitativa alguns autores defendem que é necessário documentar muito bem o contexto estudado (Schofield, 2002; Deslairies e Mayer, 2000), possibilitando que o conhecimento produzido num contexto particular possa ser profícuo em outros contextos análogos. Sem esta qualidade de informação é impossível fazer um julgamento informado sobre o grau possível de extrapolação das conclusões de um estudo-contexto para outros estudos-contextos. Por outro lado, para lá da questão de aplicabilidade externa do conhecimento proveniente da investigação, a compreensibilidade desse próprio conhecimento aumentará se ele for enquadrável no respetivo contexto de produção, uma vez que os fenómenos sociais são histórica e culturalmente condicionados (Strausse Corbin, 2003).

O presente estudo desenvolveu-se em treze Escolas Superiores de Enfermagem|Saúde de Portugal continental, públicas e privadas, que integram o Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico, concretamente, duas na região norte do país, três na região centro, uma na região sul e sete na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Na seleção das escolas que incorporaram o estudo, tivemos em consideração as advertências de Erikson (1989), quanto à importância da negociação do “acesso ao lugar” no caso da investigação interpretativa. Optou-se assim, por desenvolver o estudo em escolas acerca das quais tivéssemos algum conhecimento e|ou algum contacto formal ou informal prévio. Em alguns casos, esta opção veio a revelar-se facilitadora, no sentido em que tornou mais célere a resposta ao pedido formal de acesso ao campo de estudo formulado às respetivas Direções das Escolas. Nesse pedido foi explicitada a natureza do trabalho, seus objetivos e metodologia e, ainda, o número mínimo de participantes desejado, assegurando, desde logo, a manutenção do anonimato da instituição, dos participantes no estudo e, ainda, a confidencialidade acerca da informação recolhida (Anexo I).

A decisão de incluir professores e estudantes no grupo de sujeitos ou “informantes-chave” (Anderson, 1998), não seguiu os critérios de uma amostra representativa na sua constituição. Trata-se de uma amostra intencional ou de conveniência (Polit e Hungler, 1995; Bogdan e Biklen, 1994), construída a partir da crença de que os sujeitos, enquanto atores diretamente implicados nos processos de ensino-aprendizagem na prática em contexto de trabalho, se encontravam numa posição singular para fornecer informação relevante que pudesse facilitar a compreensão do quê, e como se ensina e se aprende

nessa componente formativa e qual o contributo dos professores para esse efeito. Em suma, tratou-se de procurar aceder aos sujeitos que estão diretamente relacionados com o fenómeno em estudo (Huberman e Miles, 1991), isto é, que tivessem informação relevante sobre o mesmo; que fossem acessíveis física e socialmente; que estivessem disponíveis e dispostos a colaborar e que fossem capazes de comunicar a informação com precisão (Gorden, 1975, citado por Valles, 1997).

Na seleção dos participantes tivemos ainda em consideração alguns critérios de inclusão com algum grau de subjetividade. No caso dos professores procurámos, por um lado, a heterogeneidade (Morgan, 1996; Krueger, 1994), designadamente, no que respeita ao género, idade, formação pós-graduada, tempo de exercício como enfermeiro, tempo de exercício docente, posição na carreira e experiência supervisa quer enquanto enfermeiro quer enquanto docente. Atendemos ainda, à cultura diferenciada das escolas nas distintas zonas do país onde os professores desenvolvem a sua atividade profissional, considerando que “(...) *as culturas dos professores diferem, não só entre as escolas, como também entre grupos de professores dentro de cada escola*” (Lima, 2000:69). Por outro lado, simultaneamente procurou-se a homogeneidade (Morgan, 1996; Krueger, 1994). Neste âmbito, procurámos que em cada escola que respondeu positivamente à nossa solicitação, pudéssemos dispor de um grupo de professores, composto por um mínimo de cinco elementos que possuísem as seguintes condições: fossem reconhecidos como peritos na área da docência em Enfermagem; tivessem um mínimo de cinco anos de exercício nas componentes teórica e prática; tivessem conhecimento e acesso à informação pretendida e quisessem fornecê-la através da técnica de *focus-group*.

No que respeita aos estudantes, procurou-se alguma heterogeneidade apenas, no que respeita ao género e idade. A homogeneidade foi obtida, com base na decisão de apenas incluir estudantes do 4º ano do CLE. Tal decisão baseou-se na crença de que estes, por estarem na fase final da formação e já terem tido variadíssimas experiências nos mais diversos contextos de prática clínica, seriam aqueles que “melhor posicionados” estariam para nos facultar informação relevante sobre o vivido e as aprendizagens decorrentes dessa experiência, no quadro do dispositivo de formação inicial em Enfermagem, bem como, sobre o contributo dos seus professores para esse efeito.

Inicialmente era nossa intenção entrevistar dois estudantes por cada escola participante. Porém, devido a constrangimentos de ordem pessoal intrínsecos aos próprios

estudantes, à exceção de dois estabelecimentos de ensino, nos restantes, apenas foi possível entrevistar um estudante.

Em suma, o grupo de participantes no estudo é composto por um total de sessenta e oito professores e quinze estudantes de treze Escolas Superiores de Enfermagem|Saúde de Portugal continental, cuja distribuição se apresenta na Figura 6.



Figura 6 - Distribuição dos sujeitos por estabelecimento de ensino e região do país.

Seguidamente apresentam-se as principais características sócio-demográficas dos grupos docente e discente. Uma análise mais detalhada pode ser obtida pela consulta do Anexo II.

- ***Grupo Docente***

No que respeita ao género, da totalidade dos sujeitos, 10 (15%) são do género masculino e 58 (85%) são do género feminino. Verifica-se assim que há uma predominância do género feminino, situação esperada, na medida em que a docência em Enfermagem teve a sua génese na própria profissão, e esta, historicamente, está associada à mulher (Collière, 1989). Tais resultados parecem ainda ser corroborados pelos dados disponibilizados pelo Departamento de Estatística da OE em 2015, segundo

os quais, dos 66.452 enfermeiros registados, 54.374 (81,8%) são do género feminino e apenas 12.078 (18,2%) são do género masculino (OE, 2015).

Quanto à variável idade, verifica-se que esta oscila entre os 28 e os 62 anos. A média de idades é de 46,1 anos e a moda 44 anos, valores que encontram correspondência aos dados publicados pelo PORDATA em 2015, relativos aos docentes do ensino superior por subsistema de ensino.

No que concerne à categoria profissional dos sujeitos, verifica-se uma predominância de professores adjuntos, num total de 38 (55,9%). A segunda categoria profissional mais expressiva é a dos professores coordenadores que compreende 12 indivíduos (17,6%). Pode ainda constatar-se que o número de Assistentes e Equiparados a Assistente de 2º triénio é semelhante, 9 indivíduos, o que corresponde a 13,2% da amostra. Esta constatação não deixa de ser curiosa, uma vez que em 2009 foi publicado o Decreto-Lei que procedeu à Alteração do Estatuto Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico (Decreto-Lei nº 207/2009 de 31 de Agosto) que extingue a categoria de Assistente e coloca como exigência de qualificação para a entrada na carreira o grau de Doutor ou o título de Especialista.

O grupo docente apresenta um tempo de exercício profissional que varia entre 5 e 28 anos, sendo a média de 13,04 anos e a moda de 6 anos. Em termos carreira docente, poder-se-á afirmar que estamos perante um grupo de professores que, maioritariamente, se encontra entre as fases de “estabilização, consolidação de um reportório pedagógico” e de “serenidade, conservantismo; Distanciamento afetivo” se nos ativermos à tipologia estabelecida nos estudos de Huberman (2005).

No âmbito das suas funções enquanto docentes, todos os participantes revelaram ter experiência no acompanhamento e supervisão de estudantes. Genericamente, os professores referem ter entre 5 e 28 anos de experiência supervisiiva, situando-se a média nos 12,4 anos e a moda nos 5 anos. Numa análise mais detalhada podemos ainda constatar que 50% (34) dos sujeitos tem entre 5 e 10 anos de experiência supervisiiva, situação que de acordo com o Modelo de Desenvolvimento Socioprofissional proposto por Benner (2000), lhes confere a condição de peritos na área supervisiiva.

Relativamente a habilitações académicas, verifica-se que 3 participantes têm o grau de Doutor (4,4%) (dois na área das Ciências de Enfermagem e um na área da Psicossociologia da Saúde); 29 (42,6%) possuem o grau de Mestre e 46 (53,0%) não detêm qualquer formação ao nível do segundo e terceiro ciclos. Dos participantes que

detêm o grau de Mestre, evidencia-se uma hegemonia na área de especialização em Ciências de Enfermagem (n=16; 55%), o que de resto não constitui surpresa, se considerarmos as alterações legislativas operadas na última década, nomeadamente, com a publicação do RJIES (Lei nº 62/2007), que veio permitir a atribuição do grau de Mestre no Ensino Superior Politécnico.

No âmbito do desenvolvimento profissional como enfermeiros, os sujeitos procuraram ampliar os seus conhecimentos profissionais, sendo que 54 (79,4%) frequentaram formação especializada quer nas tradicionais áreas de especialização em Enfermagem (Reabilitação; Saúde Materna e Obstétrica; Saúde Infantil e Pediátrica; Saúde Pública; Saúde Mental e Psiquiátrica; Saúde Comunitária; Enfermagem Médico-Cirúrgica) quer em outras áreas da saúde.

Paralelamente à procura de formação profissional na área da Saúde|Enfermagem, os sujeitos referem também ter investido no seu desenvolvimento profissional enquanto docentes. Neste âmbito, 36 docentes (52,9%) têm formação na área das Ciências da Educação, sendo que 20,6% são detentores de Curso de Mestrado e os restantes possuem outras pós-graduações nessa mesma área.

Para além dos dados apresentados, acresce dizer que todos os elementos que constituem o grupo de professores, anteriormente ao exercício docente, desempenharam funções enquanto enfermeiros em hospitais ou centros de saúde. O professor que teve o menor tempo de exercício na prestação de cuidados, exerceu apenas durante um ano e o que teve mais larga experiência nesse âmbito, exerceu durante 20 anos. Ainda no âmbito das suas funções enquanto enfermeiros, à exceção de um dos sujeitos, todos os demais colaboraram na supervisão de estudantes no âmbito da formação inicial em Enfermagem, tendo sido esta a principal via de acesso à carreira docente. Em termos gerais, a experiência supervisiva oscila entre 1 e 19 anos. A média é de 9,4 anos e a moda situa-se nos 10 anos. Em suma, no conjunto dos nossos entrevistados parece imperar alguma heterogeneidade marcada pelas diferença etária, categoria profissional, formação académica e profissional, tempo de docência, experiência supervisiva e contextos de ação quer como enfermeiros quer como docentes.

- ***Grupo Discente***

Em termos de género, 7 (47%) estudantes são do género masculino e 8 (53%) são do género feminino. Apesar de no presente estudo, haver uma quase igualdade de género, tais resultados não expressam a realidade, pois, como refere Simões (2008), 90% dos

enfermeiros ao nível mundial são mulheres. Esclarece ainda a autora que dos estudos efectuados no nosso país, a regra não sofre qualquer tipo de exceção, já que a esmagadora maioria dos Enfermeiros são do sexo feminino. Tal inferência vai de encontro aos dados publicados pelo PORDATA em 2015, sendo que, dos 349.658 estudantes matriculados no ensino superior nesse ano, 187.335 (53,57%) são do género feminino e 162.323 (46,43%) são do género masculino. Verificámos ainda, que por área de educação é o género feminino que está maioritariamente inscrito na área da Saúde e Protecção Social (77,4%), logo a seguir à área da educação (82,8%).

Quanto à idade, verifica-se que as mesmas se situam entre os 22 e os 37 anos, a média é de 26,2 anos e a moda de 23 anos. A classe etária que apresenta maior representatividade corresponde a idades inferiores a 25 anos (46%), seguida da classe entre os 25 e os 30 anos (27%). Este último intervalo de idades revela que uma das modalidades de acesso ao Ensino Superior em Enfermagem é através dos “Maiores de 23 anos”.

4. TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Considerando o tipo de estudo e, sobretudo, que o nosso propósito era obter elementos acerca das concepções que professores e estudantes têm sobre o que torna formativa a prática em contexto de trabalho; sobre qual o papel que a mesma detém na construção de conhecimento profissional para ambos e, ainda, compreender qual o papel do docente nesse âmbito, privilegiámos duas técnicas qualitativas de recolha de dados.

Assim, na busca de privilegiar a compreensão dos fenómenos através da perspectiva dos sujeitos que os protagonizam, aos professores, aplicou-se a técnica de *focus group* e aos estudantes a entrevista semi-estruturada.

Com efeito, importava-nos desocultar que quadros de referência estariam presentes ou ausentes no discurso de ambos os grupos de sujeitos, para lá do conteúdo concreto das suas opiniões, como forma de dar resposta aos eixos de análise inicialmente formulados. Posteriormente foi desenvolvido um modelo analítico-interpretativo em recursividade entre o quadro conceptual e a análise dos dados quer do *focus group* quer das entrevistas semi-estruturadas.

4.1 A técnica de *focus-group*

A opção pelo uso do *focus-group*, teve a ver com o propósito da investigação e também com as condições logísticas para a sua realização. A leitura de literatura sobre esta metodologia (Longo e Fernandes, 2014; Nunes, 2012; Baribeau, 2010; Curtis & Redmond, 2007; Carey, 2007; Galego e Gomes, 2005; Flick, 2005; Morgan, 2002; Giovanazzo, 2001; Saummure, 2001; Fern, 2001; Krueger & Casey, 2000; Morgan, 1997; Merton, 1997) levou-nos a considerar que a mesma era bastante apropriada para aceder, na interação coletiva e de modo mais célere, às opiniões dos sessenta e oito professores, participantes no estudo, distribuídos por treze escolas.

Sendo o nosso objeto de estudo um território quase desértico, o *focus-group*, inspirado em entrevistas não diretivas, privilegiou a observação e o registo das reações dos professores e da interação coletiva, produzindo informação e *insight* que não seria possível captar através de outras técnicas, como por exemplo, as entrevistas individuais, os questionários ou mesmo a observação participante, tanto na perspectiva do número como na perspectiva metodológica (Longo e Fernandes, 2014; Merton, 1997). Assim, o conhecimento construído na interação, no decorrer do *focus-group*, constituiu “(...) *um valor crítico e reflexivo, com carácter dinâmico e operativo que*, [em última análise,

poderá conduzir] *ao emergir de novas atitudes e mentalidades*” (Galego e Gomes, 2005:179).

Em essência, foi o nosso interesse investigativo que forneceu o foco, enquanto a informação resultou da interação no seio dos diversos grupos de docentes. A interação estabelecida entre os professores facilitou a exploração e clarificação dos seus próprios pontos de vista e o confronto com os dos outros elementos do grupo. O debate não se cingiu unicamente à obtenção de respostas às perguntas do moderador mas, também, às questões que espontaneamente iam germinando e sendo colocadas pelos próprios professores (Halcomb *et al.*, 2007). Nesta interação, os tópicos em discussão ora foram rejeitados, ora confirmados e/ou reforçados, enquanto contributos para a possibilidade de criação de conhecimento novo (Longo e Fernandes, 2014; Ivanoff & Hultberg, 2006; Kenny, 2004; Mansell, 2004;).

Como sublinha Merton (1997), “(...) *até interagirem uns com os outros num tópico, os indivíduos não têm, muitas vezes, conhecimento das suas próprias perspetivas implícitas*”(p.46). Esta é, quanto a nós, a grande inovação e vantagem do *focus-group*, já que, nos permitiu superar os dualismos redutores que opõem em termos absolutos sujeito-objeto, mostrando-nos que, no decorrer do processo investigativo os professores foram transformando as suas estruturas cognitivas, através das relações recíprocas que estabeleceram no decorrer da operacionalização da técnica, auto descobrindo-se e, portanto, emancipando-se (Galego e Gomes, 2005).

O *focus-group* pode ser usado em qualquer etapa da investigação, existindo essencialmente três modalidades, que são classificadas de acordo com o uso isolado ou concomitante com outras técnicas e métodos (Longo e Fernandes, 2014). Merton (1997) classifica o *focus-group* em *grupos auto referentes*, cujas informações fornecidas são a principal e única fonte de dados; *como técnica complementar*, na qual as informações fornecidas são analisadas, avaliadas e utilizadas para a construção de outros instrumentos de recolha de dados, como questionários ou escalas; e *como técnica simultânea* a outras técnicas qualitativas, modalidade que adotámos. À técnica|método de *focus-group* são apontadas seis principais características definidoras: “(1) *pessoas*, (2) *agrupadas numa série de grupos*, (3) *que possuem certas características* [homogeneidade e heterogeneidade], que (4) *fornecem informação* (5) *de natureza qualitativa* (6) *numa discussão focalizada*” (Krueger, 1994:16). A homogeneidade entre os professores de cada um dos grupos tornou-os mais confiantes e “livres” para

desocultarem os seus quadros de referência. A heterogeneidade possibilitou a angariação de mais e distintos pontos de vista.

A origem do *focus-group* remonta aos anos 40 do século XX, altura em que os cientistas sociais começaram a empregar técnicas de entrevista não-diretivas. A utilização mais tardia do *focus-group* no âmbito das ciências sociais e humanas deveu-se, sobretudo, ao facto de os investigadores, face à hegemonia do paradigma positivista e, conseqüentemente, à relevância da investigação experimental, manifestarem alguma relutância em aceitar as metodologias de pesquisa qualitativa em geral (Touré, 2010; Curtis Redmond, 2007; Flick, 2005; Krueger, 1994). A utilização frequente e generalizada do *focus-group* e a sua divulgação são relativamente recentes, reportando-se aos finais dos anos 80 e, sobretudo, à década de 90. Tal pode ser constatado na literatura sobre o tema, na quantidade de estudos publicados na época, essencialmente no âmbito do *marketing* e, também, pela sua inclusão nos manuais sobre metodologia científica (Denzin & Lincoln, 2003).

É nos anos 90 que o *focus-group* passa a ser utilizado na área da saúde (Longo e Fernandes, 2014; Nunes, 2012; Curtis & Redmond, 2007; Galego e Gomes, 2005). No âmbito concreto da investigação em Enfermagem, os trabalhos desenvolvidos têm vindo a privilegiar cada vez mais esta técnica de recolha de dados, quer seja de forma isolada, quer seja em combinação com outras técnicas, evidenciando-se as suas potencialidades heurísticas para a compreensão dos fenómenos do humano, quer no âmbito investigativo do cuidado em Enfermagem quer do seu ensino (Longo e Fernandes, 2014; Nunes, 2012; Fernandes, 2010; Curtis & Redmond, 2007; Duggleby, 2005; Ruff *et al.*, 2005).

- ***Protocolo, setting e realização das sessões de focus-group***

Tendo em conta que o *focus-group* é uma metodologia de investigação qualitativa, o processo de desenvolvimento do mesmo não implicou uma sequência de etapas que se sucedem de forma linear, mas sim constituiu um processo recursivo composto por etapas ou momentos que se interligaram permitindo um plano continuamente emergente e flexível de acordo não só com a revisão da literatura e com os objetivos da investigação, mas também e, sobretudo, com as características, contingências e vicissitudes encontradas durante todo percurso investigativo (Bogdan & Biklen, 1994).

Cientes das possibilidades e limites do *focus-group* apontados pela literatura da especialidade, e ainda, tendo em consideração as recomendações metodológicas e

epistemológicas de múltiplos autores relativamente à preparação das sessões, constituição dos grupos e moderação dos mesmos (Longo e Fernandes, 2014; Nunes, 2012; Davila e Domínguez, 2010; Baribeau, 2010; Krueger & Casey, 2000; Fontana e Frey, 2000; Giovanazzo, 2001; Saummure, 2001; Fern, 2001; Morgan, 2002; Galego e Gomes, 2005; Flick, 2005; Curtis & Redmond, 2007; Carey, 2007), foi desenvolvido um guião|roteiro (Anexo III), a partir do qual foram orientadas|moderadas as discussões dos treze grupos de professores participantes. Este instrumento foi desenvolvido, reformulado e adaptado, e após ter sido testado num grupo de cinco professores, que não fariam parte dos participantes do estudo, foi obtida a versão definitiva.

Tendo como objetivo geral obter elementos que caracterizassem as conceções dos professores, relativamente ao valor formativo da prática em contexto de trabalho no plano das aquisições, desenvolvimento de conhecimentos, competências profissionais e construção identitária discente e, também, no plano do seu próprio desenvolvimento profissional e construção de conhecimento profissional docente, o guião das sessões de *focus-group*, foi estruturado em torno de seis blocos temáticos, cada um norteado por objetivos específicos, dos quais decorreu um formulário orientador de perguntas-tipo e ainda um conjunto de tópicos a explorar sempre que os professores não as abordassem de forma espontânea. A ordem enunciada foi meramente indicativa, tendo sido adaptada, sempre que necessário, face à fluidez dos discursos dos grupos de professores no momento da concretização das sessões de *focus-group*. No quadro que se segue apresentamos uma visão simplificada do mesmo, designadamente, os objetivos de cada um dos seus blocos.

Blocos Temáticos	Objetivos
<p>Bloco I</p> <p>Legitimação da Entrevista</p>	<p>Explicitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âmbito e objetivos do estudo; • Importância da colaboração e reflexão sobre as questões lançadas; • Garantia da confidencialidade e anonimato; • Necessidade de registo (gravação vídeo) da sessão de <i>focus-group</i>; • Motivação para a entrevista.
<p>Bloco II</p> <p>A prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem</p>	<p>Identificar as representações dos professores acerca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da importância da prática em contexto de trabalho, enquanto dispositivo de formação inicial de enfermeiros; • Possibilidades limites da prática em contexto de trabalho no que respeita aos contextos, processos e atores implicados.
<p>Bloco III</p> <p>Aquisições específicas da prática em contexto de trabalho, efetuadas pelos estudantes, e contributo docente para esse efeito</p>	<p>Identificar as representações dos professores sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O quê, e como se ensina e se aprende na prática em contexto de trabalho; • Qual o contributo da prática em contexto de trabalho, para a construção de identidade profissional dos estudantes • Qual o contributo específico dos docentes, para as aquisições dos estudantes durante os períodos de prática em contexto de trabalho; • Nível de preparação impreparação dos professores para efetuarem o acompanhamento supervisão clínica da prática em contexto de trabalho;

<p>Bloco IV</p> <p>Contributo do acompanhamento supervisão da prática em contexto de trabalho para o desenvolvimento profissional docente.</p>	<p>Identificar as representações dos professores sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qual o contributo da prática em contexto de trabalho, para a construção de identidade profissional docente; • Qual o contributo do acompanhamento supervisão clínica da prática em contexto de trabalho no desenvolvimento dos conhecimentos e competências requeridas para o ensino de Enfermagem; • Qual o contributo do acompanhamento supervisão clínica da prática em contexto de trabalho para a construção de conhecimento profissional docente.
<p>Bloco V</p> <p>Expectativas quanto à componente de prática em contexto de trabalho desejada</p>	<p>Perceber quais as expectativas dos professores quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aos modelos de formação desejados para prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem; • Aos contextos de trabalho desejados para o desenvolvimento da componente prática da formação inicial em Enfermagem; • Ao tipo de formadores e de relações interinstitucionais (academia – contextos de trabalho) desejados.
<p>Bloco VI</p> <p>Encerramento da discussão</p>	<p>Sintetizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os principais pontos de vista emergentes da discussão do grupo. <p>Recolher</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elementos de carácter complementar que não tenham sido questionados abordados e possam ser relevantes para o estudo.

Quadro 2 - Síntese do Guião de *Focus-Group* aplicado aos professores.

Conforme fomos recebendo resposta positiva das instituições de ensino contactadas, ao pedido formal para a realização da recolha de dados, as sessões de *focus-group* foram sendo agendadas segundo as disponibilidades dos professores, o que se traduziu num período demasiado alargado de recolha de dados, face à dificuldade em reunir simultaneamente, o número mínimo de participantes (cinco) (Longo e Rodrigues, 2014; Nunes, 2012; Baribeau, 2010; Davila e Domínguez, 2010; Krueger & Casey, 2000).

Ultrapassado este constrangimento, as sessões de *focus-group* decorreram no período entre dezembro de 2011 e novembro de 2012. Todas elas, foram realizadas em condições muito semelhantes, geralmente em salas de aula ou de reuniões, num ambiente calmo, acolhedor, o mais privado possível, nas (treze) instituições de ensino onde os professores desempenhavam funções, deslocando-se o investigador às mesmas. A deslocação do investigador ao terreno do estudo foi interessante e enriquecedora, na medida em que não só lhe proporcionou um contacto direto com os professores participantes mas também com o seu “meio ambiente organizacional”, permitindo, nalguns casos, um conhecimento interpessoal mais próximo. Cada sessão de *focus-group* foi assim, compreendida pelo investigador como um contexto único e diferenciado, constituído por pessoas diferentes, em momentos diferentes, porém num processo único. Foi desafiador lidar com este processo único, que só se foi desocultando com o desenvolvimento das próprias sessões, durante as quais, a partir dos pontos de vista dos professores, se procurou compreender as situações na sua complexidade e na

sua dinâmica, muitas vezes surpreendendo as regularidades e as contradições que lhes estão inerentes.

Nas datas combinadas para realização das sessões, e enquanto era aguardada a chegada de todos os professores, foi distribuída uma pequena ficha de auto preenchimento para facilitar a recolha de alguns dados biográficos considerados relevantes para a caracterização dos professores participantes na investigação (Anexo IV). Após todos os professores terem chegado e acomodado, passámos ao primeiro momento das sessões – o acolhimento – durante o qual: agradecemos a presença dos participantes; explicitámos o âmbito e os objetivos do estudo; reafirmamos a importância crucial da participação de todos; apresentámos o moderador (investigador) referindo-nos ao seu papel; pedimos permissão para a utilização da câmara de vídeo; entregámos a cada sujeito a declaração de consentimento informado e esclarecido (Anexo V), assegurando o anonimato e a privacidade; mostrámos disponibilidade para facilitar o acesso aos resultados da investigação quando terminada e explicámos como se iria processar o “debate” e a estimativa da sua duração (60 – 90 min) (Longo e Fernandes, 2014; Nunes, 2012; Curtis & Redmond, 2007; Flick, 2005; Mansel, 2004; Krueger, 1994).

Seguidamente, começámos pela apresentação pessoal de cada participante (nome, função, anos de serviço, ...), codificando-o no seio do grupo e, de imediato, passámos então ao debate das questões que compunham o guião das sessões. Podemos considerar que as sessões de *focus-group* efetuadas, foram estruturadas no sentido em que procurámos manter a discussão centrada nos tópicos predefinidos, embora as perguntas fossem fundamentalmente abertas, permitindo aos professores, no fluir da interação, redirecionar a abordagem de um dado aspeto. Procurou-se assim, que qualquer deriva dos discursos fosse no sentido da produção de registos relevantes face aos objetivos do estudo (Fick, 2005; Morgan, 1997; Nunes, 2012; Longo e Fernandes, 2014).

As sessões de *focus-group* foram gravadas em formato vídeo (DVD) e posteriormente transcritas. A duração das sessões oscilou efetivamente entre os 60 e os 90 minutos, das quais resultou, entre 70 a 150KB de *verbatim*. Situações houve em que, após o término da sessão de *focus-group*, a conversa se prolongou de forma agradável “apetecendo”, por vezes, voltar à camara de vídeo. No entanto, também sentimos que os professores preferiam falar de algumas temáticas sem estar sujeitos ao registo digital. Nesta situação, recorreremos ao registo imediato em papel de tudo o que poderia de algum modo contribuir para o enriquecimento do nosso estudo. Os dados recolhidos foram

transcritos, tendo-se constituído o *corpus* da análise das respetivas sessões de *focus-group* sob a forma de protocolos (Anexo VI).

4.2 A entrevista semi-estruturada

Para além do *focus-group* a entrevista foi a outra técnica de recolha de dados utilizada no nosso estudo. A decisão do uso da entrevista justifica-se, à semelhança do referido anteriormente a propósito do uso do *focus-group*, pela própria natureza do fenómeno em estudo – opinião – difícil de obter por outra via que não seja a palavra dos sujeitos, no caso concreto, os estudantes (Van der Maren, 2010, 1995; Rodrigues, 2006; Anderson, 1998; Bogdan e Biklen, 1994; Ghiglione e Matalon, 1992; Estrela, 1990).

A entrevista enquanto modo particular de comunicação verbal, que se estabeleceu entre o investigador e os estudantes, com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas, evidenciou-se ser uma técnica de grande utilidade na medida em que nos permitiu “dar voz” aos estudantes para obter aquelas informações que a observação direta não nos possibilita aceder, pois, ou remetem para o terreno dos pensamentos, motivações, crenças, valores ou para as dimensões do já passado, já acontecido, apenas recuperável por via do relato retrospectivo na interação com alguém que provoca a sua elicitación (Rodrigues, 2006).

A entrevista permitiu-nos, assim, a desocultação dos quadros de referência que sustentam as opiniões emitidas, bem como o aprofundamento dos significados atribuídos às experiências vivenciadas na primeira pessoa pelos estudantes. Como realçam Bogdan e Biklen (1994) a “(...) *entrevista é usada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito. Permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo*”(p.134).

As entrevistas consoante os graus de estruturação e de liberdade concedida aos sujeitos inquiridos, podem ser classificadas em estruturadas, diretivas ou estandardizadas; semi-diretivas ou semi-estruturadas e não diretivas ou livres (Quivy & Campenhoudt, 2003; Tuckman, 2002; Fortin, 1999; Anderson, 1998; Ghiglione e Matalon, 1992; Estrela, 1990; Patton, 1990; Ludke & André, 1986). À semelhança do *focus-group*, podem constituir uma estratégia única ou então, podem aparecer associadas a outras técnicas de recolha de dados, como no caso do presente estudo.

Optou-se pela modalidade de entrevista semi-diretiva ou semi-estruturada. Porém, tal opção, não nos dispensou de previamente elaborar um guião orientador da entrevista, o qual será apresentado adiante. Subjacente à utilização do instrumento produzido, esteve sempre a ideia de que este deveria ter uma natureza maleável e flexível, funcionando tão-somente como bússola norteadora que facilitasse “(...) *tanto quanto possível, ‘deixar andar’ o entrevistado para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e na ordem que lhe convier*” (Quivy & Campenhoudt, 1998:194). Esta decisão, possibilitou que os estudantes, de acordo as suas características e vivências pessoais, produzissem um discurso rico em informação sobre os temas em análise, garantindo-se simultaneamente que os tópicos considerados fundamentais fossem abordados e, ainda, que fossem colocadas as mesmas questões, ou questões muito semelhantes, a todos os estudantes participantes no estudo. Com efeito, uma das vantagens da entrevista semi-estruturada apontada pela literatura, consiste em esta permitir algum grau de comparabilidade entre os vários entrevistados, permitindo-nos compreender em que medida é que diferentes sujeitos se posicionam face às mesmas questões (Bogdan e Biklen, 1994).

Em suma, as entrevistas semi-estruturadas aos estudantes permitiram identificar e reunir um conjunto de dados resultantes de um “outro olhar” sobre o objeto de estudo, vindo complementar e dar consistência aos dados obtidos pela inquirição dos professores por via da técnica do *focus-group*.

- ***Protocolo, setting e realização das entrevistas***

Na preparação e realização das entrevistas procurámos ter em conta os requisitos metodológicos definidos pelos diferentes autores (Ghiglione e Matalon, 2010, 1992; Flick, 2005; Quivy & Campenhoudt, 2003; Tuckman, 2002; Anderson, 1998; Estrela, 1994; Bogdan e Biklen, 1994). Assim, definido o tema e identificados os estudantes a entrevistar, definiram-se os objetivos em função da revisão da literatura acerca do objeto de estudo e dos objetivos gizados para a investigação. A primeira etapa consistiu na conceção do guião orientador da entrevista (Anexo VII). Este foi estruturado segundo cinco blocos temáticos, cada um guiado por objetivos específicos, dos quais decorreu um formulário orientador de perguntas-tipo. As perguntas foram elaboradas de forma aberta, singular, clara e neutral, de modo a permitir aos estudantes a utilização dos seus quadros de referência, sem restrições ou imposições, no intuito de estes se expressarem de forma livre, uma vez que a resposta depende das condições da interrogação (Ghiglione e Matalon, 2010, 1992; Flick, 2005; Anderson, 1998; Bogdan e

Biklen 1994). Para além das perguntas foi também desenvolvido um conjunto de tópicos que visavam operacionalizar as diversas dimensões consideradas pertinentes em relação à temática a abordar. Os tópicos funcionaram ainda, como recurso para a condução das entrevistas, garantindo que todos os aspetos e temas relevantes para a investigação fossem referidos no decurso da entrevista (Flick, 2005). Tal como referido anteriormente, relativamente ao *focus-group*, a ordem enunciada foi meramente indicativa, tendo sido adaptada, sempre que necessário, abrindo a possibilidade de os estudantes darem o seu ponto de vista não apenas acerca dos temas definidos, mas também sobre outros temas. No quadro que se segue apresentamos uma visão simplificada do guião, designadamente os objetivos de cada um dos seus blocos.

Blocos Temáticos	Objetivos
<p>Bloco I</p> <p>Legitimação da Entrevista</p>	<p>Explicitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos e âmbito do estudo; • Importância da colaboração e reflexão sobre as questões lançadas; • Garantia da confidencialidade e anonimato; • Necessidade de registo (gravação vídeo) da entrevista; • Motivação para a entrevista
<p>Bloco II</p> <p>A prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem</p>	<p>Identificar as representações dos estudantes acerca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da importância da prática em contexto de trabalho, enquanto dispositivo de formação inicial de enfermeiros; • Das possibilidades/limitações da prática em contexto de trabalho no que respeita aos contextos, processos e atores implicados.
<p>Bloco III</p> <p>Aquisições específicas da prática em contexto de trabalho e contributo docente para esse efeito</p>	<p>Identificar as representações dos estudantes sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O <i>quê</i>, e <i>como</i> se ensina e aprende na prática em contexto de trabalho; • Qual o contributo da prática em contexto de trabalho, para a construção de identidade profissional dos estudantes; • Qual o contributo docente para as aquisições efetuadas pelos estudantes durante os períodos de prática em contexto de trabalho; • Quais as características dos professores contributivas/facilitadoras, ou não, das aprendizagens dos estudantes na prática em contexto de trabalho.
<p>Bloco IV</p> <p>Expectativas quanto à formação desejada</p>	<p>Perceber quais as expectativas dos estudantes acerca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos modelos de formação ideais para prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem; • Dos contextos de trabalho ideais para o desenvolvimento da componente prática da formação inicial em Enfermagem; • Do docente ideal para efetuar o acompanhamento/supervisão do estudante na prática em contexto de trabalho.
<p>Bloco V</p> <p>Informações complementares</p>	<p>Sintetizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os principais pontos de vista emergentes da discussão do grupo. <p>Recolher:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elementos de carácter complementar que não tenham sido questionados/abordados e possam ser relevantes para o estudo.

Quadro 3 - Síntese do Guião de Entrevista aplicado aos estudantes.

Antes da realização das entrevistas foi testado o guião concebido, no sentido de poderem ser aferidas as reações ao mesmo e efetuar eventuais modificações, pois “(...) *o sucesso de uma entrevista depende da composição das perguntas, mas também, e*

sobretudo, da habilidade de quem conduz a entrevista” (Quivy, 1998:183). Para tal, foram contatados três estudantes que não iriam figurar entre os participantes no estudo, que se disponibilizaram para o estudo preliminar. Feitos os respectivos ajustes e conscientes da complexidade da técnica de entrevista, demos então início formal às mesmas. As entrevistas foram marcadas segundo as disponibilidades dos estudantes participantes e, à semelhança das sessões de *focus-group*, decorreram no período compreendido entre dezembro de 2011 e novembro de 2012, em condições de realização idênticas ao mencionado anteriormente relativamente aos professores.

Explicitados os objetivos da entrevista, de forma a “(...) vencer a resistência natural ou a inércia dos indivíduos” (Quivy, 1998:183), foi entregue a declaração de consentimento informado e esclarecido (Anexo V), garantida a confidencialidade e o anonimato e, por fim, solicitada autorização aos estudantes para gravar as entrevistas em formato vídeo, o que foi aceite por todos. O desenvolvimento das entrevistas foi um processo gradual. Apesar de ser garantida a confidencialidade da informação (Estrela, 1994), os estudantes mostraram-se inicialmente retraídos na manifestação das suas opiniões, uma vez que esta situação implicava, por um lado, manifestarem-se e “exporem-se” acerca do tipo de relações que mantinham com a sua escola; com os seus professores; com as organizações de saúde onde realizaram os ensinamentos clínicos; com os orientadores/supervisores; com a equipa multidisciplinar e também com os utentes no decurso da relação de ajuda no processo de cuidar.

Procurou-se assim, do ponto de vista da conversação, manter sempre uma postura de escuta ativa, evitando dirigir as entrevistas e influenciar os entrevistados, promovendo um clima de informalidade. Fomos, sempre que possível, concedendo a palavra aos sujeitos, utilizando frequentes sinais verbais e não-verbais de reforço, estímulo, empatia e compreensão, evitando restringir a temática abordada, possibilitando o alargamento dos temas propostos e a informação espontânea sobre temas previstos no guião, mas ainda não abordados (Anderson, 1998; Bogdan e Biklen, 1994). Posto isto, foi notória uma maior “descontração” e abertura por parte dos estudantes, à medida que a conversa fluía.

Vencido o “gelo inicial”, as entrevistas decorreram num clima agradável, sendo de registar que a generalidade dos estudantes encadearam de tal forma o seu discurso e as suas reflexões que, por vezes, foi difícil gerir o fio condutor dos seus discursos e colocar as questões que tínhamos delineado no guião. No entanto, ao apercebermo-nos de que as respostas às questões constantes do mesmo iam surgindo, embora sem ser na

sequência prevista no mesmo, optámos por deixar fluir o discurso. Pontualmente, introduzíamos alguns tópicos, conscientes de que, embora correndo alguns riscos, o material que estávamos a recolher poderia ser enriquecido e corresponder melhor aos objetivos de pesquisa formulados.

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

Tal como no caso dos docentes, no final da entrevista, foi entregue uma pequena ficha de auto preenchimento para facilitar a recolha de alguns dados biográficos considerados relevantes para proceder à caracterização dos estudantes (Anexo VIII).

À semelhança das sessões de *focus-group*, também as entrevistas semi-estruturadas foram gravadas em formato vídeo (DVD) e posteriormente transcritas. A duração das sessões oscilou entre os 30 e os 60 minutos, das quais resultou, entre 40 a 120KB de *verbatim*. Os dados assim recolhidos foram transcritos, tendo-se constituído o *corpus* da análise sob a forma de protocolos (Anexo IX).

5. TÉCNICA E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS: ANÁLISE DE CONTEÚDO

As técnicas de tratamento de dados, enquanto “(...) *procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis e susceptíveis de serem novamente aplicados nas mesmas condições, adaptados ao tipo de problema e aos fenómenos em causa*” (Carmo, 1998:175), decorrem essencialmente do tipo de dados obtidos.

O propósito do presente estudo, desde o seu início, foi obter elementos acerca das concepções que professores e estudantes têm sobre o valor formativo da prática em contexto de trabalho; sobre qual o papel que a mesma detém na construção de conhecimento profissional para ambos os atores e, ainda, compreender qual o papel do docente durante os momentos de imersão na prática. Estamos, portanto, perante um objeto de investigação que remete para o estudo de concepções, crenças e teorias implícitas, “(...) *fenómenos cuja existência meramente mental é inegável, o que implica aceitar que a fonte primeira dos dados são as palavras com que os [professores e estudantes] traduzem o seu pensamento*” (Rodrigues, 2006:201).

Porém, ao pensamento tem-se acesso por via indireta, exigindo por isso, que o investigador “monte um esquema” para aceder ao que “(...) *vai na cabeça dos sujeitos*” (Idem), realidade a que se acedeu por um processo em que a palavra foi, desde o início, “*mediadora e suporte*” (Ibidem). Tratou-se assim, de um processo de tradução e interpretação sucessivas, do qual já fomos dando conta nos capítulos anteriores, que pode ser sintetizado em três principais momentos: primeiro, procurámos traduzir em palavras questionadoras o objeto de estudo (através da elaboração dos guiões do *focus-group* e da entrevista semi-estruturada); depois, na interação contextualizada com os professores e estudantes, estes traduziram também em palavras o que pensavam sobre os diversos temas propostos como se se tratasse de “(...) *uma fala relativamente espontânea, com um discurso falado, que uma pessoa – o entrevistado – orchestra à sua vontade*” (Bardin, 2009:89), de acordo com o seu ritmo, linguagem, estruturação de ideias, sistemas de valores, processos cognitivos, etc.. Como os discursos não foram planeados, resultou um material único e altamente complexo pelo que, num terceiro momento, procurámos fazer a passagem da palavra dos sujeitos ao sentido pesquisado (Rodrigues, 2006), recorrendo à análise de conteúdo temática.

Entendemos por análise de conteúdo o “(...) *conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a ‘discursos’*”

(conteúdos e continentes) extremamente diversificados” (Bardin, 2009:11). Trata-se de um processo de hermenêutica controlada baseada na dedução que visa a desocultação dos sentidos latentes ou, como evoca a própria autora, um procedimento que permite “(...) pôr em evidência a ‘respiração’ de uma entrevista não diretiva” (Idem:33), possibilitando a classificação e interpretação dos elementos dos textos que não são passíveis de ser obtidos apenas através de uma leitura espontânea. Amado (2000:54), a este propósito, refere que, em essência, a análise de conteúdo é “(...) uma técnica que procura “arrumar” num conjunto de categorias de significação o “conteúdo manifesto” dos mais diversos tipos de comunicações; cujo primeiro objetivo é, pois, proceder à sua descrição objetiva, sistemática e até, quantitativa”.

Optou-se assim, por uma metodologia de análise de conteúdo, capaz de uma função heurística (Bardin, 2009; Quivy & Campenhoudt, 2003; Estrela, 1994; Ghiglione e Matalon, 1992; Huberman e Miles, 1991; Vala, 1986), portanto, analítica e criativa (Mason, 1994), com vista a aumentar o potencial de descoberta da realidade subjacente ao material recolhido quer por via das sessões de *focus-group* quer das entrevistas semi-estruturadas.

Não podemos deixar ainda de relevar que em investigação qualitativa, diferentemente da investigação quantitativa, a variedade de sentidos inerente aos dados, exige do investigador intuição, inspiração e experiência, sendo que alguns autores falam mesmo da “(...) arte do analista e não tanto da sua técnica” (Rodrigues, 2006:203). Pela nossa parte, conscientes das nossas limitações, optamos por descrever detalhadamente o caminho percorrido para chegar ao conhecimento pretendido.

- ***Descrição dos procedimentos***

Terminada a realização das entrevistas e das sessões de *focus-group*, procedeu-se à transcrição dos mesmos. Este procedimento, totalmente executado por nós, possibilitou-nos desde logo, um contacto muito proximal com os discursos produzidos (o que em nossa opinião facilitou muito a análise e interpretação dos dados), o qual foi efetuado de forma a manter a máxima fidelidade em relação ao discurso dos participantes. O *corpus* de análise obtido, ou seja, “(...) o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (Bardin, 2009:96), compreendeu treze protocolos de *focus-group* e quinze protocolos de entrevista. De modo a facilitar o tratamento dos dados, foi atribuído um código a cada protocolo de *focus-group*

(FG1...FG13) e de entrevista (E1...E15), que foram mantidos ao longo de toda a investigação.

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

Efetuada esta leitura, foram construídas, com base nos dados dos respetivos guiões, nos objetivos da pesquisa e na revisão da literatura, duas matrizes categoriais (uma para os dados obtidos através do *focus-group*, outra para os dados obtidos por via das entrevistas), ainda que muito genéricas e pouco precisas. Apesar disso procurámos, desde logo, que o sistema de categorias emergentes obedecesse aos critérios de qualidade apontados por diversos autores (Bardin, 2009; Estrela 1994; Vala, 1986), nomeadamente: *exclusividade* (cada elemento pertence apenas a uma das categorias); *homogeneidade* (obedece a um único princípio de classificação); *pertinência* (adequação aos objetivos e quadro teórico); *exaustividade* (esgota-se a totalidade do texto); *objetividade* e *fidelidade* (através da classificação das codificações por codificadores diferentes) e *produtividade* (permite resultados férteis), resultantes de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise.

Perante a extensão dos dados obtidos, no processo de análise tornou-se imprescindível proceder à desconstrução do discurso de cada grupo de professores (no caso dos *focus-group*) e de cada um dos estudantes (no caso das entrevistas) em unidades de registo temáticas, de modo a poderem ser mais facilmente apreendidas e, simultaneamente, não perderem nem significado nem relevância. Deste modo, os dados obtidos no processo de recolha foram divididos em unidades relevantes e significativas para o objeto de estudo da pesquisa (Anexo X). O critério de divisão teve em conta que os dados foram obtidos, privilegiando os significados, pensamentos, pressupostos, representações e crenças dos professores e estudantes, tomando-se por unidade a mais pequena parcela de texto com sentido autónomo para o objetivo da pesquisa (Bardin, 2009).

Depois, foi efetuada a operação de descontextualização das unidades de análise, de acordo com as regras estabelecidas, relativamente ao discurso inicial, seguida de uma operação de contextualização das mesmas unidades no interior dos temas que

constavam na primeira matriz temática. Tanto a matriz de temas como a respetiva contextualização resultantes da análise, quer do *focus-group* quer das entrevistas, foram intensa e cuidadosamente trabalhados em termos de codificação, tendo-se procedido a análises e (re)análises, cada vez mais finas, num processo recursivo de interpelação e de comparabilidade. Houve todavia, um momento a partir do qual este vaivém produtivo cessou, dando lugar a uma matriz de análise definitiva (Anexo XI).

O processo de análise de conteúdo incluiu ainda uma organização das unidades de registo (UR) por temas e obedeceu a um grau de rigor que permitiu traduzir as unidades de registo e de enumeração (UE) em termos quantitativos (absolutos e relativos) para cada uma das categorias e subcategorias, o que fornece um total global de UR e de UE, em cada uma das categorias e temas obtidos (Bardin, 1997; Estrela, 1994). Na contagem de frequência das ocorrências, partimos da hipótese que determinado conteúdo, pela elevada frequência com que foi verbalizado, possa significar que está mais presente no pensamento dos sujeitos, conseqüentemente, a ênfase numa determinada categoria ou subcategoria é mais forte quando nela existe um predomínio de UR. Embora esta análise quantitativa não tenha sido depois alvo de interpretação serviu contudo de ordenação dos indicadores encontrados.

Após terminado o processo anteriormente narrado, houve necessidade de verificar a validade e fidelidade dos resultados, isto é, de verificar se as categorias encontradas traduziam o verdadeiro sentido dos dados; se elas foram corretamente definidas e de um modo tão operacional que, outro analista, utilizando essas mesmas definições, obteria um resultado semelhante (Huberman e Miles, 1991; Estrela, 1994). Com este objetivo, no decurso do processo de análise, todas as etapas foram analisadas e discutidas com um juiz da área das Ciências da Educação e, ainda, com pares (professores de Enfermagem) no âmbito da frequência dos seminários da Unidade de Investigação e Desenvolvimento (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

No intuito de explicitar a apresentação dos dados e facilitar a sua compreensão, adotamos a sugestão de Yin (2001), segundo a qual, a análise e interpretação dos dados deve ser apresentada numa narrativa simples, podendo ser utilizados quadros, tabelas, gráficos ou outros elementos considerados pertinentes. Por conseguinte, na apresentação, análise e discussão dos dados obtidos, sempre que pertinente, recorre-se à utilização de tabelas, quadros e figuras.

Explicitados os procedimentos metodológicos que estiveram subjacentes ao desenvolvimento do trabalho empírico, no Capítulo IV, apresentam-se e discutem-se os resultados da investigação, com vista à obtenção de subsídios que possam responder aos objetivos e questões formuladas inicialmente e lançar alguma luz sobre o que constitui afinal o valor formativo da prática para docentes e discentes na formação inicial em Enfermagem.

6. QUESTÕES DE VALIDADE E FIABILIDADE DO ESTUDO

Têm surgido, na comunidade científica, discussões epistemológicas resultantes de algumas dificuldades de aceitação de metodologias de natureza qualitativa no que se refere à validade e à fiabilidade dos seus resultados. Importa por isso, sublinhar que a nossa investigação surge num momento de consenso, na comunidade de investigadores em educação, sobre o final da “guerra entre os paradigmas” (Kuhn, 1972) quantitativo e qualitativo (Guba e Lincoln, 1994) ou, pelo menos, sobre um assumido “cessar-fogo” (Geelan, 2003), aceitando-se a incontornável interação investigador-investigado e a existência de leituras complementares, e até por vezes contraditórias, para explicar uma mesma realidade, ela própria resultado de diferentes construções e demasiado complexa para ser compreendida a partir de um único ponto de vista (Creswell, 2010; Flick, 2007; Denzin & Lincoln, 2006; Shaffer & Serlin, 2004).

Esta pacificação, “*continuum*” (Lessard *et al.*, 1990) ou “ecumenismo epistemológico” (Günther, 2006), entre quantitativo e qualitativo não elimina, porém, todos os problemas epistemológicos e, conseqüentemente, metodológicos da investigação em educação e, sobretudo, obriga os investigadores à explicitação dos seus quadros de referência e dos procedimentos investigativos. A este propósito diversos autores (Morse *et al.*, 2002, Flick, 1998; Mertens, 1998; Latorre, 1996; Guba e Lincoln, 1994, 1988; Miles e Huberman, 1994, entre outros), têm vindo a chamar a atenção para a necessidade das investigações qualitativas utilizarem e explicitarem todos os procedimentos utilizados de modo a produzirem resultados plausíveis e fiáveis, isto é, que diferentes investigadores, na presença dos mesmos dados, possam chegar a conclusões análogas.

O rigor epistemológico e metodológico colocado no presente trabalho constituiu uma inquietação permanente e transversal a toda a investigação. Tratando-se de uma investigação interpretativa (Erikson, 1989), foi nossa preocupação garantir os critérios enumerados por Guba e Lincoln (1994), para que a mesma seja considerada fidedigna. Todavia, tendo presente que embora as medidas de fidedignidade sejam importantes, como sublinham Brantlinger *et al.* (2005), o mais relevante é a transparência e descrição clara dos procedimentos utilizados. Assim, de modo a garantir a validade interna|credibilidade, no tratamento dos dados tivemos em atenção critérios como: homogeneidade, coerência, exclusividade recíproca e exaustividade (Vala, 1993; Estrela, 1994; Bardin, 2009).

Relevamos ainda a este propósito que ao longo do desenvolvimento dos trabalhos, tendo presentes os critérios de qualidade de uma investigação qualitativa sugeridos por Günther (2006), fomos-nos interrogando sobre um conjunto de questões como procedimento de monitorização da mesma, designadamente: a clareza das questões formuladas; a consistência entre o plano de trabalhos definido e os objetivos que nos propúnhamos alcançar; a explicitação dos paradigmas, dos constructos analíticos e da posição teórica de que partíamos bem como as nossas expectativas; a adoção de regras explícitas nos procedimentos de análise dos dados; explicitação da congruência ou não congruência dos dados com as expectativas teóricas; acessibilidade dos resultados para a comunidade académica e para quem está no terreno.

7. QUESTÕES DE ÉTICA DA INVESTIGAÇÃO E DO INVESTIGADOR

As questões éticas são decisivas em investigação. Sem um código de ética que aponte os limites e oriente os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa, na medida em que se pode tornar nublosa a fronteira que separa as necessidades do investigador dos direitos e o respeito pela dignidade dos sujeitos que participam no estudo. De resto, Lessard-Hébert *et al.* (2005) fazem depender do cumprimento dos princípios éticos, relacionados com a relação entre investigador e sujeitos, a validade da própria investigação.

Na busca de responder aos imperativos éticos que diversos autores estabelecem para a realização de uma pesquisa qualitativa (Nunes, 2013; Lessard-Hébert *et al.*, 2005; Fortin, 2000; Bogdan e Biklen, 1994; Denzin e Lincoln, 1994), procurámos assegurar-nos que a participação dos docentes e discentes fosse consentida e informada, entregando a cada participante uma declaração de consentimento informado (Anexo V). Neste âmbito, os participantes foram informados e esclarecidos sobre o âmbito do estudo e a importância da sua participação, sobre os objetivos e metodologia da investigação, bem como sobre os processos de recolha de dados (gravação em suporte vídeo das entrevistas e dos *focus-group*), salvaguardando também o anonimato, a confidencialidade quer sobre a imagem quer sobre a informação disponibilizada e, ainda, a possibilidade de abandono em qualquer momento, sem qualquer dano para o envolvido. Aquando do envio do pedido formal às instituições escolares participantes, foi também, desde logo, garantido o anonimato das mesmas

O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos (Nunes, 2013). Neste âmbito, ao nível da análise, procurámos ser sempre fiéis aos significados, tendo sido sempre nossa preocupação, ir aferindo com especialistas as diferentes fases de análise (no âmbito dos seminários da UI&DE da ESEL e reuniões com o orientador deste trabalho), no sentido de minorar os problemas de subjetividade, característicos deste tipo de investigação (Denzin e Lincoln 1994).

CAPÍTULO IV – OS DISCURSOS – A PRÁTICA EM CONTEXTOS DE TRABALHO NA FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM

Como referimos no capítulo anterior, ouvimos docentes de instituições de ensino superior em Enfermagem que desempenhavam a função de supervisores de unidades curriculares cujo núcleo central era a orientação da prática (profissional) em contexto de trabalho de estudantes de Enfermagem e ouvimos também esses mesmos estudantes. Aí explicitámos o porquê destas audições bem como a metodologia seguida para o efeito.

Os discursos recolhidos e analisados segundo a técnica de análise de conteúdo temática vão ser agora apresentados e interpretados em ordem à consecução dos objetivos traçados para a presente investigação. Relembramos que era nossa preocupação, compreender a perspetiva dos professores e dos estudantes sobre o efeito formativo da prática em contexto de trabalho no plano das aquisições, desenvolvimento dos seus conhecimentos e competências profissionais e de construção identitária; identificar, na perspetiva dos formandos, qual o contributo dos professores, para as aquisições e desenvolvimento dos seus conhecimentos e competências profissionais e construção de identidade profissional, durante os periodos de inserção no terreno da prática profissional; conhecer, na perspetiva dos professores, o efeito formativo do acompanhamento e supervisão da prática em contexto de trabalho, no plano do seu próprio desenvolvimento profissional, bem como, no que tange à construção de conhecimento profissional docente e, ainda, saber quais são os aspetos facilitadores ou, contrariamente, condicionantes da formalização dessa mesma prática.

O discurso de ambos os grupos de sujeitos – docentes e estudantes – sujeitos à análise de conteúdo, estrutura-se em torno dos quatro grandes temas que apresentamos na Figura 7.

O primeiro e o terceiro tema constituem referência quer na óptica dos estudantes quer na dos docentes e explicitam as manifestações observadas do valor formativo da prática e os obstáculos que, na sua opinião, restringem o valor formativo que essa prática podia ter.

O segundo tema contempla elementos que nos permitem identificar as estratégias comumente utilizadas pelos docentes em ensino clínico e que são consideradas promotoras de valor formativo por docentes e discentes. Finalmente, o quarto tema

congrega as referências discursivas dos docentes e discentes auscultados, cerca das mudanças que poderiam configurar contextos e currículo de uma formação desejada capaz de incrementar as potencialidades formativas da prática.

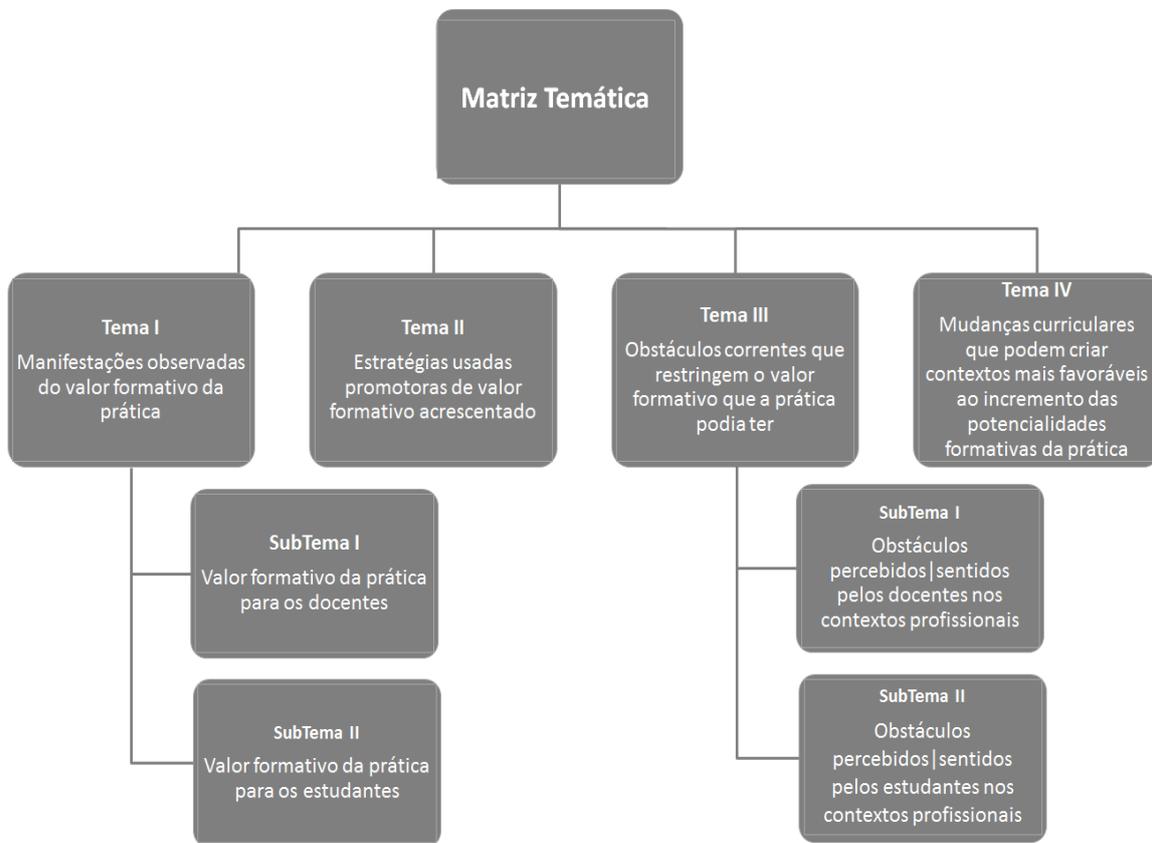


Figura 7 - Matriz de Análise.

Antes de passarmos à apresentação analítica dos dados coligidos mostramos o desenvolvimento do esquema matricial a que chegámos, no qual pode ser observado, a organização temática e categorial da informação analisada (Quadro 4). Salientamos que no caso do primeiro e terceiro temas considerámos relevante separar as categorias em dois subtópicos de acordo com a população respetivamente beneficiada pela formação em contexto e fonte da informação. Tal significa que no Subtema I do Tema I, bem como no Subtema I do Tema III, as categorias encontradas têm origem exclusivamente no discurso docente (para maior detalhe ver Anexo X).

Tema I: Manifestações observadas do valor formativo da prática em ensino clínico	
Sub-Tema	Categorias
I Valor formativo da prática para os professores	<ul style="list-style-type: none"> • A prática é fonte de conhecimento profissional docente • Possibilita um desenvolvimento profissional situado • Facilita a conscientização das necessidades de formação • Promove um ambiente colaborativo • Facilita a socialização profissional docente • Contribui para a construção da identidade e profissionalidade docente • Desenvolve competências profissionais nas áreas da docência e da prática de Enfermagem • Contribui para a satisfação profissional docente
II Valor formativo da prática para os estudantes	<ul style="list-style-type: none"> • Permite aprendizagens situadas supervisionadas • Permite desenvolver competências pessoais e profissionais • Contribui para a construção da identidade profissional • Facilita a socialização profissional • Facilita a tomada de consciência de si
Tema II: Estratégias usadas promotoras de valor formativo acrescentado	
Categorias	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão e análise das práticas • Suporte ao estudante • Supervisão do processo formativo • Ensino situado em contexto de trabalho • Ensino centrado no estudante • Avaliação formativa • Trabalho colaborativo com o supervisor clínico • Trabalho colaborativo entre a equipa docente • Utilização de “competências pessoais”
Tema III: Obstáculos correntes que restringem o valor formativo que a prática em ensino clínico poderia ter	
Sub-Tema	Categorias
I Obstáculos percebidos/sentidos pelos docentes nos contextos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação interinstitucional • Preparação para o exercício da função supervisiva • Interação com o enfermeiro supervisor • Interação com o estudante • Organização gestão dos ensinos clínicos • Interação com os contextos profissionais • Aspectos normativos
II Obstáculos percebidos/sentidos pelos estudantes nos contextos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Choque da realidade • Interação com o supervisor clínico • Aspectos intrínsecos ao processo formativo • Interação com o utente família • Interação com o professor • Interação integração na equipa de Enfermagem • Interação com os pares (estudantes)
Tema IV: Mudanças curriculares que podem criar contextos mais favoráveis ao incremento das potencialidades formativas da prática	
Categorias	<ul style="list-style-type: none"> • Organização formal desejada • Estratégias formativas desejadas • Perfil de professor desejado • Relações interinstitucionais desejadas • Perfil de supervisor clínico desejado • Características dos contextos profissionais desejadas • Finalidades desejadas para o practicum

Quadro 4 - Organização temática e categorial da informação analisada.

Seguidamente apresentam-se os resultados organizados de acordo com os temas e categorias apresentadas anteriormente. À medida que procedermos à apresentação dos resultados a que chegámos, recorreremos à mostra de algumas unidades de registo ilustrativas do modo peculiar de expressão dos sujeitos, e faremos a sua interpretação e também a sua discussão no quadro dos fundamentos teóricos que nortearam o nosso estudo. A sequenciação das subcategorias no âmbito de cada categoria respeita a frequência das unidades de registo coligidas, não podendo tirar-se daí qualquer espécie de ilação. No final de cada subcategoria é ainda apresentada uma tabela que mostra a totalidade dos indicadores emergentes da análise, cada um deles, suportado por uma variedade de unidades de registo que podem ser consultadas com maior detalhe no Anexo X.

1. MANIFESTAÇÕES OBSERVADAS DO VALOR FORMATIVO DA PRÁTICA EM ENSINO CLÍNICO

A procura do valor formativo da prática em contexto de trabalho levou-nos inicialmente a uma abordagem de natureza quantitativa, centrada na frequência das unidades de registo e enumeração. Posteriormente abandonámos essa perspetiva por considerarmos que tornaria muito pesada a apresentação dos dados (dada a quantidade de unidades de registo obtidas) sem que daí resultasse benefício para a consecução dos objetivos do presente estudo. Ainda assim, não quisémos ocultar essa abordagem, que pode ser lida no Anexo X do segundo volume desta tese.

Passando à apresentação dos dados propriamente dita, o presente tema reúne um conjunto de categorias que nos dão conta do pensamento docente e discente acerca do valor formativo da componente prática na formação inicial em Enfermagem. Genericamente, os achados do estudo corroboram a literatura e evidenciam que o contacto com prática profissional proporciona, a docentes e discentes, meios e situações formativas que lhes possibilitam a apropriação situada e o desenvolvimento de diversos saberes e competências nos mais distintos contextos clínicos, designadamente, nos domínios, prático (diagnóstico, planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados); relacional/comunicacional (seja entre docente e discente, seja entre estes e os profissionais de saúde ou a pessoa/família, grupo ou comunidade alvo de cuidados); organizativo (gestão de recursos humanos e materiais) e ético-deontológico. A prática clínica emerge assim, como eixo organizador das ações e dos pontos de vista de docentes e estudantes, constituindo-se como fator decisivo na sua socialização profissional e construção identitária profissional.

1.1 Valor formativo da prática para os professores

O subtema que seguidamente se apresenta na Figura 8, congrega um conjunto de categorias representativas da leitura circunstanciada daquelas que são as conceções dos professores sobre o valor formativo da prática em contexto de trabalho e do contributo da mesma para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Sobressai dos respectivos discursos a ideia de que a prática é, por excelência, “fonte do conhecimento profissional docente”. Sob esta moldura, os professores declaram que é no contacto com as situações profissionais, nos contextos de prestação de cuidados, que têm a oportunidade de tomar consciência das suas necessidades de formação e consequentemente desenvolver

competências profissionais. Sublinham ainda, que a convivência com os diversos atores no terreno constitui um valor precioso em termos de socialização profissional e um estímulo à promoção de um ambiente colaborativo, contributos considerados essenciais à construção da profissionalidade e identidade do professor de Enfermagem, nomeadamente, através do exercício da função de supervisão|acompanhamento dos estudantes em ensino clínico.

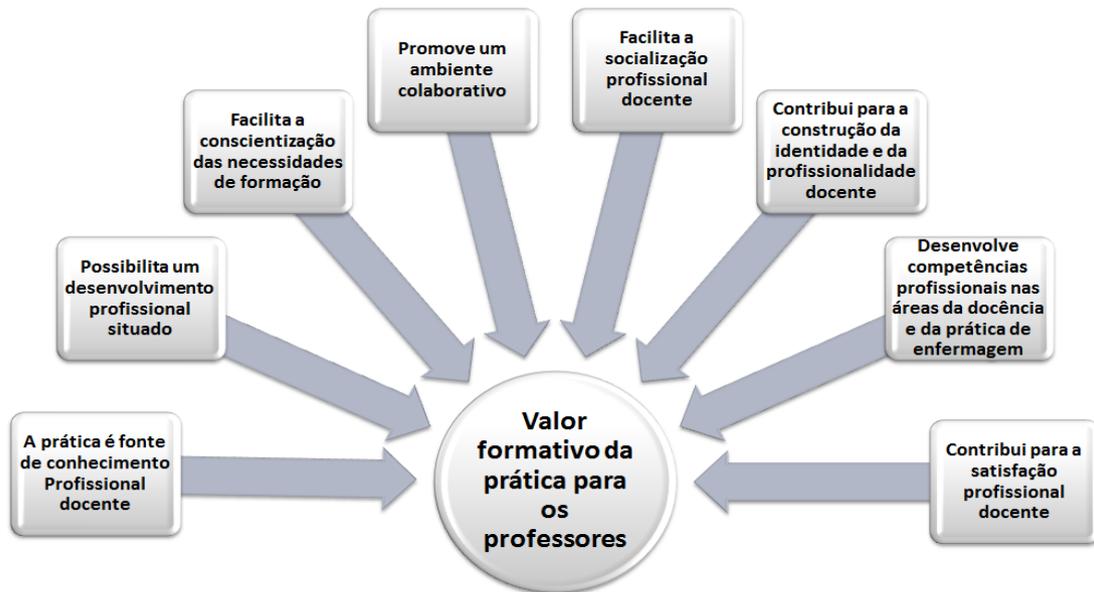


Figura 8 - Subtema I "Valor formativo da prática para os professores"

Vejamos de forma mais discriminada, por categoria e subcategoria, os traços mais salientes que permitam concluir acerca do valor formativo da prática para os professores.

1.1.1 A prática é fonte de conhecimento profissional docente

A prática enquanto lugar de aprendizagem e fonte de conhecimento profissional docente é amplamente legitimada pelos professores. Neste âmbito, evidenciam que o contacto direto com a prática nos contextos profissionais propicia não só a mobilização do conhecimento adquirido previamente mas, também, a experiência pessoal e profissional, quer enquanto estudantes, docentes ou enfermeiros, uma vez que a totalidade dos professores ouvidos neste estudo, exerceu Enfermagem previamente à entrada na carreira docente. Enfatizam ainda que a prática, por si só, constitui um “manancial de oportunidades” para a aquisição de conhecimento novo (Figura 9).

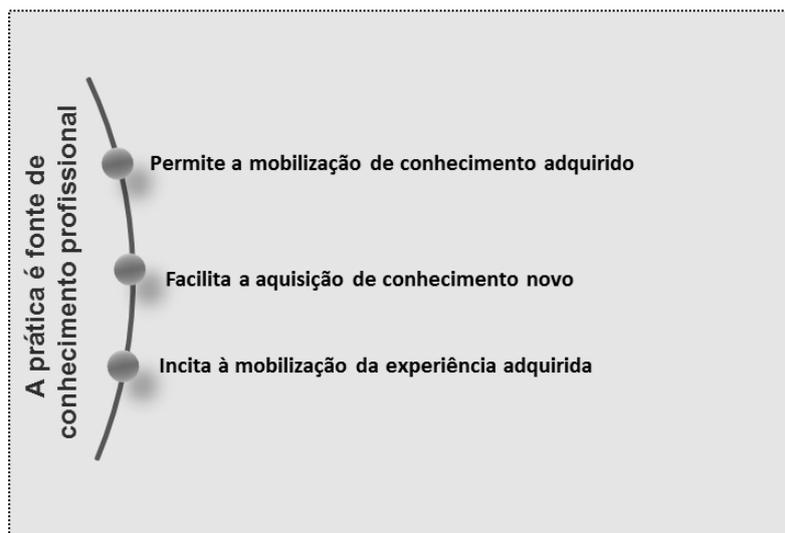


Figura 9 - Categoria "A prática é fonte de conhecimento profissional"

Permite a mobilização de conhecimento adquirido

Dos discursos docentes sobressai que o conhecimento adquirido quer na formação inicial em Enfermagem quer enquanto enfermeiros da prática, constituiu um contributo inestimável e estruturante para o seu exercício docente atual.

“(...) aprendi a ser docente, essencialmente, quando aprendi a ser enfermeiro. Primeiro, na formação inicial e depois ao longo da minha vida profissional como enfermeiro, nas áreas clínicas onde trabalhei... Portanto, posso afirmar que muito do que sou hoje enquanto docente veio da minha experiência enquanto enfermeiro, na prestação de cuidados.” (FG5:28).

Resultados semelhantes foram obtidos por Mestrinho (2011) e Gonçalves (2012), nos trabalhos por si desenvolvidos no âmbito da formação inicial de enfermeiros. No âmbito das Ciências da Educação, também os estudos que se inscrevem no designado movimento do pensamento do professor, dão relevância ao conhecimento advindo da experiência docente, sendo inclusive considerado o *“(...) núcleo vital a partir do qual os professores tentam transformar as suas relações de exterioridade com os saberes em relações de interioridade com a sua própria prática”* (Tardif, Lessard e Lahaye, 1991:234).

Até a mobilização de representações relativas ao tempo em que os próprios docentes eram estudantes, é considerada pelos docentes uma estratégia formativa frequentemente utilizada por estes durante os períodos de acompanhamento e supervisão do estudante na prática em contexto profissional.

“(…) Estou aqui a recordar que, realmente, a minha formação inicial marcou imenso, em muitas coisas, a minha vida profissional quer como enfermeira quer como docente. Estava a lembrar que, não faz muito tempo, dei-me conta de que em determinadas situações, as observações que eu faço aos meus alunos em estágio e os exemplos e sugestões que dou, são o reflexo das observações que os professores (aqueles que eu considerava referências) me faziam a mim e aos meus colegas...” (FG3:49).

No âmbito da literatura dedicada à socialização do professor, vários autores referem-se à influência socializante da formação inicial – socialização primária – considerando que o professor aprende a sê-lo por via de um processo intuitivo, autodidata ou observando, interagindo e seguindo a rotina de professores com mais anos de experiência, interiorizando assim os múltiplos papéis a que é chamado a responder (Tardif, 2002; Mizukami, 2002; Lortie, 1975; Zeichner & Gore, 1990).

Outra das mais-valias atribuída à prática profissional no âmbito do acompanhamento|supervisão de estudantes, é a possibilidade de o docente aprofundar conhecimento prático no âmbito da sua área de especialização em Enfermagem. Tal constatação parece evidenciar que fazer supervisão exige não só conhecimento pedagógico mas também conhecimento na especialidade (conhecimento de conteúdo), donde a formação destes supervisores parece manifestar algumas falhas nesse âmbito.

“Uma grande facilidade (...), é fazer a supervisão dos alunos num estágio dentro da nossa área de especialidade. Isso é meio caminho para eu conseguir aprofundar conhecimentos, essencialmente práticos, na minha zona de interesse e simultaneamente estar atenta a todas aquelas coisas que, por não estar no exercício, não tenho contacto ou contacto com menos facilidade ou até desconheço.” (FG11:22).

Na Tabela 1, podem ser observados os indicadores subjacentes à subcategoria estudada.

Permite a mobilização de conhecimento adquirido - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• Permite a mobilização de representações, enquanto alunos, para a resolução de problemas• Permite a mobilização de conhecimento adquirido previamente• Facilita o aprofundamento do conhecimento na área da especialidade

Tabela 1 - Subcategoria "Permite a mobilização de conhecimento adquirido "

Facilita a aquisição de conhecimento novo

De entre as mais-valias dos ensinamentos clínicos evocadas pelos docentes, sobressaem claramente aquelas que apontam a prática profissional em contexto de trabalho como “a fonte” de conhecimento profissional docente.

“(...) os aportes do contacto com a prática e a supervisão de estágios revelam-se muito úteis enquanto fonte de saber, (...) ou melhor, “a fonte” do saber, porque embora haja outras, para mim essa é a principal.” (FG1:1).

A reforçar tal pensamento, os professores afirmam que o contacto com a prática em contexto profissional permite-lhes adquirir conhecimento novo,

“O contacto com os diferentes contextos propicia-me novas aprendizagens, não tanto do ponto de vista da prática mas da docência da própria prática, entende?! Se estivermos disponíveis para aprender, aprende-se muita coisa nova...” (FG10:28).

nomeadamente, por via da observação dos estudantes em ação nos contextos de trabalho e, simultaneamente, pela leitura|correção|avaliação de trabalhos desenvolvidos pelos estudantes no decurso do ensino clínico.

“(...) Eu aprendo quando os observo [estudantes] na realização da suas atividades diárias e até quando estou a ler ou corrigir os trabalhos deles ... Alguns desses trabalhos, trazem descrições de técnicas e de formas de trabalho, de novas tecnologias e eu também aprendo ao ler acerca disso...” (FG11:31).

Todos os saberes que compõem o conhecimento profissional do professor são fruto de uma aprendizagem formal e informal adquirida através de diversas fontes, entre as quais, os materiais utilizados e os próprios contextos do processo educativo (Shulman, 2005, 1987).

Continuando a sua reflexão, os professores consideram ainda que as aquisições realizadas em contexto de trabalho facilitam, por um lado, a avaliação do trabalho desenvolvido com os estudantes durante o ensino clínico e, por outro lado, essa mesma avaliação constitui um notável contributo para a melhoria contínua da qualidade do ensino teórico e consequente diminuição da “persistente” dicotomia teoria-prática.

“(...) esta articulação com as pessoas dos contextos e as aquisições por nós realizadas, vão fazer com que nós tenhamos mais atenção aos conteúdos a abordar no ano seguinte, e isso, também tem sido compensador, perceber que os alunos, no ano seguinte, serão melhor preparados... É a tal melhoria contínua de que tanto se fala...” (FG2:28).

A Tabela 2, mostra os distintos indicadores relativos à subcategoria analisada.

Facilita a aquisição de conhecimento novo - Indicadores

- *Facilita a aquisição conhecimento profissional docente*
- *Facilita novas aprendizagens*
- *Propicia novas aprendizagens por via da leitura/avaliação dos trabalhos desenvolvidos pelo aluno em contexto clínico*
- *Contribui para a melhoria contínua da qualidade do ensino teórico*

Tabela 2 - Subcategoria "*Facilita a aquisição de conhecimento novo*"

Permite a mobilização da experiência adquirida

Na perspetiva de alguns professores, terem tido um *background* experiencial como enfermeiros, parece autorizá-los a afirmar que conseguem fazer uma transmissão de conhecimentos ao estudante “mais eficaz” e “mais real”, pelo facto de, durante a sua carreira, terem acompanhado as múltiplas mudanças ocorridas nos sistemas de saúde e educativo. Portanto, para os participantes, já “não se trata de ensinar matéria, mas sim de transmitir vivência pessoal”.

“(...) já fizemos um percurso muito longo, e isso, é um património valiosíssimo, permite-nos lecionar, dar exemplos, de uma forma sustentada e realística, pois, como vivemos todas as transições operadas na profissão, não se trata de ensinar matéria, mas de vivência pessoal, trata-se de transmitir a nossa própria experiência acumulada aos alunos...” (FG12:51).

Em articulação com a análise anterior, do discurso docente sobressai a importância atribuída à experiência como enfermeiro no âmbito do exercício da docência na prática em contexto profissional:

“(...) todos nós, viemos do terreno, viemos da prática... Eu, por exemplo, estive oito anos em contexto hospitalar e depois “caí” numa escola, onde também tenho aprendido muito mas, para mim esses oito anos foram fundamentais, pois, enquanto docente, tenho recorrido com frequência a essas aprendizagens que fiz “lá atrás”, enquanto enfermeira de cabeceira...” (FG12:75)

Sob este prisma, “tornar-se professor em Enfermagem”, ancorado na prática da profissão, vai ao encontro do que sustentam vários autores sobre as práticas como fatores estruturantes da formação, situando-as no cerne da transformação progressiva de referências identitárias, enquanto espaços de mediação na construção das competências inerentes ao exercício de profissões complexas como a docência em Enfermagem (Lopes *et al.*; 2013; Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Le Boterf, 2003; Perrenoud, 2001). Neste âmbito, parece-nos importante dar continuidade ao presente estudo e repensar o modo como é desenvolvida a componente prática da formação inicial em

Enfermagem e, também, como esta se reflete na construção da identidade pessoal e profissional dos professores.

Na Tabela 3, sistematizam-se os indicadores relativos à presente subcategoria.

Permite a mobilização da experiência adquirida - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Permite a mobilização da experiência acumulada</i> • <i>Permite a mobilização da experiência profissional anterior enquanto enfermeiro</i>

Tabela 3 - Subcategoria "*Permite a mobilização da experiência adquirida*"

Em **síntese**, para os docentes auscultados, a prática constitui uma fonte inestimável de conhecimento profissional docente, na medida em que parece propiciar não apenas a mobilização de conhecimentos adquiridos previamente (como estudante, enfermeiro ou docente) mas, também, a aquisição de conhecimento novo, seja ele conhecimento de conteúdo; pedagógico de conteúdo; dos contextos ou dos objetivos, fins e valores educacionais.

1.1.2 Possibilita um desenvolvimento profissional situado

O envolvimento docente na componente prática da formação inicial em Enfermagem, parece ser coerente com o processo de profissionalização, tornando-se a própria prática em situação de trabalho o lugar de produção e de tomada de consciência de uma parte significativa dos saberes específicos dos professores de Enfermagem. A confirmar as premissas anteriores, estão um conjunto de referências que evidenciam que o contacto com a prática clínica permite ao professor realizar aprendizagens situadas, baseadas na observação, na experimentação e na análise das práticas, quer no decurso da sua realização (reflexão na ação) quer posteriormente (reflexão sobre a ação) (Figura 10).

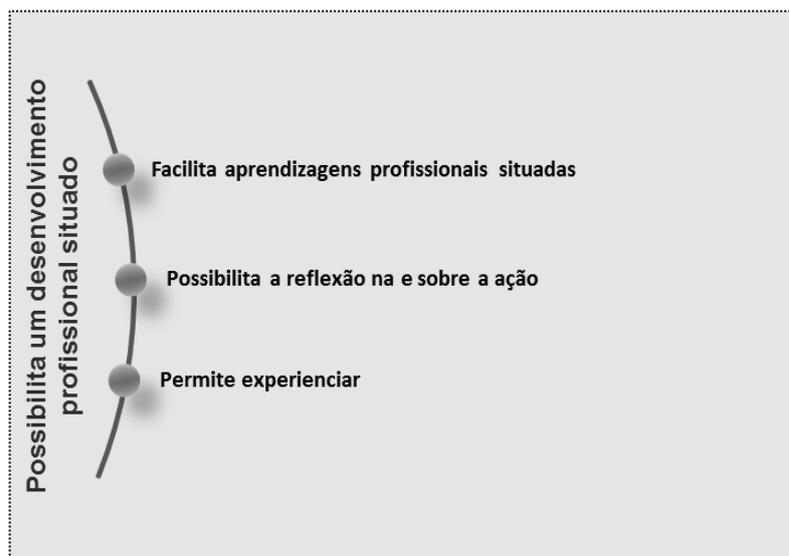


Figura 10 – Categoria “Possibilita um desenvolvimento profissional situado”

Facilita aprendizagens profissionais situadas

Os docentes consideram que o contacto direto com os contextos de prática clínica, pelas múltiplas interações que propicia e exige – com o estudante, supervisor clínico, enfermeiro-chefe, enfermeiros dos contextos e demais profissionais que compõem a equipa multidisciplinar – propicia a concretização de aprendizagens profissionais.

“(...) portanto, eu acho que há um processo de desenvolvimento gradual, em que nós vamos aprendendo através da interação com os diversos atores que estão na prática: com os alunos, com o orientador do aluno, com os enfermeiros-chefes, com os colegas da prática, através das diversas atividades que eles realizam e, até, através de alguns conflitos e situações-problema que vão ocorrendo durante os processos de interação nos contextos...” (FG1:10)

De entre as aprendizagens que os professores dizem realizar em situação, nos contextos de prática profissional, foram salientadas as seguintes:

- conhecimento das dinâmicas e forma de organização|gestão dos cuidados de Enfermagem

“(...) supervisionar estudantes implica um bom grau de conhecimento das pessoas e, sobretudo, das dinâmicas de trabalho de cada contexto. (...), nós temos que procurar conhecer os contextos e as respetivas dinâmicas, e isso, só se aprende lá, pois, mesmo dentro da mesma instituição, cada serviço tem as “suas formas” de planear e gerir os cuidados...” (FG4:28).

- conhecimento de novas abordagens terapêuticas e novos fármacos

“(...) durante os ensinamentos clínicos confrontamo-nos, muitas vezes, com novas abordagens terapêuticas ou novos fármacos, e isso também enriquece e amplia o nosso conhecimento enquanto docentes...” (FG8:12).

- contacto|conhecimento dos utentes|famílias e do modo como estas respondem aos processos de saúde-doença

“(...) durante o processo supervisivo, para além de ficarmos a conhecer os profissionais dos contextos, nós ficamos a conhecer muito bem os utentes e os seus familiares, os seus problemas de saúde, os seus receios e ansiedades, às vezes, até nos dão feedbacks do desempenho dos alunos...” (FG9:8).

- contacto com novas situações relativas às práticas de Enfermagem

“Outra questão, são as situações novas, nós temos um conhecimento prático mas há sempre situações na prática clínica de Enfermagem que são novas para nós... Todos nós, nos vemos confrontados com essas situações, é um percurso de aprendizagem...” (FG2:1).

- contacto|conhecimento de novos programas informáticos|novos sistemas de informação em Enfermagem

“(...) no acompanhamento dos alunos em estágio, somos confrontados com novos programas informáticos de gestão dos cuidados, que desconhecemos. Esta situação faz com que procuremos ter um conhecimento mínimo do sistema para que possamos ajudar o aluno, no planeamento dos cuidados e nos registos...” (FG8:9).

- contacto|conhecimento de novos equipamentos|dispositivos médicos

“(...) confrontamo-nos frequentemente com equipamentos e dispositivos médicos novos ou que ainda não tínhamos tido oportunidade de nos familiarizarmos... A tecnologia muda muito rapidamente, e isso, introduz um esforço acrescido que vai muito para além da simples supervisão do estudante, mas que no fundo faz parte integrante do trabalho docente...” (FG8:10).

O “situacionismo” (Lave e Wenger, 1991) ancora-se no carácter situado da aprendizagem e do conhecimento e por isso o seu interesse reside nos tipos de ambientes sociais (circunstâncias, situações de aprendizagem e condições organizacionais) que proporcionam um contexto favorável à aprendizagem. Como defendem Ardoino e Mialaret (1990 citados por Altet, 2000:111): *“(...) há todo o interesse em ter em conta a noção de situação porque ela articula os registos de espaço e do tempo”*. Neste quadro, o conhecimento é visto numa perspetiva construtivista e ecológica, sustentado nas “práticas reais” de uma comunidade, e o desenvolvimento profissional consiste no fortalecimento da capacidade de participação nessas práticas.

Para além das aprendizagens profissionais, os professores participantes referem que o contacto com a prática em contexto de trabalho contribui para a aquisição|desenvolvimento de algumas competências pessoais, designadamente, a capacidade de adaptação e a segurança.

“Uma característica que eu acho que é muito estimulada por andarmos na prática é a capacidade de adaptação, a capacidade de gostar de ensinar na prática e de ajudar os estudantes no seu desenvolvimento, para que eles cheguem à sua realização. “O que é que tu queres ser? Eu vou ajudar-te”. É isso!... (FG6:32).

“(...) já oriento alunos há muito tempo. Portanto, não tenho qualquer problema em fazer orientações, e sinto-me seguro para acompanhar estudantes em qualquer nível de desenvolvimento e em que contexto clínico for...” (FG4:16).

Resultados semelhantes foram obtidos por Sim-Sim *et al.* (2013), num estudo que procurou desocultar a perspetiva de estudantes e professores de Enfermagem acerca das tutorias na formação inicial em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora.

Na Tabela 4, reúnem-se os diversos indicadores que estiveram na génese da subcategoria que terminámos de analisar.

Facilita aprendizagens profissionais situadas - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Possibilita um desenvolvimento profissional situado</i>• <i>Proporciona um profundo conhecimento dos contextos de trabalho</i>• <i>Facilita o contacto com novas terapêuticas fármacos</i>• <i>Propicia o contacto / conhecimento dos utentes família</i>• <i>Facilita o contacto com as diferentes formas de organização dos cuidados e dos contextos</i>• <i>Facilita o contacto com situações novas da prática de Enfermagem</i>• <i>Permite ganhar segurança profissional</i>• <i>Facilita o acesso à inovação em termos de equipamentos quer em termos de ferramentas digitais de gestão de cuidados</i>• <i>Permite desenvolver a capacidade de adaptação</i>

Tabela 4 - Subcategoria "Facilita aprendizagens profissionais situadas".

Possibilita a reflexão na e sobre a prática

A dimensão experiencial do quotidiano docente, encerra um enorme poder formativo em si mesma, mas, por si só, como evidenciado no enquadramento teórico, torna-se insuficiente, carecendo de um processo reflexivo que possibilite ao professor a reconceptualização da sua prática enquanto possibilidade de aquisição de uma nova compreensão do real e, por conseguinte, de novos saberes e significados que lhe permitam atuar na incerteza e na imprevisibilidade. Tal entendimento parece ser partilhado pelos professores participantes, ao referirem que o contacto com a prática em

contexto profissional é facilitador do questionamento e reflexão sobre as suas próprias práticas.

“(...) À medida que vamos vivenciando as situações com que nos vamos deparando na prática, pelo menos eu sinto isso, interrogamo-nos mais, refletimos mais sobre as nossas próprias práticas e colocamos mais as coisas em causa...” (FG9:46).

Resultado semelhante foi obtido no estudo desenvolvido por Gonçalves (2012), no qual, os professores participantes associam à imagem ideal de docente em Enfermagem *“(...) um professor que seja capaz de se interrogar e refletir sobre a prática docente”*(p.178).

No desenvolvimento das suas narrativas acerca do potencial formativo da prática, os professores são unânimes em reforçar que o contacto com a prática profissional por via do acompanhamento e supervisão pedagógica de estudantes em contexto clínico propicia não só a reflexão na ação como também a reflexão sobre a ação.

“(...) o contacto direto com a prática, obriga-nos a refletir para que consigamos agir e dar respostas concretas às necessidades das pessoas. Por outro, em momentos posteriores, permite-nos ainda refletir sobre os desempenhos dos estudantes, dos colegas e sobre os nossos próprios desempenhos, isto é, permite-nos refletir conjuntamente na e sobre a ação...” (FG12:40).

Ao refletir sobre o que faz, como faz, onde faz e porque faz, iluminado pelos referenciais teóricos de que dispõe, o professor vai-se tornando cada vez mais um profissional reflexivo (Tardif, 2002; Schön, 2000, 1983; Zeichner, 1993; Gauthier, 1998), isto é, um profissional autónomo, científica, ética, pedagógica e politicamente responsável, capaz de produzir conhecimento, tanto mais produtivo quanto mais for capaz de proceder ao registo desse saber, preferencialmente exteriorizando-o pela escrita ou por outra qualquer forma de expressão (Rodrigues, 2006). O conceito de reflexão assume assim um papel fundamental nas novas tendências da formação de professores.

Em consonância com o referido anteriormente, a investigação parece ser também reconhecida pelos docentes enquanto ferramenta de suporte – seja da fundamentação para a prestação de cuidados, para o ensino ou para a formação em contexto clínico. Tal perspetiva pode constatar-se no seguinte excerto dos discursos docentes ao assumirem que durante os períodos de ensino clínico procuram desenvolver uma prática baseada na evidência.

“Todos nós procuramos fazer um ensino prático baseado na evidência, e basear-se na evidência significa que ao prestar cuidados, eu, conjuntamente com o aluno, tento refletir, organizar o pensamento, consultar fontes, para que a minha intervenção seja a mais adequada possível... E as escolas, aqui, funcionam um pouco como essa estrutura cultural, que mantém, que estimula, que alimenta, que justifica a necessidade de reflexão teórica na prática, para então, sim, termos uma prática baseada na evidência.” (FG6:9).

A profissão de professor de Enfermagem requer um desenvolvimento constante de novos conhecimentos em relação às mudanças e, por isso, a ação investigadora docente constitui um elemento profissionalizador, ou seja, é uma ferramenta para o seu desenvolvimento profissional. Sob este prisma, o interesse e a procura de conhecimento científico como forma de sustentação da ação, constituem um contributo fundamental para o desenvolvimento profissional docente fundado na evidência científica (*evidence based learning*), indiciando que os professores de Enfermagem estão a caminho de se tornar académicos (*scholars*) (Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Chaves e Pinheiro, 2007; Davis *et al.*, 2005).

No que respeita à avaliação das aprendizagens, talvez devido à “postura reflexiva” emergente dos discursos docentes, esta parece centrar-se essencialmente na sua função reguladora. Com efeito, os professores participantes enfatizam esta função da avaliação quer enquanto possibilidade de regulação dos processos e atividades docentes e discentes; quer enquanto momentos privilegiados de aprendizagem por via reflexiva sobre as práticas realizadas.

“Também as próprias reuniões de avaliação constituem momentos formativos, na medida em que para além da avaliação do aluno, acabamos por avaliar os processos e as condições em que decorreu o ensino clínico e, por inerência, avaliamos também o nosso próprio desempenho enquanto supervisores de ensino clínico...” (FG6:37).

Na conceção de Fernandes (2004), a avaliação formativa tem como principal função informar professor e estudante acerca do rendimento da aprendizagem deste último, no decorrer das atividades académicas. Por outro lado, possibilita a identificação das deficiências na organização do ensino clínico de modo a possibilitar a correção atempada e a recuperação das mesmas, o que, na opinião dos docentes, exige “um olhar retrospectivo” sobre o trabalho realizado e, desse modo, constituir um momento relevante para o desenvolvimento profissional dos professores.

Dos discursos docentes sobressai ainda que supervisionar estudantes em distintos contextos clínicos e organizações, possibilita estabelecer comparações entre os diferentes modelos organizativos e de gestão dos cuidados de Enfermagem e, por

consequente, perceber qual o modelo mais concordante com o paradigma de ensino da escola.

“Como os alunos estão distribuídos por diversos contextos e em outras tantas organizações de saúde, com realidades muito distintas, o seu acompanhamento permite-nos fazer a comparação das formas de organização dos cuidados nos diferentes contextos e perceber sobre qual ou quais os que funcionam mais de acordo com os princípios transmitidos na escola...” (FG11:61).

Na Tabela 5, são apresentados os indicadores que originaram a subcategoria explanada.

Possibilita a reflexão na e sobre a prática - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Facilita a reflexão sobre as práticas</i> • <i>Facilita o questionamento das próprias práticas de ensino</i> • <i>Propicia a reflexão na ação e sobre a ação</i> • <i>Possibilita a comparação das práticas dos diversos contextos</i> • <i>Permite o exercício de uma prática baseada na evidência</i> • <i>Permite que a avaliação constitua um momento formativo</i>

Tabela 5 - Subcategoria "*Possibilita a reflexão na e sobre a prática*".

Permite experienciar

Das narrativas docentes o contacto com os diferentes cenários de prática profissional é apontado não só como elemento fundamental e insubstituível na aquisição de conhecimento prático, mas também, como oportunidade de “*pôr as mãos na massa*” e manifestar esse mesmo conhecimento junto dos estudantes, exteriorizando assim a dimensão docente de modelo de prática profissional.

“(...) quando o ensino clínico é presencial, os ganhos para o docente são imensos, pois ao professor e respetivos estudantes são atribuídos X doentes, pelos quais eles ficam responsáveis por toda a prestação de cuidados... Esta situação, permite-nos não só atuar como docentes mas, simultaneamente, “por as mãos-na-massa”, prestar cuidados diretos aos doentes pelos quais ficamos responsáveis e, sobretudo, poder servir de modelo de prática para os estudantes, conforme refere a literatura...” (FG6:3).

Apesar dos resultados obtidos, como tivemos oportunidade de evidenciar anteriormente, nem sempre o docente possui conhecimentos na área clínica que supervisiona. Questionamos então: Como “*pôr as mãos na massa*” em áreas de especialidade que não são as suas?

Estes resultados encontram eco no trabalho de Carvalhal (2003), ao referir que os estudantes se encontram num estadio de desenvolvimento caracterizado pela procura de identidade e de um sistema de valores, pelo que necessitam de modelos com que se identifiquem. Sublinha a autora, que os professores necessitam de ter conhecimento e

ser competentes na prática de Enfermagem, caso contrário, correm o risco de serem “(...) um modelo teórico receitado por uma professora, mas raramente demonstrado por ela”(p.94).

Bem vistas as coisas, o que parece estar subjacente à opinião docente, é que a dicotomia teoria-prática ou academia-contextos de trabalho, deveria cessar. Para tal, ao invés da existência de um projeto de formação meramente académico, que apenas tem como finalidade dar cumprimento aos objetivos definidos para a componente prática da formação inicial em Enfermagem, deveria existir um projeto de formação da profissão, que envolvesse e responsabilizasse quer a academia quer as organizações de saúde. Se assim fosse, deixaria de ser tão relevante que o docente fosse expert na prática de Enfermagem (Mestrinho, 2011).

A Tabela 6, reúne os ambos os indicadores da subcategoria debatida.

Permite experienciar - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• Permite a aquisição de conhecimento prático• Permite “meter as mãos na massa”

Tabela 6 - Subcategoria "*Permite experienciar*".

Em **síntese**, o contacto docente com as situações profissionais parece ser propiciador da produção e tomada de consciência de uma parte significativa dos saberes específicos dos professores em Enfermagem, nomeadamente, porque se afigura como facilitador: da concretização de aprendizagens situadas, que podem ir desde as questões mais técnicas às mais holísticas do cuidar em Enfermagem; da reflexão na e sobre a ação, enquanto possibilidade de reconceptualização da prática e aquisição de uma nova compreensão da mesma e, ainda, da aquisição de conhecimento prático por via da experimentação.

1.1.3 Facilita a conscientização das necessidades de formação

O contacto com o real da situação de trabalho emergiu das narrativas docentes como uma forma extremamente potente de provocar a consciência das suas necessidades de formação. Com efeito, no decurso das sessões de *focus-group* se, por um lado, os professores fizeram várias referências que deixaram perceber a consciência de inacabamento e de desatualização profissional, por outro lado, demonstraram o desejo e necessidade de obter mais informação|formação, seja por via formal, não formal ou de pesquisa das suas próprias práticas (Figura 11).

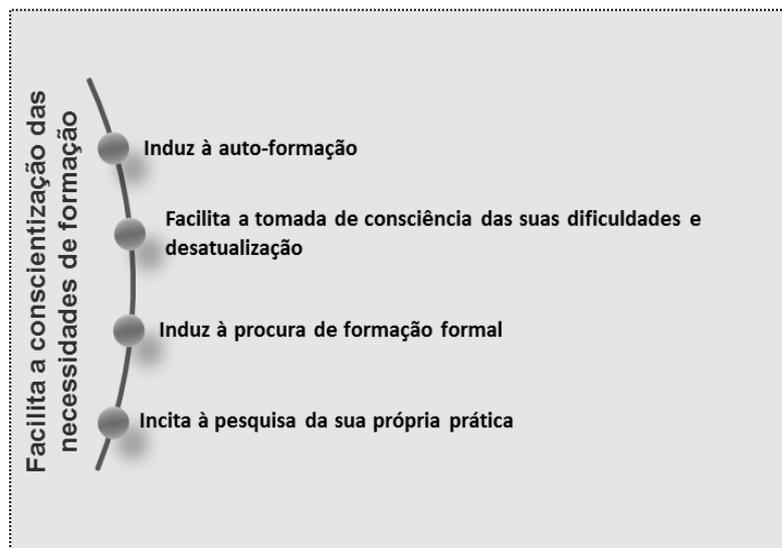


Figura 11 - Categoria "Facilita a conscientização das necessidades de formação"

Induz à autoformação

Em articulação com a análise da subcategoria anterior, os professores dizem que o contacto com a prática profissional em contexto clínico, é indutor de uma constante procura de informação,

“(...) é isso que te acaba por trazer o contacto com a prática... O contacto com áreas clínicas que te são menos familiares implica que vás procurar, que vás pesquisar para que estejas permanentemente “Update”!... Orientar estágios é de uma grande exigência: tens de estar permanentemente atualizado...” (FG1:30).

nomeadamente, em revistas científicas, em livros técnicos ou on-line.

“Como é que eu me preparo atualmente? É o estar atento. (...) Todos os dias surgem coisas novas, e nós, sendo professores a full-time, temos de ir investigar e recorrer aos artigos científicos que vão sendo publicados nas mais diversas revistas científicas, ou mesmo on-line, senão corremos o risco de ver muitas coisas passarem-nos ao lado...” (FG5:86).

Segundo os participantes, a necessidade de aprofundamento do conhecimento parece ter origem na exigência sentida de estar permanentemente atualizado para responder eficazmente às situações novas com que são confrontados no quotidiano do exercício supervisiivo.

“(...) temos que estar permanentemente atualizados, porque , muitas vezes, as situações que os alunos vivenciam são também novas para nós, e o facto de eles nos as relatarem ou as registarem nos trabalhos que pedimos implica, necessariamente, que tenhamos que pesquisar e aprofundar conhecimentos nessa área para, posteriormente, os podermos ajudar e orientar...” (FG3:25)

Neste âmbito, a *autoformação* evidencia-se como uma das estratégias comumente utilizadas pelos docentes para fazerem face às dificuldades, lacunas de conhecimento ou simplesmente, como forma de atualização quando em ensino clínico.

“Para dar resposta às necessidades dos meus alunos em estágio e, também, a algumas solicitações dos seus orientadores, (...), tenho vindo a pesquisar de forma autodidata... A autoformação tem sido a minha principal ferramenta para lidar com as dificuldades que vou sentido em estágio e também como forma de permanente atualização...” (FG4:41).

A autoformação evidencia-se assim como uma dimensão formativa|reflexiva, em que o professor se apropria do poder de transformação da sua prática, enquanto sujeito-autor do seu próprio itinerário de vida profissional, ou como refere Nóvoa (1988), “(...) *é a própria pessoa que se forma e forma-se na medida em que elabora uma compreensão sobre o seu percurso de vida: a implicação do sujeito no seu processo de formação torna-se inevitável*” (p.117). Compreendemos, então, que o professor na condição de agente da sua formação, forma-se na relação consigo mesmo (autoformação) mas, simultaneamente, na troca de experiências com o outro (heteroformação) e no contacto com o mundo em que se insere (ecoformação), como perspectiva a teoria tripolar de Pineau (2000; 1994).

Os indicadores relativos à subcategoria discutida são os que seguidamente apresentamos na Tabela 7.

Induz à autoformação - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Induz à constante pesquisa de informação</i>• <i>Exige atualização constante de conhecimento</i>• <i>Exige um esforço de autoformação</i>• <i>Implica o aprofundamento de conhecimento</i>

Tabela 7- Subcategoria "*Induz à autoformação*".

Facilita a tomada de consciência das suas dificuldades e desatualização

O contacto com a prática em contexto de trabalho é percebido pelos professores não só, como condição incitadora à tomada de consciência das suas dificuldades, lacunas de conhecimento e desatualização, mas também, da própria efemeridade do conhecimento, considerada a constante inovação na área da saúde e as, cada vez mais frequentes, cambiantes nas necessidades do estudante. São suas as seguintes afirmações, tomadas aqui como exemplo:

“(...) tenho a perfeita noção de que a inovação na saúde é constante e quotidiana... Há sempre coisas novas para aprender, por via do desenvolvimento do conhecimento, da ciência, e também, pela consciência de que o estudante de hoje é diferente e tem necessidades distintas do de ontem e, mais diferentes ainda, daquele que teremos amanhã... Um professor nunca pode esquecer que o conhecimento é sempre efêmero!” (FG5:14).

Nas suas narrativas, os docentes salientam que o contacto com a prática profissional lhes inculca a necessidade de permanente atualização profissional, especialmente em termos de conhecimento prático,

“(...) Estar na prática permite fazer uma reciclagem e de certa forma colmatarmos aquela ausência de conhecimento prático de que nós sentimos tanta falta, não é?! É importante que participemos na prestação de cuidados diretos aos doentes...” (FG13:16).

mas, igualmente, em áreas teórico-práticas como a Farmacologia ou a Patologia Médica ou Cirúrgica, entre outras áreas.

“Para mim o estágio é sempre uma oportunidade que eu tenho para rever e aprofundar os meus conhecimentos de Farmacologia, pois todos os meses são postas no mercado novas fórmulas, pelo que não chega apenas ter o conhecimento de que os fármacos existem, é necessário saber indicações, contra-indicações, semi-vidas, etc..., etc... e fazer adequação ao caso clínico e, acima de tudo, saber transmitir esse conhecimento aos alunos...” (FG9:6).

“(...) o mesmo se passa com a patologia clínica, seja ela médica ou cirúrgica, vamos ter que rever as patologias do utente para poder perceber as necessidades daquele doente e daquela família em concreto e, com essa informação, construir diagnósticos de Enfermagem...” (FG9:7).

Intrinseco às questões anteriormente abordadas, os participantes apontam o contacto com a prática profissional como motor de procura sistemática de novo conhecimento e novas formas de educação em ensino clínico, com vista à facilitação da aprendizagem dos estudantes e à melhoria da qualidade da formação clínica.

“Todos os anos, após terminarmos os estágios, procuramos novas formas de trabalhar, de fazer o acompanhamento do aluno e de ensinar (...). Em conjunto com a minha equipa docente, procuramos sempre atualizar os conteúdos, com informação originária nas mais diversas disciplinas e arranjar novas metodologias de ensino, não só para as unidades curriculares teóricas mas também para as práticas...” (FG10:31).

Transparece dos discursos uma postura docente que revela atenção não só à qualidade das aprendizagens dos estudantes mas também, à polidimensionalidade do saber, subsidiando, desse modo, essas aprendizagens e colocando-se simultaneamente como ator no processo formativo. Tais resultados, parecem indiciar uma reconfiguração identitária do professor em Enfermagem, da qual falaremos mais adiante, uma vez que

deixa perceber, ainda que de uma forma muito ténue, a passagem da condição de “mestre instruído” (Paquay e Wagner, 2001; Altet, 2001) que domina os conteúdos, para a de “professor reflexivo” que maneja os diversos saberes interdisciplinares, fundamentando a sua ação e resolvendo os problemas de forma pertinente e contextualizada (Paquay e Wagner, 2001; Altet, 2010; 2001; Zeichner, 2009; Sachs, 2009).

O *feedback* dos estudantes e dos contextos clínicos acerca do trabalho desenvolvido por discentes e docentes é considerado pelos participantes uma ferramenta fundamental quer para conscientização acerca da qualidade do ensino prático desenvolvido, quer enquanto instrumento de melhoria contínua desse mesmo ensino.

“Outra forma de “medirmos” a qualidade do nosso desempenho e de melhorarmos a nossa prestação, é através da opinião dos serviços, no sentido de qual é o feedback em relação à prestação dos alunos em estágio e sobre nós próprios... Destes feedback’s todos, da nossa percepção pessoal e também coletiva, vamos construindo, vamos modificando, adaptando e readaptando as nossas estratégias de ensino relativamente à componente prática...” (FG6:38).

As conceções anteriormente apresentadas evidenciam o carácter plural e heterogéneo (Tardif, 2002; 2000) de configuração do conhecimento profissional dos professores de Enfermagem, já que o mesmo é construído|desenvolvido em diversos espaços e em momentos e processos temporais que acompanham tanto a história de vida pessoal, quanto a sua carreira profissional docente, situação que remete os professores de Enfermagem para a condição de *longlife learners*.

Em resultado da análise dos dados efetuada, foram agrupados nesta subcategoria os indicadores constantes da Tabela 8.

Facilita a tomada de consciência das suas dificuldades e desatualização - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Facilita a atualização profissional</i>• <i>Facilita perceber quais as dificuldades e áreas lacunares</i>• <i>Facilita a tomada de consciência da “efemeridade do conhecimento”</i>• <i>Facilita a atualização de conhecimentos na área da Farmacologia</i>• <i>Facilita a atualização de conhecimentos na área da Patologia</i>• <i>Exige a procura sistemática de novas formas de ensinar</i>

Tabela 8 - Subcategoria "*Facilita a tomada de consciência das suas dificuldades e desatualização*".

Induz a procura de formação formal

As referências dos participantes parecem indicar que a formação formal é fundamental à estruturação do processo identitário de “tornar-se professor” e também enquanto eixo

estruturante de situações de trabalho, do reconhecimento de competências e do próprio desenvolvimento profissional docente em Enfermagem.

“(...) foi muito útil algumas formações teóricas que nós tivemos aqui na escola, sobretudo acerca de alguns instrumentos pedagógicos como, por exemplo, sobre o uso de portfólios ou de incidentes críticos nos ensinamentos clínicos (...). Toda essa formação acaba por trazer vantagens em termos da nossa aquisição de competências e do nosso próprio desenvolvimento profissional...” (FG3:44).

No âmbito da formação formal, a frequência de pós-graduações e de especialidades parece ser muito valorizada pelos docentes na medida em que lhes permite a aquisição de um conhecimento profissional específico, como forma de resposta às necessidades de melhoria de desempenho profissional sentidas, nomeadamente, as relacionadas com o exercício em contexto de trabalho.

“(...) enquanto docente, em termos de formação formal, senti necessidade de me especializar em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de fazer uma pós-graduação que existe aqui na escola em Supervisão Clínica, para melhor poder responder à minha atividade docente, pois, sou professora de Enfermagem no adulto e acompanho os alunos no estágio correspondente a essa unidade curricular...” (FG4:23).

Por outro lado, no quadro do ensino superior existe atualmente uma pressão oficial sobre as escolas e professores para que produzam investigação. Neste âmbito, a frequência de programas de doutoramento emerge das narrativas docentes não apenas como resposta à exigência da carreira docente mas, também, como instrumento de valorização científica e profissional.

“(...) no quadro atual da docência em Enfermagem, e no quadro do Ensino Superior Politécnico, tenho a plena consciência de que o que fiz não chega [especialidade e pós-graduação], por isso, “para não perder o comboio”, fiz provas públicas para adquirir o título de especialista e, no próximo ano letivo, estou a pensar inscrever-me no Doutoramento em Enfermagem, como forma de me desenvolver e adquirir competências na área investigativa...” (FG4:24).

Das narrativas docentes pode inferir-se que o objetivo primordial da frequência de formação formal, no âmbito de pós-graduações, mestrados e doutoramentos, prende-se essencialmente com a possibilidade de reinvestimento do saber adquirido na sua própria prática docente, fomentando não só a inovação da docência com base na investigação como, também, o seu próprio desenvolvimento profissional, achado que reforça a literatura tanto na área educativa como na de Enfermagem (Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Pedro, 2011; Garcia, 2009; Graça, 2008; Canário, 2006; Davis *et al.*, 2005; Feixas, 2002; entre outros).

Apesar dos inegáveis benefícios da formação formal, enquanto estratégia de desenvolvimento profissional docente e de valorização do estatuto da profissão, alguns autores do campo educacional (Bourdoncle, 2009, 2007, 1997; Formosinho, 2009, 2002; Campos, 2002), chamam à atenção para os riscos de desenvolvimento de lógicas predominantemente académicas que privilegiam sobretudo a formação teórica e, de tal fenómeno – *academização|universitarização* – poder conduzir a algum grau de conflitualidade, pelo afastamento da lógica profissionalizante, típica deste tipo de formações.

Na Tabela 9, discriminam-se os indicadores relativos à subcategoria acabada de analisar.

Induz a procura de formação formal - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Porque a prática exige fazer formação formal</i>• <i>Porque o ensino em contexto profissional requer know-how específico</i>• <i>Exige a frequência de doutoramento ou a aquisição o título de especialista</i>

Tabela 9 - Subcategoria "*Induz a procura de formação formal*".

Incita à pesquisa acerca da sua própria prática

A análise dos dados aponta para o reconhecimento do papel de investigador como uma das responsabilidades inerentes à docência em Enfermagem no quadro do ensino superior. Com efeito, os participantes consideram que o contacto com os contextos profissionais incita o docente a investigar as próprias práticas nesse âmbito.

“(...) na nossa escola decidimos investigar as nossas próprias práticas em estágio, nomeadamente, num dos trabalhos, inquirimos os estudantes acerca da sua opinião relativamente à orientação em parceria nos ensinamentos clínicos... Claro que, com este trabalho esperamos, ainda que modestamente, contribuir de alguma forma para a evolução da própria disciplina... (FG9:84).

Por outro lado, verifica-se que os docentes não só experimentam investigar a suas práticas como, simultaneamente, envolvem os estudantes nessas mesmas investigações:

“(...) Nós fizemos agora aqui um estudo em que desafíamos os alunos a auto-investigarem-se. O tema foi o stress dos estudantes em ensino clínico, no âmbito das monografias que eles próprios têm que desenvolver... Foi engraçado, eles investigarem sobre si próprios... (FG9:32).

Esta forma de repensar a docência reenvia para a visão do “professor investigador” e facilitador da aprendizagem, que promovendo uma formação centrada no estudante, incentiva a construção de projetos de formação e de investigação, tendo em vista a

produção de conhecimento com efeitos positivos para os atores envolvidos, para a profissão e para a disciplina de Enfermagem, o que corrobora a literatura disponível quer da área educativa quer de Enfermagem (Lopes *et al.*, 2013; Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Shulman, 2005; Esteves, 2001; Perrenoud, 2001).

Em **síntese**, reconhecendo que as necessidades de formação têm uma identidade ecológica, isto é, que não podem ser apreendidas senão num determinado contexto, os professores deste estudo atribuem ao contacto com as situações de trabalho a tomada de consciência das suas necessidades de formação. Tal tomada de consciência parece constituir, por sua vez, o móbil para a procura de formação pelos docentes, seja por via da auto-formação, seja pela busca de formação formal ou, ainda, através da pesquisa das suas próprias práticas, deixando perceber uma consciência de inacabamento e de desatualização profissional.

1.1.4 Promove um ambiente colaborativo

A presente categoria, tal como o próprio nome indica, compreende referências ao professor enquanto “elo” fundamental no estabelecimento de um ambiente colaborativo entre os próprios docentes; docentes e supervisores clínicos|enfermeiros dos contextos e, numa perspetiva mais lata, entre a academia e os contextos clínicos|organizações de saúde. Contém ainda alusões ao papel docente na formação contínua dos supervisores clínicos, como pode ser inferido do conjunto das subcategorias constantes na Figura 12.

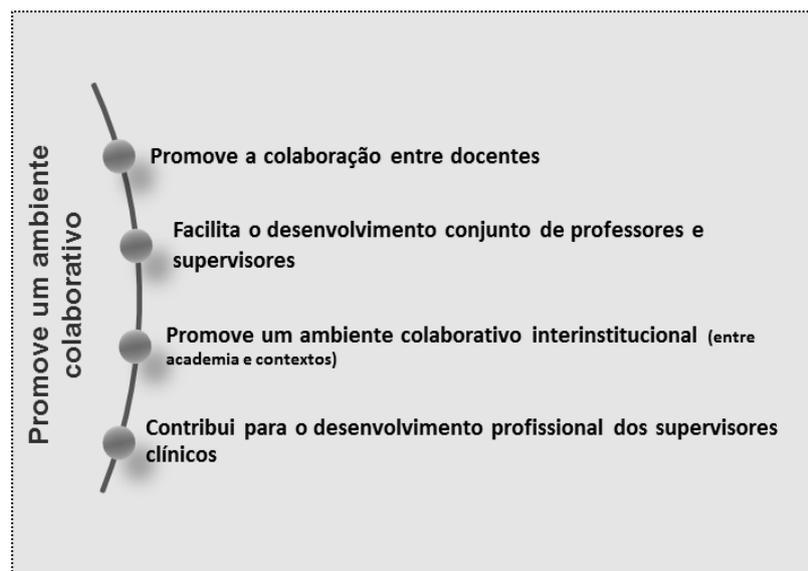


Figura 12 - Categoria "Promove um ambiente colaborativo"

Promove a colaboração entre docentes

A partilha de experiências e dificuldades, o espírito de entreatajuda e a tomada de decisão conjunta, são um bom exemplo de como o contacto com os contextos de trabalho constitui um incentivo à colaboração entre docentes e, conseqüentemente, um contributo para o desenvolvimento profissional destes.

“(...) aprendemos muito uns com os outros, refiro-me aos colegas professores, nós partilhamos muito uns com os outros, as nossas dificuldades, a nossa experiência em outros estágios, interajudamo-nos muito, nas nossas dificuldades... Nós não tomamos decisões sozinhos, sentamo-nos aqui a esta mesa e desde a definição dos objetivos do estágio até à condução do mesmo, procuramos sempre que possível, conjuntamente, o melhor caminho para resolver as dificuldades...” (FG2:13).

Referindo-se às mais-valias da colaboração, Hargreaves (1998) refere que esta promove a satisfação pessoal e profissional, a autonomia profissional, a eficiência e eficácia acrescidas e o desenvolvimento profissional contínuo. Por seu lado, Boavida e Ponte (2002), reforçando o pensamento de Hargreaves (1998), mencionam que a colaboração potencia “(...) condições para enfrentar, com êxito, as incertezas e obstáculos que surgem” (p.3) nos contextos profissionais. Apesar da colaboração docente ser reconhecidamente uma estratégia muito positiva, Hargreaves (2003; 1998) chama à atenção para a necessidade de diferenciação entre os processos de colaboração informais e formais. Segundo o autor, o conceito de colaboração pode ser interpretado segundo duas tipologias bem distintas: a cultura de colegialidade (cultura de colaboração) e a colegialidade artificial. A primeira é espontânea e voluntária, a segunda é forçada, regulada administrativamente, por imposição superior. Enquanto a colegialidade artificial pode ser inflexível, em termos dos espaços e do tempo em que se realiza (por norma, os professores juntam-se com uma periodicidade rígida, haja ou não motivos pertinentes para o fazer); por sua vez, a cultura de colegialidade, “(...) não se impõe por via administrativa ou por decisão superior” (Hargreaves, 2003:19) e pode, através da reflexão e da construção de uma linguagem profissional comum, contribuir para a mudança individual e coletiva, pelo que advogamos a mesma para a componente prática da formação inicial em Enfermagem, embora reconhecendo que nem sempre isso seja fácil de operacionalizar, como adiante teremos oportunidade de demonstrar.

Facilita o desenvolvimento conjunto de professores e supervisores

A análise dos dados permitiu perceber que o contacto docente com a prática profissional parece consituir-se como oportunidade única de desenvolvimento pessoal e profissional conjunto para professores e supervisores clínicos. A suportar esta ideia, estão as afirmações docentes que nos autorizam a fazer tal inferência:

- permite confrontar diferentes pontos de vista (e tomar decisões mais assertivas)

“(...) o discutirmos com os supervisor clínico quais são as dificuldades do aluno e, às vezes, até as nossas próprias dificuldades, quando as há, como por exemplo, em termos de supervisão de um determinado estudante mais problemático, é muito útil, pois, dá-nos a possibilidade de confrontarmos múltiplos pontos de vista e tomar decisões mais assertivas...” (FG6:18).

- propicia aprendizagens mútuas

“(...) eu acho que nós aprendemos muito uns com os outros, refiro-me a nós professores e aos enfermeiros da prática, aos supervisores clínicos... Esta aprendizagem mútua é extremamente importante porque só assim nos poderemos desenvolver profissionalmente...” (FG2:11).

- possibilita o desenvolvimento de projetos conjuntos (sejam de cariz investigativo ou académico)

“Outra coisa que nós fazemos bem, é trazer as pessoas à “nossa casa”, e vêm muitas vezes, vêm com agrado e nós tentamos recebê-las o melhor possível e vamos integrando-as nos projetos que vamos desenvolvendo, sejam eles de cariz mais teórico-investigativo ou mais prático, como lecionar as práticas laboratoriais... Acho que isso depois acaba por repercutir-se no ambiente positivo em que decorrem os ensinos clínicos...” (FG2:26).

- estimula o estabelecimento de relações de confiança entre professor e supervisor clínico

“Quando há abertura e o aluno é bem integrado no seio da equipa, (...), até me sinto à vontade para dizer: “Olhe, amanhã trago uma bata e venho para a sala de tratamentos para vos ajudar e estar junto dos alunos!”. A resposta é sempre muito calorosa: “Ai venha; venha, toda a ajuda é bem-vinda e assim também fica a conhecer melhor a forma como nós trabalhamos!”. (FG4:27).

- possibilita um trabalho de parceria no planeamento, desenvolvimento e avaliação do ensino clínico

“(...) na programação dos ensinos clínicos é necessário muito trabalho de parceria entre nós, as chefias dos contextos e os supervisores clínicos... É todo o trabalho prévio de preparação, é o dia da apresentação dos alunos nos contextos, são as tutorias e as reuniões de estágio durante o mesmo, é a reunião final e a atribuição das notas... A

generalidade das pessoas não imagina como é exigente uma supervisão de estágio bem-feita...” (FG6:24).

A colaboração enquanto manifestação de uma cultura de proximidade evidencia-se assim não só como estratégia que permite dar mais coerência ao processo formativo dos estudantes mas, também, enquanto possibilidade de desenvolvimento profissional dos professores e enfermeiros diretamente implicados no processo formativo, o que vem corroborar as conclusões de outros estudos desenvolvidos no âmbito da formação em Enfermagem (Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Benner *et al.*, 2010; Carvalhal, 2003). É também sob esta perspetiva que Amendoeira (2009) concebe o ensino de Enfermagem e que nós próprios advogamos: um cenário de fusão entre teoria e prática de modo a que a formação seja desenvolvida na convergência entre o “mundo da escola” e o “mundo do trabalho”.

Os indicadores relativos à subcategoria discutida são os discriminados na Tabela 10.

Facilita o desenvolvimento conjunto de professores e supervisores - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Permite confrontar diferentes pontos de vista (supervisores – docentes)</i>• <i>Propicia aprendizagens mútuas (entre supervisores e professores)</i>• <i>Facilita o desenvolvimento de projetos conjuntos</i>• <i>Estimula o estabelecimento de relações de confiança entre professor e supervisor clínico</i>• <i>Facilita um trabalho de parceria no planeamento, desenvolvimento e avaliação do ensino clínico</i>

Tabela 10 - Subcategoria "*Facilita o desenvolvimento conjunto de professores e supervisores*".

Promove um ambiente colaborativo interinstitucional

De acordo com os docentes, a interação dos professores com os contextos de trabalho, estimula a promoção de um ambiente colaborativo entre as instituições de ensino e os contextos de prática clínica. Na fundamentação da sua opinião os docentes arrolam argumentos como:

- possibilita a transferência|partilha de conhecimento entre ambas as organizações, emergindo as figuras do docente e do supervisor clínico como *pivots* dessa transferência

“(...) eu penso que, quer os professores quer os supervisores clínicos dos contextos estão numa posição privilegiada para fazer essa “ponte colaborativa” e de passagem de conhecimento entre ambas as instituições... O caminho do isolamento, que por vezes aqui tem sido referido, não leva a sítio nenhum”. (FG5:49).

- facilita a difusão do conhecimento científico nos contextos de trabalho

“(...) [a nossa permanência nos contextos] permite que (...), por via da orientação e acompanhamento dos alunos, difundamos nas equipas algum conhecimento científico, e estimulemos a criação de alguma cultura de investigação... Embora tudo isto seja feito de uma forma muito pouco formal, eu acho que a nossa participação e presença nos serviços acaba por ter também este aspeto muito positivo...” (FG4:2).

- facilita a introdução de uma “cultura reflexiva” nos contextos de trabalho

“(...) eu convido sempre os orientadores da prática, e até as chefias dos serviços, a participarem nas reuniões de estágio... Esta é a forma que eu encontrei de eles terem a oportunidade de, conjuntamente connosco, refletirem e analisarem as situações ocorridas e também assistirem a alguns trabalhos desenvolvidos pelo alunos no âmbito do ensino clínico... No fundo é uma forma de ir introduzindo nos contextos uma cultura reflexiva e simultaneamente diminuir alguns constrangimentos intercontextuais...” (FG4:8).

- inspira a entrada do conhecimento prático na academia

“Outro aspeto que eu acho muito positivo é que quer o aluno, quer o docente que o acompanhou em ensino clínico e até o próprio orientador, quando motivado para participar nas atividades académicas, trazem conhecimento prático, para a escola. Isso é particularmente visível nas reuniões intercalares e finais de estágio...” (FG7:2).

É este o sentido de colaboração para Caetano (2003), ao salientar que se trata de um processo que envolve pessoas de diferentes contextos (ou organizações) e com diferentes vivências e experiências profissionais, trabalhando conjuntamente, como iguais, tendo em vista benefícios a nível pessoal, profissional e social, designadamente: a facilitação metacognitiva da reflexão sobre a própria aprendizagem e sobre outras dimensões pessoais; o desenvolvimento de *skills* pessoais de negociação e comunicação; a resolução de problemas e de conflitos; o desenvolvimento da ação; o desenvolvimento de um maior comprometimento com os objetivos das próprias organizações; a quebra de compartimentações; o aumento de capacidade de reflexão e a predisposição para um desenvolvimento continuado no tempo.

Apesar das evidentes potencialidades das relações colaborativas enquanto estratégia de desenvolvimento profissional, a implementação de ambientes colaborativos entre as escolas e os contextos clínicos não tem sido fácil (Amaral e Deodato, 2016; Abreu, 2007, 2003; Mestrinho, 2007, 2004, 2000; Carvalho, 2006; Simões, 2004; Carvalhal, 2003; Franco, 2000; D’Epiney, 1997; Espadinha, 1997; Figueiredo, 1995). Por um lado, pelas diferenças entre duas lógicas tão distintas como as do “mundo da saúde” e do “mundo da educação”; por outro lado, porque são exigíveis, não só, novas formas de

organização, mas também condições (tempo, espaço, recursos materiais, financeiros e incentivos) para que ambas as organizações (educativa e de saúde) se mobilizem de modo concertado e assumam a educação inicial e contínua em Enfermagem como um compromisso estratégico comum.

Na Tabela 11 podem ser observados os indicadores relativos que legitimam a subcategoria argumentada.

Promove um ambiente colaborativo interinstitucional - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Fomenta um ambiente de colaboração e partilha interinstitucional</i>• <i>Facilita a difusão de conhecimento teórico nos contextos de trabalho</i>• <i>Facilita a “introdução de uma cultura reflexiva nos contextos de trabalho”</i>• <i>Facilita a entrada do conhecimento prático na academia</i>

Tabela 11 - Subcategoria "*Promove um ambiente colaborativo interinstitucional*".

Contribui para o desenvolvimento profissional dos supervisores clínicos

O conceito de desenvolvimento profissional inclui, para além de outras possibilidades, a de realizar aprendizagens a partir da própria experiência ou de oportunidades formativas informais vividas nos contextos de trabalho. Sob esta moldura, a supervisão pedagógica de estudantes em ensino clínico, emerge dos discursos docentes como uma função potencialmente facilitadora do desenvolvimento profissional dos supervisores clínicos,

“(...) não haja dúvida que, na prática, nos contextos, os alunos desenvolvem-se de uma forma exponencial, mas também não deve haver dúvidas de que esse acompanhamento dos estudantes e a própria interação com os professores, contribui de uma forma muito marcada para o desenvolvimento profissional dos próprios orientadores...”(FG7:9).

nomeadamente pelas aprendizagens mútuas decorrentes da interação entre supervisor clínico e estudante.

“(...) o enfermeiro da prática clínica tem mais sabedoria e mais conhecimento em geral acerca dos cuidados de Enfermagem mas, por exemplo, a nível das tecnologias de informação, ou no uso de ferramentas reflexivas como é o caso do portfólio ou dos estudos de caso, o aluno tem mais competência nessas áreas... Assim, no decurso do estágio é comum verificar-se que supervisor e estudante se interajudam e vê-se um crescimento mútuo muito favorável, e isso, é entusiasmante... Portanto, o estágio em contexto clínico é um momento mutuamente muito rico, na medida em que profissional e aluno fazem aprendizagens mútuas...” (FG2:7).

O reconhecimento de que o supervisor clínico já não é mais o perito que tudo sabe e o estudante aquele que nada sabe, e que a aprendizagem em contexto clínico deverá ocorrer segundo um processo dialógico, sustentado numa maior democraticidade e

colegialidade, através da partilha mútua de opiniões, expectativas, conhecimentos, experiências e sentimentos entre supervisor clínico e estudante, tem vindo a ser sobejamente relevado em diversos trabalhos no âmbito da supervisão, quer em educação (Alarcão e Tavares, 2003; Caires, 2003; Caires, & Almeida, 2003; Caires, 2001; Sá-Chaves, 2000) quer em Enfermagem (Macedo, 2012; Silva *et al.*, 2011; Martins, 2009; Abreu, 2007; Longo, 2005; Simões, 2004; Belo, 2003). Neste contexto, o trabalho colaborativo entre os professores e supervisores clínicos exige também reciprocidade de relacionamento, onde a partilha de metas, compromissos e diferentes pontos de vista, conduzirá a uma resolução mais efetiva dos problemas inerentes ao processo supervisivo e, numa perspetiva mais ampla, à facilitação da própria articulação interinstitucional.

À semelhança do que temos vindo a fazer, apresentam-se na Tabela 12, os indicadores referentes à subcategoria discutida.

Contribui para a formação contínua dos supervisores clínicos - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Propicia aprendizagens mútuas entre supervisores e alunos</i> • <i>Propicia a formação contínua dos supervisores clínicos</i>

Tabela 12 – Subcategoria “*Contribui para a formação contínua dos supervisores clínicos*”.

Em **síntese**, durante os momentos de prática profissional, a figura do professor emerge como “elo fundamental” ao estabelecimento de um ambiente colaborativo quer entre os próprios professores, quer entre estes e os enfermeiros supervisores/enfermeiros dos contextos, “abrindo portas” a um desenvolvimento profissional conjunto. Numa perspetiva mais lata, o professor é ainda visto pelos docentes auscultados, como aquele que está em melhor posição para mediar a relação interinstitucional e propiciar, por um lado, a reflexão e a difusão de conhecimento científico nas organizações de saúde, nomeadamente, por via da formação dos seus profissionais, e, por outro lado, porque promove a entrada de conhecimento prático na academia.

1.1.5 Facilita a socialização profissional docente

De acordo com os professores auscultados, o processo de socialização docente em Enfermagem parece ocorrer em distintas instâncias de socialização, dentre as quais se destacam os contextos de prática profissional, não só pelos simbolismos, significações e saberes de que estão imbuídos, mas também, pelas múltiplas interações que propiciam,

designadamente, com os estudantes, enfermeiros da prática clínica e outros membros da equipa multidisciplinar (Figura 13).

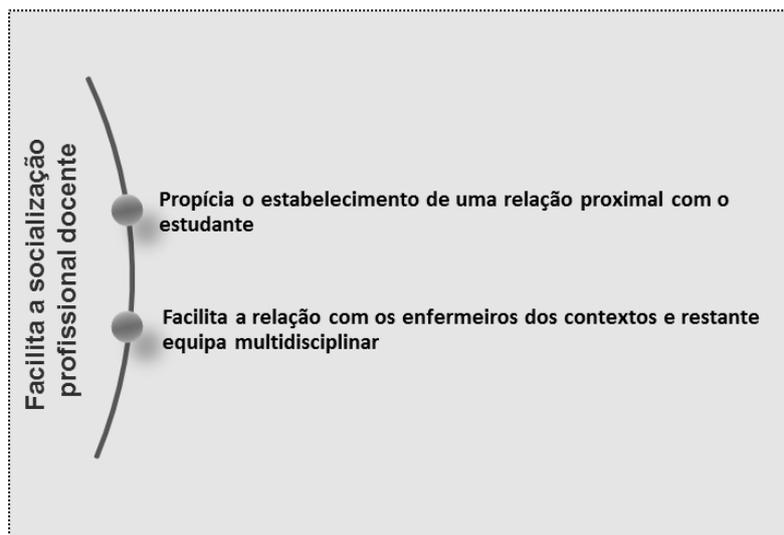


Figura 13 - Categoria "Facilita a socialização profissional docente"

Propicia o estabelecimento de uma relação proximal com o estudante

Ao longo dos seus discursos os docentes vão fazendo um conjunto de referências que nos levam a inferir que a relação estabelecida entre professor e estudante em contexto clínico se caracteriza por uma maior proximidade e até informalidade, comparativamente à relação que é desenvolvida em contexto escolar.

“(...) em contexto de estágio, existe uma maior proximidade, o que nos permite conhecer melhor e mais profundamente os alunos. (...) Nessa informalidade, obtêm-se muito mais elementos acerca do aluno do que durante os períodos teóricos, pois, em sala de aula, isso é quase impossível...” (FG7:23).

Tais achados vão genericamente ao encontro dos resultados obtidos em outros estudos desenvolvidos no âmbito da supervisão clínica em Enfermagem (Martins, 2009; Fonseca, 2004; Simões, 2004; Belo, 2003; Carvalhal, 2003). Para Carvalhal (2003), esta perspetiva encontra eco nos princípios da filosofia humanista. Sublinha a autora que, *“(...) com o recuperar do Cuidar em Enfermagem, é recuperado o valor da dimensão relacional não só na relação terapêutica, como também na própria relação pedagógica”* (p.118), cuja influência se faz sentir não apenas na socialização do estudante mas também na socialização do próprio docente.

A proximidade referida anteriormente, parece propiciar que o professor tenha acesso não só ao “estudante-formando” mas também ao “estudante-pessoa”, o que na opinião

dos docentes é bastante positivo, na medida em que lhes possibilita uma compreensão do estudante na sua globalidade e, assim, desenvolver uma relação mais “pessoalista”,

“Quando o aluno vai para estágio é diferente... O processo de formação está incluído no processo vida, portanto, nestas relações de proximidade, nos contextos clínicos, eu conheço melhor o aluno como pessoa (...), conheço-o na sua globalidade”. (FG7:25).

e até, desenvolver um certo grau de cumplicidade, uma vez ultrapassados os medos associados à avaliação.

“Eles [estudantes] a partir de determinado estágio, que coincide normalmente com o final do segundo ano, começam a ter uma ótima relação connosco, por vezes, até existe alguma cumplicidade (...). A partir desta altura, já não nos veem tanto como “avaliadores” mas como alguém que os pode ajudar no seu processo de desenvolvimento...” (FG8:15).

De acordo com Serra (2011), a aproximação entre docente e estudante parece encontrar explicação no grau de desestruturação dos contextos de ensino clínico (comparativamente à aula tradicional); na relativização do saber do professor (que pode não conhecer em profundidade o contexto e as suas dinâmicas); na relação frequentemente individual e próxima entre docente e estudante; na heterogeneidade de situações e, ainda, na dimensão emocional de acompanhamento do estudante, razões que, individual ou conjuntamente, podem conduzir à necessária reconfiguração do relacionamento entre professor e estudante. Esta reconfiguração pauta-se assim pelo estabelecimento de uma relação de proximidade, cuja influência se faz sentir nos processos de socialização de ambos os atores.

Para Sim-Sim *et al.* (2013), uma maior proximidade entre professor e estudante é facilitador da comunicação entre ambos os atores e *“(...) pode abrir outros pontos de vista, facilitar a compreensão das perspetivas dos estudantes e assim atingirem-se melhores resultados na orientação e maior sucesso académico”*(p. 57).

Na Tabela 13, agrupam-se os indicadores relativos à subcategoria cabada de analisar.

Propicia o estabelecimento de uma relação de proximal com o estudante - Indicadores
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Proporciona um profundo conhecimento dos alunos</i> • <i>Propicia a cumplicidade professor – aluno</i> • <i>Estimula o desenvolvimento de relações de proximidade entre professor e aluno</i> |
|--|

Tabela 13 - Subcategoria "*Propicia o estabelecimento de uma relação proximal com o estudante*".

Facilita a relação com os enfermeiros dos contextos e restante equipa multidisciplinar

A interação e conhecimento mútuo entre professores e supervisores clínicos é percebida pelos docentes como positiva, nomeadamente, porque parece agilizar toda a atividade intrínseca à programação e desenvolvimento dos ensinamentos clínicos.

“(...) fazer orientação de alunos, é muito facilitador em termos de conhecimento dos locais de estágio, pois, ao fim de algum tempo já conhecemos muitos dos enfermeiros orientadores, e esse conhecimento, torna-se facilitador e agiliza os processos inerentes quer à programação quer ao acompanhamento dos alunos em estágio...” (FG9:3).

Os resultados obtidos vêm corroborar o já evidenciado pela literatura. Apesar de a presença docente poder ser motivo de algum constrangimento, dada a “(...) tensão existente entre a docência e o exercício [face à tendência dos profissionais para] valorizar o saber-fazer e a escola o saber-ser, saber pensar e aprender” (Silva e Silva, 2004:106), a cooperação positiva e muito próxima entre docentes e supervisores clínicos é apontada como fundamental e facilitadora dos processos de supervisão e de aprendizagem (Amaral e Deodato, 2016; Lopes *et al.*, 2013; Sim-Sim, *et al.*, 2013; Araújo *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2011; Cunha *et al.*, 2010; Martins, 2009; Simões *et al.*, 2008; Abreu, 2007, 2001; Fonseca, 2004; Simões, 2004; Carvalhal, 2003; Caires, 2003, 2001).

A possibilidade de interagir com os diferentes membros da equipa de Enfermagem e com a restante equipa multidisciplinar transparece também como mais-valia para a socialização profissional docente, nomeadamente, porque propicia o contacto com distintas formas de conceptualizar os cuidados e sobretudo distintas formas de os realizar.

“(...) permite-nos também, contactar com os colegas enfermeiros e com os chefes dos serviços, com os restantes elementos da equipa multidisciplinar (...). Todos esses contactos, nos diversos campos de estágio, são para mim uma grande riqueza pois tenho a oportunidade de contactar com muitas e diferentes formas de ver as coisas, de as pensar e, sobretudo, de as fazer...” (FG10:29).

A socialização profissional do professor de Enfermagem revela-se, assim, como um processo contínuo que decorre também da interação docente com os enfermeiros e demais atores dos contextos clínicos.

A Tabela 14, sintetiza os indicadores relativos à subcategoria dissecada.

Facilita a relação com os enfermeiros dos contextos e restante equipa multidisciplinar - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proporciona um profundo conhecimento dos supervisores</i> • <i>Facilita a familiarização com os profissionais</i> • <i>Propicia o contacto com múltiplos e diferentes contextos</i>

Tabela 14 - Subcategoria "*Facilita a relação com os enfermeiros dos contextos e restante equipa multidisciplinar*".

Em **síntese**, o processo de socialização docente em Enfermagem parece ocorrer em distintas instâncias de socialização, que se inscrevem em valores próprios da profissão, da docência e do seu próprio desenvolvimento profissional que é mediado por estudantes, enfermeiros dos contextos e outros membros da equipa multidisciplinar.

1.1.6 Contribui para a construção da identidade e profissionalidade docente

Partindo do entendimento de que a identidade e a profissionalidade se constroem e desenvolvem continuamente numa relação dialética entre a aquisição de conhecimento científico e uma prática reflexiva ancorada na experiência e em valores éticos e políticos, o contexto de prática profissional emerge das narrativas dos docentes como de suma importância. Neste âmbito, as referências evidenciam que o contacto com os contextos de trabalho, por um lado, induz o docente ao questionamento da identidade e à conscientização da sua profissionalidade; por outro lado, ajudam-no também a tomar consciência da envolvente, quer em termos do Serviço Nacional de Saúde quer do ensino de Enfermagem no quadro do Ensino Superior Politécnico (Figura 14).

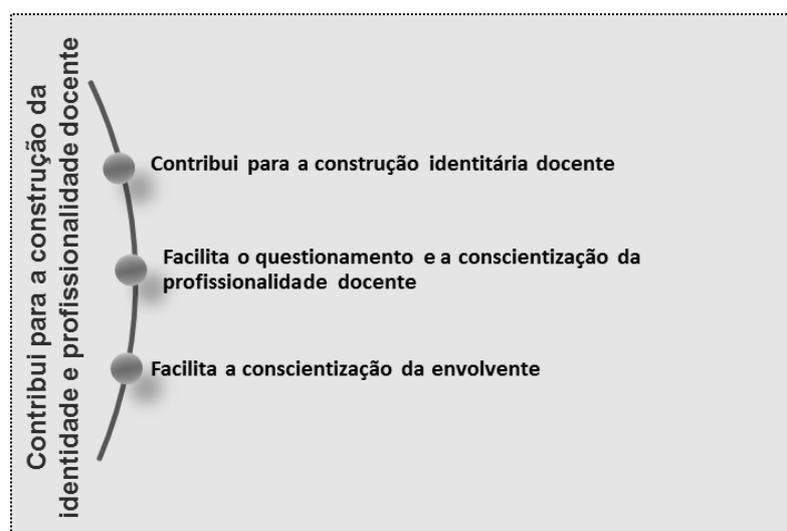


Figura 14 - Categoria "*Contribui para a construção da identidade e profissionalidade docente*"

Contribui para a construção identitária docente

De acordo com as referências docentes, a prática parece ter uma presença central e um caráter de imprescindibilidade na construção e desenvolvimento do processo identitário do docente de Enfermagem. Sobressai ainda das narrativas docentes, a ideia de que a tomada de consciência dos adquiridos resultantes do contacto com os contextos profissionais conduz ao reinvestimento desses mesmos adquiridos na sua prática quotidiana, num ciclo recursivo.

“(...) acho que é um processo de construção, a profissão, o ser professor... Mas para mim, definitivamente é na prática que esse processo de construção se desenvolve com maior nitidez... É na prática, na interação com o aluno, com os colegas, com os doentes que eu me “constuo” enquanto docente. É aí que, por um lado, eu aprendo e desenvolvo competências e, por outro, ponho esse conhecimento e essas competências a render no dia-a-dia...” (FG9:28).

Dos discursos docentes “escapa” também, um sentimento de dupla pertença manifesto na dificuldade de dissociação entre “ser enfermeiro” e “ser docente”, originando constantes ambivalências sobre os significados e relações entre as duas profissões. São suas as seguintes palavras:

“(...) eu acho que isto acaba por ser uma situação com as duas vertentes, eu sou professora mas, simultaneamente, sou enfermeira e quando estou na prática não consigo desligar uma coisa da outra, tanto me sinto professora como enfermeira...” (FG6:14).

À semelhança de outros estudos (Figueiredo, 2013; Lopes *et al.*, 2013; Almeida, 2012; Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Pedro, 2011; Carvalhal, 2003; Abreu, 2001), verifica-se nas narrativas docentes a recorrência da valorização da prática em contexto de trabalho enquanto essência da profissão docente e uma certa ambivalência discursiva acerca das representações de si mesmos, como enfermeiros e professores, o que parece ser revelador da existência de uma identidade “difusa” (Almeida, 2012), “compósita” (Mestrinho, 2011) ou “dual” (Lopes *et al.*, 2013) que, de acordo com Abreu (2001) resulta de uma “transição acelerada” para o Ensino Superior. De acordo com Mestrinho (2011), tal dualidade poderá conduzir a um profissionalismo adaptativo, já que os sujeitos da investigação não se encontram num processo profissional concluído, faltando-lhes fazer algum caminho até à “(...) passagem para o grupo de pertença dos professores do ensino superior”. (p.292). Ainda segundo a autora, a reconfiguração identitária dos docentes em Enfermagem trará novas formas de profissionalismo, diminuindo a distância simbólica entre a profissão e a docência, permitindo dar novos

contornos a uma profissão que surge depois da profissão originária. Desse expectável processo evolutivo, destaca os seus principais constituintes: ambiguidade identitária; profissionalismo adaptativo; passagem para o grupo de referência do ensino superior; reorientação da nova cultura profissional; ideal ético de docente orientado para valores de ensinar e cuidar; e novas formas de profissionalismo docente.

Facilita o questionamento e a conscientização da profissionalidade docente

Na perspetiva docente, o contacto com os contextos de trabalho induz os professores a refletir e a interrogarem-se acerca das suas práticas e também sobre a profissionalidade desejável para o professor de Enfermagem no quadro do ensino superior politécnico, considerando que essa profissionalidade pode influenciar a qualidade do ensino e, conseqüentemente, o perfil de saída dos futuros profissionais.

“Acho que aqui há também o meu próprio crescimento e capacidade de pensar e refletir sobre a minha própria prática, sobre a profissão, de refletir sobre a profissionalidade desejável num docente de Enfermagem que, actualmente, exerce no ensino superior e como essa profissionalidade pode influenciar decisivamente a qualidade do ensino e o tipo de profissionais que colocamos no mercado...” (FG7:27).

Neste âmbito, os referenciais|perfis de competências desenvolvidos por Mestrinho (2011), Pereira (2007) ou Nunes (2006), poderão constituir uma excelente base de trabalho para o início de um debate acerca da profissionalidade desejável para o professor em Enfermagem e para o futuro estabelecimento de um *standard* de competências comuns (Davis *et al.*, 2005) que responda não só às especificidades académicas e clínicas da formação de Enfermagem nacional mas, simultaneamente, aos propósitos de Bolonha no quadro EEES.

As práticas em contexto profissional parecem contribuir para o reforço de uma atitude docente ética e deontológica responsável quer em termos de ideal de ensino quer de cuidado.

“(...) todo este discurso, serviu tão-somente para chamar à atenção de que o professor deve ensinar, sim, mas sem nunca esquecer os princípios éticos e deontológicos subjacentes ao ensino prático, pois esse ensino repercute-se em várias pessoas: no aluno, no supervisor e até na equipa e, acima de tudo, no doente e sua família...” (FG11:21).

A valorização|preocupação com os aspetos ético-deontológicos da ação docente é bem explícita nos discursos dos professores. Por outro lado, parece estar também implícita

uma dimensão axiológica ligada a valores de ensinar e de cuidar, o que vai ao encontro dos resultados dos estudos desenvolvidos por Mestrinho (2011) e Davis *et al.* (2005).

Dos discursos docentes fica ainda patente a ideia de que o contacto com a prática em contexto profissional facilita o seu “crescimento” como professor em Enfermagem, na medida em que lhe permite realizar aprendizagens impossíveis de realizar apenas em contexto escolar:

“(...) quando fui para o estágio com os estudantes, como tinha pouca experiência como docente, reconheço que tive muita dificuldade no confronto com determinadas situações, mas foi esse confronto que me fez crescer como docente... O contacto com a prática ajuda muito nesse aspeto, se estivesse só na escola nunca teria realizado tais aprendizagens...” (FG8:3).

À semelhança dos resultados obtidos por Mestrinho (2011), o contacto docente com a prática perspetiva-se como um processo de formação profissional reconstruído, tornando-se determinante na construção identitária do professor de Enfermagem.

Na Tabela 15, sistematizam-se os indicadores referentes a esta subcategoria.

Facilita o questionamento e a conscientização da profissionalidade docente - Indicadores

- *Contribui para a construção da profissionalidade docente*
 - *Exige responsabilidade ética e legal*
 - *Contribui para o “crescimento docente”*
-

Tabela 15 - Subcategoria "*Facilita o questionamento e a conscientização da profissionalidade docente*".

Facilita a conscientização da envolvente

Para os professores, o contacto com a prática profissional parece facilitar que o docente tome consciência das múltiplas dimensões com influência no ato de ensinar em ensino clínico, nomeadamente, ao nível das políticas da saúde e da educação, conforme se pode inferir da seguinte reflexão:

“(...) eu não sou uma cidadã qualquer, sou professora de Enfermagem, então, por via dessa condição, tenho uma responsabilidade acrescida que é, não só estar atenta ao meu papel de cidadã mas também aos desafios que a sociedade atual me coloca quer em termos de ensino quer de saúde (...). Por exemplo, tenho que perceber, o que é que desafios como a Estratégia de Lisboa me colocam... Eu tenho que saber, tenho que ler, se calhar fico numa posição muito vulnerável se não o fizer (...). O meu papel como professora assim o exige!...” (FG5:24).

Por outro lado, os docentes salientam também que o acompanhamento de estudantes em contexto de trabalho propicia um profundo conhecimento dos contextos, dos profissionais e da forma de gestão dos serviços e organização do trabalho.

“Sabe o conhecimento dos contextos, vale muito, podemos não dominar na especificidade, mas temos uma compreensão transversal das situações, das formas de gestão e organização dos serviços e das formas de agir profissionais... O facto de acompanharmos estudantes em muitos e diferentes contextos dá-nos a possibilidade de adquirir essa visão mais ampla da profissão...” (FG4:14).

Para alguns autores o conhecimento dos contextos releva-se fundamental, na medida em que possibilita adequar as estratégias e linguagens às matrizes culturais e vivências dos diversos atores implicados no processo formativo, como forma de facilitar a interação e, sobretudo, estabelecer uma comunicação efetiva, enquanto fundamento de uma aprendizagem pertinente e relevante para o estudante (Zabalza, 2007; Sá-Chaves, 2000; Shulman, 2005; 2004; 1987, 1986.). Do ponto de vista das competências exigíveis ao docente do ensino superior, autores como Davis *et al.* (2005) defendem que o contacto docente com os contextos de trabalho, facilita o desenvolvimento daquilo que designam de “competência social”, isto é, as qualidades que permitem ao professor estabelecer relações interpessoais, socialmente adequadas e tecnicamente produtivas com os pares e estudantes, reconhecendo e valorizando os diferentes membros que compõem a sua comunidade de trabalho. Por seu lado, numa perspetiva mais ampla, Nunes (2006) defende que o professor deve ser conhecedor do ambiente educacional em que exerce, reconhecendo o impacto das forças políticas, institucionais, sociais e económicas no seu papel de “cidadão da academia”.

Na Tabela 16 apresentam-se os indicadores referentes à subcategoria examinada.

Facilita a conscientização da envolvente - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Facilita a conscientização acerca das políticas de saúde e da educação</i> • <i>Contribui para a aquisição de uma visão global dos contextos clínicos</i>

Tabela 16 - Subcategoria "*Facilita a conscientização da envolvente*".

Em síntese, os discursos docentes evidenciam, por um lado, a importância dos contextos profissionais na construção da sua identidade profissional e, por outro, reenviam para as representações que os professores têm de si mesmos, como enfermeiros e professores. A dupla pertença de enfermeiro e professor revela-se na dificuldade de dissociação dessas duas valências profissionais, demonstrando este grupo

de professores possuir uma identidade profissional compósita ou dual. Por outro lado, o contacto docente com os contextos de trabalho parece ainda estimular o questionamento e simultaneamente a tomada de consciência da sua profissionalidade no quadro da envolvente, quer em termos dos contextos da saúde quer da educação.

1.1.7 Desenvolve competências profissionais nas áreas da docência e da prática de Enfermagem

O pensamento de que a competência é contingente, isto é, que existe sempre a necessidade de a referenciar a alguma situação ou a alguém – “competência de” ou “competência para” – faz emergir o seu forte carácter finalizado (ou funcional) e contextual (Boterf, 2003). A corroborar o pensamento de que não há competência senão posta em ato, estão as subcategorias que apontam a situação de trabalho como o contexto ideal para fazer emergir quer competências profissionais docentes em Enfermagem, nomeadamente, no âmbito da supervisão clínica de estudantes, quer novas competências (Figura 15).



Figura 15 - Categoria "*Desenvolve competências profissionais nas áreas da docência e da prática de Enfermagem*"

Facilita o desenvolvimento de competências supervisivas

Refletindo sobre a importância e influência do contacto docente com os contextos de trabalho no respetivo desenvolvimento profissional, os docentes são unânimes em

apontar a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da supervisão clínica, como uma das principais mais-valias.

“(...) a prática é muito útil para o nosso desenvolvimento... É na prática que nós aprendemos a supervisionar. Não nego a importância de ter conhecimento teórico sobre supervisão, mas continuo a afirmar que é na prática que as competências supervisivas se manifestam e desenvolvem...” (FG3:32).

Salientamos, em seguida, algumas das afirmações que reforçam a inferência anterior:

- facilita aprender a gerir relações interpessoais em contexto de trabalho

“Eu acho que todos nós temos consciência de que os estágios nos permitem fazer múltiplas aprendizagens, designadamente, ao nível relacional: aprender como e quando é oportuno abordar as chefias dos serviços, os orientadores do terreno, se podemos ou não entrar na enfermaria para poder observar o aluno em atividade, etc... etc... Tudo isto só se pode aprender no terreno ao longo dos anos, durante os processos de supervisão dos ensinamentos clínicos...” (FG3:24).

- facilita aprender a fazer gestão de conflitos

“E no âmbito relacional, vamos aprendendo a gerir conflitos, pois, durante os ensinamentos clínicos é comum acontecerem situações de conflito em que é preciso intervir e mediar, especialmente quando essas dificuldades relacionais são entre aluno e orientador. Por vezes, não é fácil, mas temos que intervir...” (FG11:32).

- facilita aprender a comunicar quer com o aluno quer com o supervisor

“(...) aprende-se muito em termos da gestão das relações interpessoais, (...) aprende-se até mesmo novas técnicas comunicacionais, novas técnicas relacionais, especialmente a comunicar e interagir com os alunos e com os orientadores dos contextos, pois como já aqui foi dito, esta interação nem sempre é fácil e muito menos linear...” (FG11:40).

- facilita aprender a escutar o aluno

“Na escola, dada a massividade de alunos, não há tempo para estar com eles e os ouvir, para irmos ao seu encontro e percebermos as suas motivações ou desmotivações. No ensino clínico é diferente, existe uma maior proximidade (...), e isso, permite que os ouvamos com mais atenção e saibamos os seus receios e preocupações...” (FG9:41).

Mestrinho (2008), no desenvolvimento da sua pesquisa, conclui que o contacto docente com a prática profissional permite, ainda, o desenvolvimento de competências tais como: articular teoria e prática; motivar; planear; promover o desenvolvimento do estudante; diversificar estratégias e métodos de ensino; e desenvolver regulação e avaliação contínua.

Os indicadores referentes à subcategoria analisada, são os que constam da Tabela 17.

Facilita a aprendizagem de competências supervisivas - Indicadores

- *Facilita aprender a gerir relações interpessoais*
- *Facilita aprender a gerir conflitos*
- *Facilitar aprender a ouvir o aluno*
- *Facilita aprender a supervisionar*
- *Facilita aprender a comunicar quer com o aluno quer com o supervisor*

Tabela 17 - Subcategoria "*Facilita a aprendizagem de competências supervisivas*".

Facilita a aquisição de novas competências

Em articulação com a subctagoria anterior os participantes referem que, genericamente, o contacto com a prática profissional permite-lhes adquirir novas competências e tomar consciência dessa aquisição.

“(...) No ensino teórico é tudo mais formal, parece que nem damos conta das aprendizagens que fazemos mas, na prática, é tudo diferente, nós adquirimos competências mas ficamos com a noção de que as adquirimos... É tudo mais natural, não sei se me faço entender?!...” (FG7:44).

Os dados emergidos nas categorias anteriormente analisadas, vêm corroborar os resultados obtidos em outros estudos desenvolvidos no âmbito da docência em Enfermagem que sublinham a importância do contacto docente com a prática profissional enquanto fonte de conhecimento e de desenvolvimento profissional (Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Nascimento, 2007, 2005). Atenta às mutações que o ensino de Enfermagem sofreu nas últimas décadas, Mestrinho (2011) propõe um referencial de competências para os professores de Enfermagem, assente em quatro principais domínios (competências éticas; competências sócio-pedagógicas; competências de auto-desenvolvimento e competências sócio-organizacionais), do qual demos conta na primeira parte do estudo.

Os indicadores referentes a esta subcategoria encontram-se discriminados na Tabela 18.

Facilita o desenvolvimento de novas competências - Indicadores

- *Permite desenvolver competências novas*
- *Possibilita tomar consciência das competências novas adquiridas*

Tabela 18 - Subcategoria "*Facilita o desenvolvimento de novas competências*".

Em **síntese**, referindo-se os docentes ao valor formativo da prática para eles mesmos, salientam que o contacto com a prática nos contextos profissionais é facilitador da aquisição de competências ligadas à complexidade do agir docente, destacando, entre

outras, as competências no âmbito supervisoivo. Sublinham ainda que esse mesmo contacto é também facilitador da aquisição de novas competências.

1.1.8 Contribui para a satisfação profissional docente

A satisfação profissional, não inclui apenas as razões da escolha profissional mas também os motivos que levam o professor a permanecer nela ou a abandoná-la (Kelchtermans, 1993). No caso específico dos professores do presente estudo, são duas as principais fontes de satisfação profissional invocadas, no quadro da apreciação do valor formativo da prática: o contacto com a própria prática, as múltiplas e distintas interações que propicia e, ainda, o poder constituir-se como referência|modelo de prática para o estudante, como se pode inferir das subcategorias constantes da Figura 16.

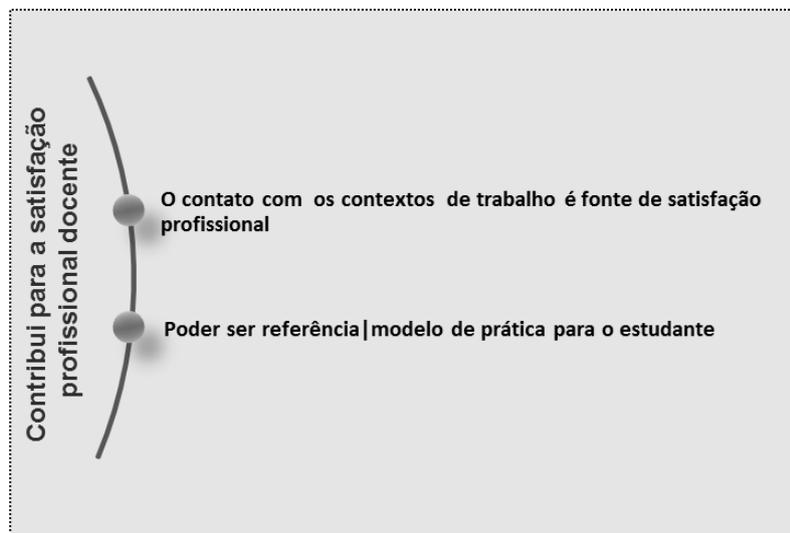


Figura 16 - Categoria "Contribui para a satisfação profissional docente".

O contacto com os contextos de trabalho é fonte de satisfação profissional

Tranversalmente aos discursos dos professores evidencia-se um forte sentimento de que o contacto com a prática em contexto clínico constitui uma incomensurável fonte de satisfação e motivação profissional. Tal constatação parece bem evidente na seguinte passagem:

“Tive muitas dúvidas... até ponderei afastar-me do ensino, porque tive muitas ofertas de outros trabalhos, melhor remunerados e para as quais eu me achava mais competente, mas, pensei muito bem e assumi este desafio. Neste momento, não estou nada arrependida, sei qual é o meu papel e sinto-me satisfeita, motivada e gosto muito da profissão que abracei... Os momentos de estágio são para mim a cereja no “topo do bolo”...” (FG7:47).

Este achado vem corroborar os resultados obtidos por Almeida (2012) num estudo desenvolvido no âmbito do desenvolvimento profissional docente no ensino superior. Nesse estudo, a autora inventaria treze fontes de satisfação profissional docente, sendo que, uma das fontes referidas, é o próprio contacto docente com os contextos reais de trabalho e as interações que o mesmo possibilita, nomeadamente, com o estudante e com os pares.

Por outro lado, também o gosto pelas “*profissões do humano*” – docência e Enfermagem – e a possibilidade de interagir nos contextos profissionais, com estudantes, utentes e enfermeiros, emerge das narrativas docentes como um fator gratificante da decisão de abraçar a profissão de Professor de Enfermagem e contributo para o seu desenvolvimento profissional:

“Outra coisa que eu considero como professora é – e já que falou na identidade da profissão – é eu gostar de ser professora de Enfermagem e de ser enfermeira. Para mim, ambas as profissões encaixam nas chamadas “profissões do humano”, pelo que é fundamental gostar-se... É necessário gostar-se de contribuir para o crescimento dos estudantes, é necessário gostar-se de interagir com as pessoas em processos complicados de saúde-doença, com os colegas, caso contrário, pode ser uma tragédia quer para o profissional quer para aqueles que dele dependem...” (FG9:43).

Em linha com o referido anteriormente, também os sujeitos (docentes) do estudo de Pedro (2011), declaram que uma das razões da sua satisfação profissional e permanência na profissão se relaciona com “(...) *poderem continuar ligados à prestação de cuidados através da orientação de alunos em estágio*” (p. 144). Sublinha ainda o autor, que as relações humanas que se desenvolvem entre alunos e docentes, à semelhança do que acontece na prática de cuidados, são um fator de motivação docente importante, como se pode constatar da seguinte transcrição: “*Ver os alunos crescerem (...) vê-los acordar para a vida, vê-los a dar significado, a dizer eu nunca tinha pensado que a Enfermagem era isto, é muito gratificante. (TSS)*”(Idem:204).

A Tabela 19, reúne os indicadores referentes à subcategoria discutida.

Estimula ganhar o gosto pela profissão - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Contribui para a satisfação profissional docente</i>• <i>Facilita o desenvolvimento do gosto pela profissão</i>

Tabela 19 - Subcategoria "*Estimula ganhar o gosto pela profissão*".

Possibilita tornar-se referência|modelo para o estudante

Em linha com a análise da subcategoria anterior, constituir-se “referência|modelo” para os estudantes durante os períodos de imersão na prática profissional, parece ser uma preocupação docente e, simultaneamente, um fator de motivação e satisfação profissional.

“(...) Temos essa responsabilidade: tornarmo-nos referências profissionais, “modelos” de boas práticas nos quais os alunos se possam rever... É bom perceber que eles nos reconhecem e nos admiram profissionalmente, para que aprendam corretamente e tenham um bom desempenho quer durante a formação inicial quer, posteriormente, quando profissionais...” (FG1:12).

Outro aspeto considerado como gratificante, relaciona-se com a obtenção do grau de Doutor ou do título de Especialista e do conseqüente aumento de reconhecimento|prestígio no seio dos grupos discente e docente.

“Uma das mais-valias que eu vejo, (...) é que após termos concluído o doutoramento ou ser-nos atribuído o título de especialista, parece haver um maior reconhecimento quer por parte dos alunos quer dos colegas professores, um maior respeito por nós enquanto profissionais, por nós estarmos ligados ao meio académico e ao ensino...” (FG3:48).

Contrariamente aos nossos achados, Pedro (2011) refere que a menção a dimensões de “poder”, onde inclui a sensação de prestígio, controlo e domínio social, bem como a procura de *status* social, embora afluídas, tiveram pouca ou nenhuma expressão nos discursos dos sujeitos do seu estudo. Diz ainda o autor, que embora a obtenção do grau de Doutor seja amplamente valorizada pelos docentes, essa valorização é atribuída à possibilidade poder fazer investigação autonomamente.

Os indicadores que estiveram na génese da presente subcategoria são os constantes da Tabela 20.

Possibilita tornar-se referência modelo para o aluno - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Permite ser referência testemunho para os alunos</i> • <i>Confere prestígio aos professores</i>

Tabela 20 - Subcategoria "*Possibilita tornar-se referência|modelo para o estudante*".

Em **síntese**, para os professores do presente estudo, no quadro da apreciação do valor formativo da prática, são duas as principais fontes de satisfação profissional docente: a primeira, relaciona-se com o próprio contacto com prática, pelas múltiplas e distintas situações de trabalho que propicia e interações que possibilita nomeadamente com

enfermeiros, utentes e estudantes; a segunda fonte de satisfação, relaciona-se com a possibilidade de presença docente na prática poder facilitar que o professor se torne numa referência profissional para o estudante.

1.2 Valor formativo da prática para os estudantes

Referindo-se especificamente aos estudantes, as narrativas destes e dos seus professores convergem no pensamento de que a imersão nos contextos clínicos constitui uma oportunidade ímpar para que os estudantes realizem aprendizagens situadas supervisionadas, desenvolvam competências profissionais, construam a sua identidade profissional e, naturalmente, se socializem profissionalmente quer pela interação com o enfermeiro orientador|equipa de Enfermagem quer com os demais profissionais de saúde. Neste âmbito, são relevadas as potencialidades heurísticas da prática, enquanto forças impulsionadoras da tomada de consciência de si, da inserção no mundo do trabalho e de crescimento|desenvolvimento pessoal e profissional, como se pode constatar no esquema síntese que se apresenta na Figura 17.



Figura 17 - Subtema II: Valor formativo da prática para os estudantes.

Vejamos agora, em pormenor, cada uma das razões invocadas que permitiram aos sujeitos concluir acerca da importância e valor formativo da prática para os estudantes.

1.2.1 Permite realizar aprendizagens situadas supervisionadas

Apesar dos fundamentos alegados serem diversos e os enfoques distintos, quer docentes quer discentes, mencionam um conjunto de razões que consideram justificar o pensamento de que a prática em contexto de trabalho propicia a concretização de aprendizagens situadas supervisionadas. Os discursos evidenciam que a imersão nos contextos profissionais proporciona ao estudante a possibilidade de observar, pensar e cuidar (agir) de modo contextualizado na complexidade das situações clínicas; possibilita refletir na e sobre a ação e estabelecer a relação entre teoria e prática; facilita realizar aprendizagens com os enfermeiros e outros profissionais de saúde (médicos, técnicos, auxiliares de ação médica, entre outros). Parece ainda ser entendimento comum, que são os contextos de trabalho que conferem significado e qualidade às práticas desenvolvidas durante esta componente da formação inicial em Enfermagem.

Na figura 18 sistematizam-se as ideias subjacentes ao pensamento dos sujeitos. Seguidamente proceder-se-á à sua análise e discussão detalhada.



Figura 18 - Categoria "*Permite realizar aprendizagens situadas supervisionadas*"

Propicia pensar e agir na complexidade

Professores e estudantes são unânimes em considerar que a imersão na prática em contexto de trabalho constitui uma oportunidade formativa de excelência, na medida em que permite ao estudante pensar e agir na complexidade. Argumentam os sujeitos, que o confronto|interação com a complexidade do real, com a profissão no concreto, parece “abrir portas” à aprendizagem das diferentes etapas do Processo de Enfermagem – avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, intervenção e reavaliação – bem como das diferentes metodologias de organização|gestão dos cuidados, nomeadamente, no que se refere a normas e protocolos existentes nos diferentes contextos.

“Outra questão que me parece importante, muito na lógica da dimensão da aprendizagem profissional, é o confronto que o estudante tem com a realidade do exercício profissional no concreto... (...) Por outro lado, essa intervenção não aparece “desgarrada” mas sim enquadrada seja nas necessidades do doente seja nas atividades organizativas, pelo que ele [estudante] aprende também a forma como os cuidados são planeados, geridos, e ainda, as normas e protocolos dos serviços...” (FG2:21).

“(...) a escola não é o mundo real da Enfermagem, vamos tendo aulas teóricas, teórico-práticas e laboratórios, vai-se passando nas avaliações... No estágio é diferente! Estamos com as pessoas reais, cada uma com as suas necessidades e problemas... Aí é a realidade complexa tal como a vamos apanhar quando formos profissionais, não é teoria nem simulação como na escola...” (EA3:41).

A aprendizagem da contextualização|adequação da ação e recursos face à singularidade das situações é reconhecida pelos sujeitos como uma mais-valia formativa do contacto dos estudantes com os contextos profissionais.

“[os estudante aprendem] a adequação do que é o teórico e abstracto a uma situação real e concreta, aprendem a adequar a sua ação à necessidade objectiva daquela pessoa (...), aprendem a utilizar os recursos que têm mediante a situação que se lhes apresenta...” (FG5:63).

“Nos estágios é importante definir objetivos e fazer o planeamento dos cuidados. Porém, essas atividades devem ser feitas levando em consideração que é necessário adequar os cuidados às pessoas, às suas necessidades específicas e, por outro lado, adequar também consoante os recursos disponíveis...” (EA15:24).

A reforçar a ideia expressa anteriormente, os estudantes destacam que a imersão nos contextos de trabalho constitui uma estratégia relevante na aprendizagem dos aspetos intrínsecos à gestão de recursos materiais, aspeto que na Escola se torna difícil de operacionalizar e, conseqüentemente, de interiorizar.

“Apesar de em alguns locais ter todo o material necessário, isso não quer dizer que vá fazer um uso indiscriminado do mesmo, porque nos locais em que havia pouco material, eu

aprendi que tinha que o rentabilizar ...Na Escola isto não acontece... Eu nem preciso de me preocupar, pois tenho tudo o que me faz falta em cada aula prática” (EA6:53).

O saber agir rápida e eficazmente aparenta constituir a chave da excelência dos cuidados em contextos de elevada complexidade, onde a imprevisibilidade surge “naturalmente” como a “fiel companheira” dos turnos. Talvez por isso, para os estudantes, aprender a lidar com a imprevisibilidade é uma competência fundamental e, por isso, sublinham o caráter situado da sua aquisição.

“(...) para mim uma das maiores aprendizagens em estágio é lidar com a imprevisibilidade... Por exemplo, em cuidados intensivos, o doente estar a descompensar, o termos que imprimir um ritmo de trabalho mais acelerado e com maior rigor técnico, para suprimir todas aquelas necessidades súbitas e, simultaneamente, ter que ter o “sangue frio” para atuar eficazmente, é de uma grande exigência...” (EA14:60).

Um aspeto bastante valorizado pelos professores, parece estar relacionado com a tomada de consciência da envolvente e a emergência do “pensamento complexo” no estudante.

“No 1º ano parece que eles [estudantes] só conseguem observar o cantinho do quarto onde está o doente e nós pensamos: “então mas ele nem sequer consegue ver a janela?!”. Depois, observamos que no desenrolar do curso e especificamente no quarto ano, (o que se observa muito bem ao nível dos relatórios), eles já se referem “à janela, à enfermaria, ao hospital...”, porque até colocam as fotografias da envolvente, ou seja, há um claro olhar para a globalidade, que se vai desenvolvendo à medida que o estudante vai contactando com as diferentes realidades ao longo do curso(...), o que significa que os estágios são um excelente contributo para ele [estudante] desenvolver o pensamento complexo...” (FG5:89).

Na sequência da referência anterior, professores e estudantes atribuem à prática clínica a responsabilidade pela metamorfose profissional verificada no pensamento e atitude do estudante, nomeadamente, no que respeita à aproximação a uma visão holística do utente|família,

“(...) eles apercebem-se, muitas vezes, das dificuldades que há, por exemplo, em dar alta a um utente e coloca-lo em casa, pois as famílias não têm condições de suporte para essa pessoa... Acho que os alunos começam aí a perceber todas estas variáveis (físicas, psicológicas, sociais, etc.) e a integrá-las de uma forma racional, e então, começam a desenvolver uma visão holística do utente|família e, conseqüentemente, uma verdadeira relação de ajuda...” (FG12:45).

“(...) só mesmo no 2º ano, (...) é que pude verificar: “aqui não está uma pessoa doente, que necessita apenas de cuidados de Enfermagem técnicos, mas sim, uma pessoa que precisa também de nós do ponto de vista humano (...), nesse sentido, acho que vi a tal globalidade, a tal visão holística da pessoa, que eu antes ainda não tinha noção...” (EA1:6).

ou, na tomada de consciência dos ganhos em saúde associados aos cuidados de Enfermagem.

“(...) eles [estudantes] percebem e identificam quais os ganhos em saúde para aquela ou aquele utente/família... É 4º ano eles têm que pensar também em termos de ganhos em saúde, além do mais a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE, veio dar uma boa ajuda nesta questão, ao contemplar: diagnósticos, intervenções e resultados decorrentes das ações de Enfermagem...” (FG4:47).

Porém, a preparação do estudante para pensar e agir na complexidade tem, na opinião dos professores, uma condição básica:

“(...) esse desenvolvimento não pode ser feito de qualquer modo, deve ser feito mediante uma supervisão cuidada...”(FG10:36),

pelo que, deve existir um compromisso sério e formal de todos os atores diretamente implicados na supervisão clínica do estudante em ensino clínico.

“O que eu sinto é que é necessário o envolvimento de todos os intervenientes no processo formativo do aluno – professores, orientadores e os próprios estudantes. Continuo a achar que muitas vezes os orientadores pensam que apenas têm de cuidar das pessoas o melhor que se pode e se sabe, relegando o aluno para segundo plano... Porém, também é necessário “cuidar dos alunos”...” (FG10:62).

Autores como Billet (2016, 2011, 2001), Eraut *et al.* (2001) e Costa (1998), acentuam o carácter situado e supervisionado das aprendizagens realizadas nos contextos de trabalho, afirmando que estas constituem um “novo paradigma formativo” no qual são integradas, simultaneamente, as dinâmicas dos contextos (modelo organizacional); a especificidade da ação dos atores no campo organizacional (pois a aprendizagem tanto se faz por interação como de forma individualizada); e as características que tornam o indivíduo (seja ele a pessoa, o grupo ou comunidade) “objeto de trabalho” do supervisor e do seu supervisando. Trata-se, portanto, de uma aprendizagem complexa, situada, por vezes não explícita, influenciada por inúmeros fatores, nomeadamente, sociais, pessoais e contextuais, que lhe conferem um elevado grau de imprevisibilidade (Abreu, 2007; 2003).

A Tabela 21 mostra a totalidade dos indicadores emergidos da análise dos dados e que compõem a presente categoria.

Propícia pensar e agir na complexidade - Indicadores

- *Permite o confronto/interação com a complexidade do real*
 - *Possibilita contatar com a profissão no concreto*
 - *Permite aprender a conhecer as normas e protocolos dos diversos contextos*
 - *Facilita aprender a lidar com a imprevisibilidade*
 - *Possibilita conhecer a forma como os diferentes contextos organizam e gerem os cuidados de Enfermagem*
 - *Permite a tomada de consciência da envolvente*
 - *Facilita a contextualização/adequação da ação face à singularidade das situações*
 - *Facilita a emergência do pensamento complexo*
 - *Facilita a aproximação à visão holística do utente/família*
 - *Permite a conscientização dos ganhos em saúde associados aos cuidados de Enfermagem*
 - *Facilita aprender a gerir recursos materiais*
 - *Facilita aprender a definir objetivos de aprendizagem*
 - *Ajudar a pensar e agir na complexidade exige supervisão*
-

Tabela 21 - Subcategoria "Propícia pensar e agir na complexidade".

Possibilita experienciar técnicas de Enfermagem

Tratando-se de uma formação profissional, naturalmente orientada para o agir, não surpreende que dos discursos docente e discente sobressaia a importância atribuída à componente prática da formação inicial de enfermeiros para o desenvolvimento de competências instrumentais. Neste âmbito, os conteúdos procedimentais (Carvalho, 2004), especificamente, as técnicas de Enfermagem, ganham especial relevância, na medida em que facilitam “o fazer a mão”, sendo encaradas pela generalidade dos participantes como suporte primordial a um agir profissional competente.

“No meu ponto de vista os alunos em estágio conseguem aprender tudo, especialmente os procedimentos, isto é, as diversas técnicas de Enfermagem que são a base da ação de qualquer enfermeiro em qualquer lado...” (FG11:26).

“[O estágio de médico-cirúrgica] foi um dos estágios em que senti que desenvolvi mais a parte técnica, mas acho que os estágios têm mesmo essa função, pois possibilitam-nos realizar diversas técnicas de Enfermagem, ganhar à vontade e agir como se já fossemos profissionais...” (EA1:14).

Nas suas narrativas os participantes não se ficam por uma abordagem generalista e abstrata, sendo que, professores e estudantes invocam a “pedagogia do concreto” (Malglaive, 1995) e particularizam um conjunto de técnicas de Enfermagem que, no quotidiano do ensino clínico, o estudante tem oportunidade de experimentar e aprender, designadamente:

- planear e priorizar intervenções de Enfermagem

“(…) O planeamento de cuidados, a priorização das atividades, são aspetos muito importantes do ensino prático e isso só se aprende efetivamente, de forma ecológica, isto é, nos contextos...” (FG5:65).

- manusear equipamentos e dispositivos médicos

“Sim, aprendemos muito a respeito dos diversos equipamentos e dispositivos existentes, (...) ajuda-nos também a tentar perceber: “Ok, isto serve para quê? Porque é que estamos a utilizar este equipamento nesta situação e não outro? Como se coloca isto a funcionar?...” (EA14:28).

- recolher e organizar informação pertinente para a realização de registos de Enfermagem “claros, precisos e concisos”

“Outra coisa, para a qual, os estágios são fundamentais é a elaboração de registos... Nos estágios nós aprendemos a ser mais objetivos e a colocar apenas a informação adequada e necessária (...). Na escola os registos, embora feitos com rigor, são muito teóricos, parecem que são iguais para todos os casos...” (EA12:43).

- ganhar segurança para fazer uma “passagem de turno” sintética, bem sequenciada e rigorosa

“(…) lembro-me da minha primeira passagem de turno, eu estava super nervoso e, ainda por cima, a enfermeira-chefe estava presente... Procurei passar o máximo de informação, mas parecia que estava toda desorganizada e sem aquela sequência que aprendemos na escola, inclusive os enfermeiros diziam para ser mais sintético... Mas com o passar do tempo, fui ganhando segurança e passei a organizar e sistematizar a informação para que na passagem de turno apenas me referisse ao que era verdadeiramente importante...” (EA2:7).

- aprofundar conhecimentos e ganhar destreza na preparação|administração de fármacos

“(…) em termos terapêuticos, também fazem uma grande evolução, especialmente ao nível da manipulação dos fármacos e das diluições...” (FG11:27).

“[aprende-se] ao nível da manipulação dos fármacos. Na escola, treinamos pouco, mas é na prática que nós contactamos com uma vasta gama de fármacos e aprendemos a reconstituí-los...” (EA8:17).

- colaborar em consultas de Enfermagem e identificar as necessidades específicas de cada pessoa|família, adaptando o nível de cuidados às necessidades identificadas

“Estou a lembrar-me, das consultas de Enfermagem em que participámos e fazíamos o acompanhamento de doentes com cancro, com estomas, doentes que precisavam de um tipo de cuidados muito específico, (...) tínhamos de fazer um planeamento e acompanhamento o mais personalizado possível...” (EA5:73).

- ganhar destreza e agilidade na manipulação de dispositivos médicos específicos

“Nessas consultas [de Enfermagem] davam-nos muita liberdade de atuação e isso foi muito importante para aprendermos a manipular dispositivos médicos específicos para estas situações...” (EA5:74).

- fazer ensinamentos aos utentes|famílias

(...) poder realizar ensinamentos, por exemplo, isto é uma das coisas que eu sempre gostei imenso de fazer e mesmo fora da saúde comunitária, no internamento, seja cirúrgico, seja médico, temos imensas oportunidades para fazer ensinamentos aos utentes e às famílias pois temos que preparar o seu regresso a casa... (EA5:69).

Como corolário das aprendizagens enunciadas, os participantes enfatizam o papel da prática quer no desenvolvimento da capacidade diagnóstica quer na aquisição de agilidade técnica e rapidez de ação.

“(...) De facto, o ensino clínico permitiu-me aprender a diagnosticar, principalmente no estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica...” (EA1:31).

“(...) os alunos que estiveram apenas quatro semanas num serviço, de facto, para o fim, nem pareciam os mesmos... Até a própria equipa dizia: “São muito mais rápidos, eles evoluíram de uma maneira espantosa! Por exemplo, na terapêutica, estão mais desembaraçados nas diluições (...), são capazes de responder mais às solicitações, (...) até no relacionamento com o doente, já estão mais à vontade para abordar as pessoas sem que necessariamente tenha que haver uma intervenção terapêutica...” (FG12:62).

Estes resultados são consistentes com os obtidos em outras investigações (Rua, 2009; Fernandes, 2007; Abreu, 2007, 2001) e são o reflexo do reforço das formas concretas de ensinar e aprender, o que em parte deriva dos próprios conteúdos das atividades desenvolvidas pelo estudante durante a sua aprendizagem clínica.

As narrativas docentes dão destaque ao caráter situado, regulado e seguro das aprendizagens técnicas realizadas nos contextos clínicos, na medida em que todo o processo de ensino-aprendizagem do estudante é supervisionado|mediado pelos enfermeiros supervisores e demais enfermeiros do terreno:

“Outra coisa que eu acho importante na ida dos alunos para estágio é a possibilidade de eles praticarem, mas não de uma forma qualquer e sim de forma supervisionada... Como estão permanentemente acompanhados, eles aprendem de forma regulada e segura e isso é ótimo quer em termos de responsabilidade e de segurança para o doente quer em termos de desenvolvimento autónomo do aluno...” (FG6:43).

Tal opinião encontra eco no pensamento de Ferry (1987) segundo o qual, ninguém se forma pelos seus próprios meios, requerendo-se sempre alguém ou algum dispositivo que seja concebido e percebido como mediador|formador, entre o formando e o saber.

Das narrativas docentes emerge também o pensamento de que os contextos de trabalho são um excelente território para aplicação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos previamente em contexto escolar.

“Porque ao estarem no real a apercebem-se do que verdadeiramente se passa, eles conseguem aplicar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos aqui na escola, e através dessa aplicação conseguem construir conhecimento profissional...” (FG5:16).

Tal percepção é corroborada por vários autores (Rua, 2009; Serra, 2007; Fernandes, 2007, entre outros), porém Rodrigues (2007) chama a atenção que as “novas” práticas de formação, que fazem a aproximação às situações de trabalho, e que devem fazer parte de uma outra conceção entre formação e trabalho “(...) que é, em última análise, uma diferente conceção da relação entre teoria e prática, entre aprendizagem e desenvolvimento de competências e também, entre a formação inicial e a formação contínua” (p.83), que nem sempre é consistente e sistemática. Neste âmbito, parece ser fundamental reequacionar tanto o papel dos agentes formativos envolvidos e do próprio estudante, tomando em consideração modelos de formação de tipo apropriativo, centrados na pesquisa e na análise (Lesne, 1994; Zeichner, 1993; Ferry, 1987).

Consistentemente com a organização curricular da formação inicial em Enfermagem – alternância justaposta – os docentes afirmam que o desempenho pedagógico nos primeiros ensinamentos clínicos, parece centrar-se essencialmente em lógicas tradicionalistas, segundo as quais, a teoria deve preceder a prática numa lógica aplicacionista. Sob esta perspectiva, parece caber ao supervisor a função de, num primeiro tempo, explicar e demonstrar as técnicas ou procedimentos ao estudante, cabendo a este último, posteriormente, a “fiel reprodução” daquilo que observou.

“(...) Eles [estudantes] aprendem muito pela imitação, especialmente nos estágios iniciais, até porque existe a cultura: de primeiro o orientador faz e, depois, em situações semelhantes, o aluno deve replicar fielmente o que viu fazer...E nos mais ínfimos aspetos, o estar, a postura, a sua forma de intervenção junto dos utentes (...). Eu sentia que eles bebiam muito das suas demonstrações e imitavam-nos (...)” (FG7:96).

Este tipo de achado é consistente com o cenário da imitação artesanal definido por Alarcão e Tavares (2003), segundo o qual, o enfermeiro supervisor demonstra corretamente, junto ao utente, como deve ser realizada determinada técnica enquanto o estudante observa “passivamente” a sua realização. Posteriormente, é pretendido que o estudante proceda à execução da mesma, reproduzindo fielmente o observado anteriormente, sob supervisão do enfermeiro supervisor. Mais tarde, é esperado que o

estudante realize a técnica de forma independente e autónoma. Abreu (2007) explicita com clareza este processo de desenvolvimento nos trabalhos que produziu no âmbito das etapas de progressão do estudante quando inserido em processos de *mentorship*.

Na Tabela 22 reúnem-se os indicadores que compõem a subcategoria discutida.

Possibilita experimentar técnicas de Enfermagem - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Possibilita realizar técnicas de Enfermagem • Permite aprender a fazer ensinamentos ao utente/família • Desenvolve a capacidade diagnóstica do estudante • Permite aprender “a organizar a informação e ser capaz de passar o turno” • Facilita aprender a fazer registos de Enfermagem • Possibilita a aplicação da metodologia de planeamento de cuidados • Possibilita a experimentação • Possibilita ganhar desenvoltura na manipulação de fármacos • Permite aprender a lidar com equipamentos e dispositivos médicos • Permite colaborar em consultas de Enfermagem • Permite aprender por imitação • Facilita a aprendizagem com os profissionais de Enfermagem • Facilita “fazer a mão” • Permite praticar de forma supervisionada, por conseguinte, de forma situa, regulada e segura • Facilita a “desenvoltura técnica” rapidez de ação • Permite aplicar conhecimentos

Tabela 22 - Subcategoria "Possibilita experienciar técnicas de Enfermagem".

Facilita a observação e a análise de práticas

A observação e a análise crítica das atividades desenvolvidas durante os momentos de imersão nos contextos profissionais, emergem das narrativas de ambos os grupos de sujeitos como estratégias formativas situadas, facilitadoras da deteção de necessidades de formação pelo estudante e, ainda, como forma de este se superar e ir mais além no seu desenvolvimento pessoal e profissional. Por outro lado, permite também que o estudante confronte o conhecimento adquirido na escola com as práticas que são desenvolvidas nos contextos:

“Estou a lembrar-me que como aspetos positivos, o ensino clínico, para além da continuação do desenvolvimento de competências permite o desenvolvimento do espírito crítico. Os estudantes interpelam, questionam os orientadores e, quando vêm à escola, também nos questionam a nós sobre o que fizemos e viram fazer...” (FG5:8).

“(…) Foi um estágio muito bom! Foi em cuidados intensivos (...). Deu para eu ter mais tempo com o meu orientador para explorar mais profundamente todos as vertentes dos objetivos de estágio: as patologias, a farmacologia, as técnicas específicas de cuidados intensivos e até mesmo a relação com os utentes e a família... Foi um estágio muito interessante em termos de aprendizagens pois permitiu-me analisar de forma crítica todas as vertentes anteriormente referidas...” (EA4:3).

A observação de práticas *in loco*, é reconhecida por professores e estudantes como uma mais-valia nos ensinamentos clínicos. Especificamente, para os estudantes, a observação prévia das intervenções de Enfermagem parece constituir um relevante ganho, na medida em que possibilita um conhecimento antecipado do “como fazer”, traduzindo-se nesse conhecimento na diminuição da ansiedade e consequente aumento da confiança e segurança aquando do posterior desempenho:

“A imersão na prática tem essa grande vantagem de o estudante poder observar na prática, em tempo real, como é que se desenvolvem as intervenções de Enfermagem, como se planeiam, como se reajustam os planeamentos efetuados... tudo isto o estudante tem oportunidade de observar de muito perto e tem um efeito securizante...” (FG1:2).

(...) agora vejo que foi útil primeiro só observar, (...) depois foi muito melhor, foi mais fácil, não tive que esclarecer tantas dúvidas quando passei a prestar cuidados. Cheguei lá, menos ansioso, mais confiante mais seguro de mim próprio e executei as técnicas de forma mais competente...” (EA2:99).

De acordo com a perspetiva discente, só na prática clínica os estudantes têm oportunidade para aprofundar os casos clínicos em termos teórico-práticos e, desse modo, fazerem a integração dos conteúdos ministrados nas diferentes unidades curriculares de forma a aproximar-se da desejável visão holística do utente/família.

(...) “Fazem-nos pegar”, num doente, numa situação clínica, com uma determinada patologia, estudá-la intensivamente, conhecer a terapêutica e saber como ela deve ser administrada e até os sinais e sintomas de possíveis reações adversas... Esse aprofundamento que fazemos em estágio, facilita-nos a integração das diversas matérias e ver a pessoa como um todo...” (EA2:58).

Tal perspetiva é corroborada por vários autores ao considerarem que é na prática que o estudante aprende a interrelacionar o saber facultado pelo conhecimento teórico e o saber proveniente do conhecimento prático e pessoal e atingir um nível de autonomia que o capacite para a ação, para a tomada de decisão, para o espírito de auto crítica e para a capacidade de refletir sobre a sua própria prática (Rua, 2009; Simões *et al.*, 2008; Dixe, 2007; Serra, 2007; Carvalhal, 2003; Longarito, 2002).

À semelhança dos resultados obtidos por Abreu (2001; 1997), professores e estudantes consideram que o contacto e observação de múltiplos modelos de ação, pode constituir um fator facilitador da construção identitária, na medida em que cada estudante, perante as múltiplas observações efetuadas e as experiências vivenciadas, irá encontrar o seu próprio caminho e forma pessoal de agir:

“(...) os estudantes, durante os estágios, vão compreendendo que há múltiplas formas de fazer as coisas... Eles contatam com diferentes modelos de ação, com diferentes enfermeiros sejam os orientadores ou os demais (...), eles querem desenvolver todas as possibilidades, para depois ganhar a sua própria forma de pensar e fazer...” (FG2:46).

“(...) aprendemos muito com as diferentes pessoas que vamos conhecendo ao longo dos estágios... Eu considero isso muito positivo, porque temos a oportunidade de ver as diferentes formas de realizar as tarefas e de interagir com os doentes (...). Depois, é selecionar o melhor de cada um, para quando nós próprios formos profissionais fazermos do nosso jeito...” (EA5:47).

Refletindo sobre os estilos de aprendizagem de Kolb (citados em Abreu, 2001) (convergente, divergente, assimilativo e acomodativo), Carvalho (2004) sustenta que o que torna único, pessoal e eficaz a aprendizagem, é a forma singular como cada estudante realiza a incorporação dos elementos cognitivos, afetivos, fisiológicos e, simultaneamente, utiliza os sentidos, o ambiente, a cultura organizacional e a sua própria personalidade.

A ideia de que se aprende a aprender através da observação e da imitação para a construção de imagens que se recordam, analisam e para a tomada de decisão (Damas, Munari & Siqueira, 2004; Bandura, 1993, 1989, 1982), é transversal aos discursos docente e discente. Um dos estudantes, sublinha porém, que não se trata apenas de uma “modelagem passiva” mas sim de observar e “ouvir a opinião de quem sabe e tem mais experiência” e com essa informação, analisada à luz de referentes teóricos, ser capaz de tomar decisões informadas e agir autonomamente.

“Eu considero muito importante ouvir a opinião de quem sabe e tem mais experiência... Vamos ouvindo um bocadinho aqui, outro ali, isso ajuda muito... Depois, é refletir, rever tudo o que se tem a rever, e tomar uma decisão por si mesmo, tendo em consideração aquilo que se foi estudando e aquilo que se foi observando na prática...” (EA5:67).

Tal entendimento é reforçado pelos discursos docentes, ao considerarem que o desenvolvimento dos aspetos cognitivos da aprendizagem e o aprender a superar as dificuldades são facilitados pela existência de referenciais de desempenho de elevada qualidade nos contextos de trabalho.

“(...) cuidar de alguém, no verdadeiro sentido, implica também que os orientadores sejam para os estudantes referenciais de qualidade dos cuidados... Não se pode generalizar, mas existem contextos que têm pessoas com um elevado nível de competências, e esses, sabem o que andam lá a fazer e preocupam-se com o desenvolvimento cognitivo dos alunos... Esses são verdadeiros referentes para os alunos, por vezes, mais do que nós próprios...” (FG10:22).

Paradoxalmente, ambos os grupos de sujeitos são unânimes em reconhecer que nem sempre o processo supervisivo é conduzido pelo enfermeiro supervisor de modo a que o estudante realize aprendizagens de acordo com os princípios aprendidos na escola ou com o perfil de competências expectável para um enfermeiro de cuidados gerais, abrindo espaço a que o estudante faça aprendizagens “pela negativa”.

“(...) aprendem [os estudantes] também pela negativa, ao fim e ao cabo, dizem, olha o enfermeiro não fez aquilo bem, ele não limpou convenientemente o local, colocou o cateter e esqueceu-se de passar lá uma “pincelada” de desinfetante. Portanto, (...) eu acredito que também se aprende pela negativa, apesar de não achar que seja a melhor forma de aprendizagem...” (FG3:42).

“No estágio de Pediatria, tive um bom exemplo daquilo que não quero ser enquanto futura enfermeira, pois em várias situações observei coisas que vão totalmente contra os princípios básicos que aprendi na escola, (...) mas também temos que saber tirar partido das situações negativas...” (EA12:61).

Apesar da heterogeneidade de opinião registada entre os participantes quanto à qualidade das aprendizagens realizadas pelo estudante e considerando que alguns estudos evidenciam que os enfermeiros supervisores manifestam dificuldades relativamente aos aspetos cognitivos, inerentes ao exercício da função supervisiva (Silva *et al.*, 2011), a generalidade dos autores são da opinião que os estudantes se sentem apoiados pelos enfermeiros supervisores, relevando as suas capacidades formativa e humana como fatores de desenvolvimento, aprendizagem e de transmissão de segurança (Amaral, 2016; Serra, 2011; Rua, 2009; Simões *et al.*, 2008; Dixe, 2007; Simões, 2004; Carvalhal, 2003).

Na Tabela 23, apresentam-se os indicadores que compõem a presente subcategoria.

Permite a observação e análise de práticas - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Possibilita o confronto com diferentes modelos de ação</i>• <i>Permite “ouvir a opinião de quem sabe e tem mais experiência”</i>• <i>Possibilita a observação de práticas in loco</i>• <i>Estimula a observação e a análise crítica</i>• <i>Proporciona aprendizagens pela negativa</i>• <i>Propicia a análise das práticas</i>• <i>Permite aprender a superar as dificuldades</i>• <i>Permite o confronto com referenciais de desempenho de qualidade</i>• <i>Permite aprofundar os casos clínicos em termos teórico-práticos</i>• <i>Facilita o desenvolvimento dos aspetos cognitivos da aprendizagem prática</i>

Tabela 23 – Subcategoria “Permite a observação e a análise de práticas”.

Propicia a reflexão na e sobre a prática

Dos discursos dos sujeitos emerge a ideia que uma parte do conhecimento profissional dos futuros enfermeiros, não pode ser obtido apenas em sala de aula, decorrendo da prática em contexto de trabalho e, sobretudo, da reflexão sobre a prática nas distintas situações, para poder ser adquirido.

“Com as situações que eles [estudantes] vivem na prática, com a nossa ajuda ou com a ajuda dos enfermeiros supervisores, eles refletem sobre o seu desempenho... Eu considero isso uma forma excelente de aprender, pois não é uma aprendizagem simbólica e abstracta, mas sim muito concreta porque é vivenciada nos serviços de saúde...” (FG3:21).

“(...) para além de aplicar, na prática, nós temos a oportunidade de refletir, de analisar como fazemos, porque fazemos e para que fazemos, seguindo as etapas do ciclo da reflexão (que agora não me consigo lembrar do nome)...” (EA7:51).

A formação em contexto clínico, como sublinha Abreu (2003), contrasta com a sala de aula, uma vez que ocorre num contexto social muito complexo onde se cruzam as lógicas dos utentes, dos supervisores, dos enfermeiros e dos próprios estudantes. Comparativamente ao trabalho em sala de aula, o trabalho em contexto clínico apresenta um maior grau de imprevisibilidade, obrigando o estudante ao uso da reflexão como estratégia para conseguir, por um lado, gerir a enorme quantidade de informação com que é confrontado durante o ensino clínico e, por outro lado, ajuda-o a desenvolver uma ação informada e consistente. A formação em contexto de trabalho não se confina assim, à aprendizagem de conteúdos procedimentais, embora tanto a reflexão como a técnica sejam elementos estruturantes da ação.

Das narrativas de ambos os grupos de sujeitos, cuja influência shoniana se adivinha, emerge o pensamento de que a reflexão na e sobre a ação constituem condições *sine qua non* para que o estudante proceda à mobilização situada de conhecimentos e consequente aquisição e desenvolvimento de competências profissionais.

“Num estágio positivo e promotor de desenvolvimento de competências, (...) tem de existir, e existe, algum cuidado em proporcionar ao aluno momentos de reflexão na ação e sobre a ação... Isto para mim é fundamental no processo de desenvolvimento profissional do estudante e pode acontecer durante o desenrolar de uma intervenção, após terminar a mesma ou até no final do turno...” (FG9:20).

“Não se trata só da aplicação do conhecimento à prática, trata-se de mobilizar os conhecimentos na prática, (...) o que tem mesmo a ver com a competência (...). Nós para termos competência, temos que fazer muito mais do que aplicar, temos que continuar a estudar e refletir continuamente sobre o que estamos a fazer ou vamos fazer...” (EA7:55).

Segundo Lusignan e Pritchard (2002 citados por Abreu, 2007), a reflexão na e sobre a ação é fundamental na formação inicial em Enfermagem. Tal relevância decorre do facto de a reflexão ser facilitadora da aprendizagem de diagnósticos, intervenções e prescrições de cuidados, atividades essas, que exigem uma intervenção responsável, personalizada e consistente e não uma ação mecânica e estandardizada: “(...) *há coisas que podem ser aprendidas através da leitura de um livro, mas outras há, que só podem ser aprendidas no contacto com os outros e através da reflexão*” (p.146). No mesmo sentido, conclui Sá-Chaves (2000), ao defender que na procura da excelência e do reconhecimento profissional, a ação de Enfermagem deve pautar-se pelo exercício de uma metacompetência reflexiva e crítica.

Para além da reflexão na e sobre a ação, os docentes destacam também a importância da “reflexão antes da ação”, enquanto ferramenta orientadora da atividade a ser empreendida.

“(...) apesar da agitação normalmente vivida nos contextos clínicos, na generalidade, em estágio o aluno tem a oportunidade de refletir antes de partir para a ação... Portanto, o aluno em estágio não tem apenas a possibilidade de refletir na e sobre a ação, tem também a oportunidade de refletir previamente, nomeadamente, quando está a fazer o planeamento dos cuidados...” (FG9:94).

Greenwood (1993), ao analisar a epistemologia da prática de Schön (reflexão “sobre a ação” e “na ação”), considera a mesma incompleta ao não reconhecer a importância da reflexão prévia à ação. Esta modalidade reflexiva implica que o sujeito pense no que quer fazer, e de que forma o pretende fazer antes de efetivamente executar a ação.

Para os estudantes o questionamento e a análise crítica parecem constituir um excelente instrumento reflexivo.

“Isso [a inquirição pelo enfermeiro supervisor e pelo docente] foi bastante proveitoso para mim, obrigou-me a refletir e fiquei a saber muito mais de terapêutica, de determinadas patologias e despertou-me para certas situações sociais que na escola é impossível aprender... Mas eu também questionava os orientadores e refletia sobre as suas respostas...” (EA2:87).

Apesar de o questionamento constituir uma dificuldade para os estudantes (como veremos adiante no capítulo relativo às dificuldades dos estudantes), nesta asserção, é encarado como fator positivo, uma vez que possibilita a análise crítica de situações de aprendizagem e, por conseguinte, o desenvolvimento de uma inteligência emocional (autodescoberta, autoconsciência, autogestão, motivação e empatia) facilitadora do

processo de “tornar-se enfermeiro” (Rua, 2009; Abreu, 2007; Bronfenbrenner e Morris, 1998).

São diversos os estudos sobre a importância da reflexão nas práticas formativas. No seu trabalho, Abreu (2007) faz uma síntese das diferentes perspectivas, concluindo que os contextos de trabalho possuem um elevado potencial formativo, porém, para que esse potencial passe da virtualidade à realidade, isto é, para que a experiência se constitua em saber, torna-se necessário que aqueles que estão diretamente implicados nos processos formativos façam do seu próprio trabalho objeto de reflexão e pesquisa contínua.

Na Tabela 24, apresentam-se os indicadores que constituem a subcategoria discutida.

Propicia a reflexão na e sobre a prática - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Facilita a reflexão sobre as práticas</i> • <i>Facilita a “reflexão na e sobre a ação”</i> • <i>Facilita a “reflexão antes da ação”</i> • <i>Possibilita o questionamento e a análise crítica</i>

Tabela 24 - Subcategoria "Propicia a reflexão na e sobre a prática".

Possibilita experienciar o cuidar

A omnipresença e centralidade atribuída aos ensinamentos clínicos é bastante notória nos discursos e visão dos estudantes acerca da formação inicial em Enfermagem. O contacto com os distintos cenários de ensino clínico emerge como elemento nuclear ao processo formativo, na medida em que ao longo dos oito semestres curriculares, o estudante tem uma permanência mais ou menos prolongada e uma participação mais ou menos intensa e ativa em toda a atividade cuidativa desenvolvida nos mesmos.

“Para mim, são fundamentais os ensinamentos clínicos. Todos eles, durante os 4 anos, acabam por nos proporcionar experiências nas mais variadas áreas de atuação de um enfermeiro, (...) permitem ter uma visão muito mais abrangente, daquilo que existe e que podemos escolher e o que é que podemos fazer em cada uma das áreas...” (EA6:10).

Nos discursos discentes, é nítida a hipervalorização atribuída aos contextos clínicos de elevada complexidade, já que para atuar neste tipo de serviços é necessário deter segurança e um conhecimento mais especializado.

“(...) o meu terceiro ensino clínico foi numa unidade de AVC, eu estive na parte da medicina dessa unidade de AVC, que foi no hospital Y. Foi o meu terceiro local de estágio e foi maravilhoso, era uma unidade muito especializada, onde se faziam técnicas muito especializadas (...), tínhamos que ter muita segurança e conhecimentos acerca de trombólise e saber toda aquela parte da reabilitação e, ainda, como ajudar no

encaminhamento para casa e dos apoios comunitários que pudessem ser mobilizados...”
(EA12:45).

Uma vertente estudada por Abreu (2007, 2001) foi a influência do contexto na definição dos estilos de aprendizagem. Concluiu o autor, que os contextos clínicos favorecem fundamentalmente a constituição de estilos divergentes de aprendizagem (competências de relação) e, ainda, que o uso repetido de determinadas competências nos contextos, provoca nos sujeitos aquilo que Kolb (1984) designou de “*Environmental Press*”, afetando não só o seu estilo de aprendizagem mas sobretudo as representações e as identidades desenvolvidas.

Parece ser consensual entre professores e estudantes o pensamento de que só na prática o estudante aprende verdadeiramente a cuidar. O cuidado é “complexo” e tem a ver com a “atenção que se dispensa a alguém” (Hesbeen, 2000), pelo que só nos contextos clínicos o estudante tem a oportunidade de “estar atento” e agir na complexidade sobre as necessidades específicas, a ansiedade e a vulnerabilidade dos utentes|famílias.

“Cuidar é qualquer coisa que temos de ter dentro de nós para dar a alguém, portanto só pode ocorrer na prática... Para mim, é na prática que os alunos aprendem não só a cuidar da pessoa e da família, mas percebem o que é a vulnerabilidade humana o que isso significa e exige, não só em termos de atuação mas também em termos éticos e deontológicos...” (FG10:18).

“Nos estágios, aprendemos essencialmente a cuidar das pessoas. Na escola falamos das diversas teorias de Enfermagem acerca do cuidar, mas é tudo muito teórico... Na prática é que experimentamos o que realmente é cuidar das pessoas e das suas famílias...”
(EA5:18).

Cuidar, no sentido que lhe dá Collière (1989), é um ato individual que alguém presta a si mesmo, quando tem autonomia para tal, mas é igualmente um ato de reciprocidade que é prestado a toda a pessoa|família que temporaria ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais. Sob esta perspetiva, Fernandes (2011) defende que é imperativo (re)pensar como se ensina a “aprender a cuidar”, de modo a ir além dos conteúdos e das técnicas e a torná-lo mais humano e profissional, o que nos sugere a necessidade de desenvolver mais investigação neste terreno.

Para os professores a imersão dos estudantes nos contextos clínicos facilita não só a aprendizagem da interação do estudante com a pessoa|família doente, suas necessidades, dificuldades e limitações

“Aprendem a lidar com a pessoa doente, com as suas necessidades, possibilidades e limitações e com isso, aprender a desenvolver um conjunto de intervenções que ajudam a pessoa e a família a superar a sua ansiedade e dificuldades...” (FG12:18).

mas, sobretudo, possibilita aprender a “tocar”|palpar|“manipular” o seu corpo são ou doente.

“A maior parte de nós, se calhar antes de sermos alunos de Enfermagem nunca tínhamos tocado no corpo de alguém, para além do nosso próprio corpo ... Nos estágios os alunos são confrontados com o facto de ter de palpar, “manusear o corpo do outro”... Esta questão do relacionamento mais proximal, da abordagem, do toque, (...) é fundamental no desenvolvimento profissional do aluno, e isso, só pode ser aprendido nos contextos, em ensino clínico...” (FG10:13).

Os conceitos de corpo e de toque, são centrais e transversais ao aprender e ensinar a cuidar (Chalifour, 2008; Collière, 2003; Hesbeen, 2000). Neste âmbito, aprender a cuidar do “corpo-pessoa” como ser com dignidade própria, multidimensional e de direitos, tem de ser entendido por todos os atores diretamente envolvidos no processo formativo na prática – estudante, supervisor e docente – como um processo construtivista, dinâmico e interativo com desafios ao nível da compreensão da individualidade, dualidade, indissociabilidade e singularidade humana, para que o estudante saiba como intervir ao longo do ciclo vital nos distintos processos de saúde↔doença (Fernandes, 2011).

Reconhecendo que o exercício profissional da Enfermagem se centra na relação interpessoal, estudantes e professores são unânimes em considerar a prática clínica como um espaço-tempo promotor da focalização do estudante na pessoa|grupo ou comunidade alvo de cuidados e, conseqüentemente, propiciador da aprendizagem da relação de ajuda enquanto ferramenta profissional do enfermeiro.

“(...) tratava-se de um hospital com características especiais, pois os utentes eram reclusos. Foi um estágio um bocado difícil... Foi difícil conseguirmos ganhar a confiança deles e trabalhar a relação de ajuda de forma a proporcionar-lhes os melhores cuidados de saúde possíveis, mas penso que conseguimos estabelecer com a maior parte uma verdadeira relação de ajuda...” (EA15:10).

“A capacidade de chegar ao outro, a capacidade de utilizar algumas estratégias em termos de relação de ajuda para saber o que é que “o outro” precisa, o que é que realmente é importante para “o outro”, qual é o seu problema, tudo isto, só é possível aprender e, sobretudo, experimentar de forma vivenciada na prática...” (FG7:65).

Na relação de ajuda, segundo a perspetiva rogeriana, cabe ao profissional agir de modo a criar condições relacionais que permitam à pessoa identificar os seus próprios recursos

e potencialidades a mobilizar para ultrapassar ou minorar as suas dificuldades. Esta abordagem influenciou vários domínios, nomeadamente o domínio da Enfermagem, referindo Chalifour (2008) que a implementação da relação de ajuda nos cuidados de Enfermagem impulsionou mudanças ao nível da identidade e da autonomia da profissão. A OE (2001) consolida esta ideia, descrevendo a relação terapêutica como uma atividade autónoma do enfermeiro, uma vez que este deve deter a capacidade de pensar de forma complexa, de integrar e perceber contextos, de avaliar cada situação e de prescrever a relação de ajuda enquanto técnica de Enfermagem. Peplau (1993) vai ainda mais longe, afirmando que “(...) a comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão sine qua non da qualidade dos cuidados” (p.9). Sob esta moldura, em ensino clínico, a relação de ajuda implica a compreensão e o empenho do enfermeiro supervisor de modo a que o estudante adquira “(...) uma conceção unificadora da pessoa, da ajuda e dos modos de fazer e de ser para dispensar essa ajuda” (Chalifour, 2008:14).

Outra dimensão formativa da prática em contexto de trabalho, fortemente aludida pela generalidade dos estudantes, prende-se com a aprendizagem|compreensão do que significa planear e prestar cuidados de Enfermagem “personalizados”, “individualizados” ou “humanizados”.

“(...) A questão da adequação e da individualização, aplica-se não só à terapêutica como a todos os restantes cuidados... Temos sempre que personalizar toda a intervenção às necessidades concretas das pessoas (...). Nós somos enfermeiros, pelo que é nossa obrigação prestar cuidados humanizados...” (EA8:15).

A humanização|personalização|individualização na intervenção em saúde é a razão de ser e o motor da profissão de Enfermagem, pelo que Cabral (2001) sugere um conjunto de atitudes a serem desenvolvidas nos futuros profissionais: empatia, flexibilidade, aceitação, apoio incondicional, toque, amizade e a capacidade de acompanhar a pessoa|família nas suas decisões. Tal conceção dos cuidados de Enfermagem é coincidente com preconizado no enquadramento conceptual dos PQCE definidos pela OE em 2001.

O contexto de ensino clínico, como tem vindo a ser evidenciado, é um contexto de aprendizagem e de aproximação à prática profissional em todas as suas dimensões, por conseguinte, também à dimensão emocional da prestação de cuidados. São várias as

referências nas narrativas de professores e estudantes à prática clínica enquanto oportunidade para aprender a ultrapassar|gerir emoções e “sentimentos profissionais”.

“(…) [na prática] *eles* [estudantes] *vivenciam sentimentos contraditórios... eles assistem e vivenciam “a chegada de uma nova vida” mas simultaneamente, vivenciam a dor, o sofrimento, (...) vivenciam a morte, (...) vivenciam a incapacidade física para realizar as coisas mais simples... Eles estão lá, eles são actores em todos esses processos, não se trata de teorizar sobre, mas ter a vivência e ser capaz de ajudar a gerir esses processos em tempo real e sem se envolverem psicologicamente nos mesmos...*” (FG1:25)

“*No estágio médico-cirúrgico no hospital X, tive a oportunidade de contactar com pessoas e famílias em grande sofrimento... Morreram-nos bastantes doentes, quase diariamente nos morreu um doente, mas acabei por arranjar mecanismos de defesa para lidar quer com o sofrimento quer com a morte...*” (EA13:22)

A vivência de emoções|“sentimentos profissionais” como medo, ansiedade, insegurança, sensação de incapacidade, confusão e desorientação é realizada de forma particular por cada estudante em função das suas vivências anteriores, das suas características pessoais e também das suas expectativas em relação ao ensino clínico e à própria profissão. Neste âmbito, a literatura têm vindo a evidenciar a importância dos papéis do enfermeiro supervisor, da equipa de Enfermagem e docente no desenvolvimento de uma “atmosfera envolvente” como estratégia de apoio efetivo ao estudante face às dificuldades identificadas (Serra, 2011, 2007; Rua, 2009; Fernandes, 2007; Abreu, 2001).

A Tabela 25 mostra a totalidade dos indicadores emergidos da análise dos dados, que compõem a subcategoria acabada de analisar.

Possibilita experienciar o cuidar - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Permite aprender a cuidar</i> • <i>Permite aprender a cuidar do utente/família em situação crítica</i> • <i>Possibilita a atuação nos mais distintos contextos de prática clínica de Enfermagem</i> • <i>Possibilita o contacto com áreas clínicas muito especializadas</i> • <i>Permite aprender a planear os cuidados de Enfermagem</i> • <i>Permite aprender a adequar personalizar humanizar os cuidados</i> • <i>Permite experienciar gerir emoções e “sentimentos profissionais”</i> • <i>Propicia contactar com a ansiedade dos utentes/famílias</i> • <i>Permite contactar com a vulnerabilidade humana</i> • <i>Permite aprender a lidar com a pessoa doente</i> • <i>Permite experienciar aprender a relação de ajuda</i> • <i>Permite aprender a relacionar-se com “manipular o corpo do outro”</i>

Tabela 25 – Subcategoria “Possibilita experienciar o cuidar”.

Permite aprender a fazer-fazendo, contextualizadamente

Dos discursos dos estudantes emergem expressões que testemunham bem a valorização atribuída à componente prática da formação inicial. A possibilidade de “*pôr as mãos na massa*” e vivenciar “*um leque de experiências muito alargado*” são algumas das oportunidades salientadas, na medida em que lhes permite aceder, de forma contextualizada, aos “*comos*” e “*porquês*” da ação e, sobretudo, aos “*truques*” usados pelos profissionais para agilizar os processos de cuidar de modo a torná-los mais eficazes e eficientes.

“(...) umas vezes fui vendo, outras, fui experimentando, fazendo, praticando... Eu acho que nada como fazer para ter a experiência de como se faz... Eu preciso de “pôr as mãos na massa” para compreender o que estou a fazer e porque estou a fazer daquela maneira e não de outra. (...) Tive acesso a um leque de experiências muito grande e diversificado e até aprendi alguns “truques” com os profissionais, que nos ajudam a um desempenho mais rápido e eficiente, coisas impossíveis de aprender na escola...” (EA3:8).

O contacto com as situações de trabalho constitui para os estudantes uma forma extremamente forte de provocar a consciência das suas necessidades de formação. Porém, por vezes, o “*determinismo contextual*” abre possibilidades a que as aprendizagens ocorram, não por via reflexiva, mas “*por tentativa-erro*”.

“Existem também várias coisas que nós aprendemos por nós próprios nos estágios, vamos aprendendo, de acordo com as experiências que vamos tendo e com as dificuldades que vamos sentindo... um pouco por tentativa e erro... Eu sei que isto não é bem visto aos olhos dos professores, mas o facto é que em muitas circunstâncias, não é pela reflexão que aprendemos, mas sim por tentativa-erro, pois as circunstâncias e a pressão do momento assim o impõem...” (EA4:10)

Apesar da inexperiência e insegurança, outra mais-valia atribuída pelos estudantes à imersão na prática profissional é a possibilidade de poderem observar e colaborar, dentro das suas possibilidades, em situações complexas como urgências ou emergências:

“(...) apesar da nossa inexperiência, insegurança e pouco à vontade, nas unidades de cuidados intensivos nós temos a possibilidade de assistir e mesmo colaborar em muitas situações urgentes e emergentes, como por exemplo, reanimações, colocação de catéteres centrais, linhas arteriais, etc...” (EA15:2)

Das afirmações anteriormente apresentadas pode inferir-se que o saber prático, isto é, o saber construído na ação, evidencia-se como um saber capital na formação em Enfermagem, na medida em que o estudante, permanentemente confrontado com a singularidade das situações, não pode proceder à aplicação mecânica de procedimentos

técnicos estandardizados impondo-se, como refere Shön (1987), a necessidade de um diálogo com cada situação-problema. Sob esta perspetiva, a prática em contexto de trabalho possibilita a emergência de saberes que, apesar de menos codificados (Malglaiive, 1995) e atravessados pela dúvida, incerteza, imprevisibilidade e urgência (Perrenoud, 2001), adquirem uma distintiva coerência – a de se reportarem a situações concretas, com a implicação de pessoas também elas muito concretas, pelo que, a organização da formação não se pode sujeitar à lógica dos saberes disciplinares constituídos. Contrariamente, demanda “(...) *saberes marcadamente temporais, referenciados aos problemas a resolver, negociados com os formandos, individual ou coletivamente tomados, na sua especificidade de idade, de contexto social, de estágio de desenvolvimento, de tempo, de lugar*” (Rodrigues, 2006:29).

Na Tabela 26, apresentam-se os indicadores relativos à subcategoria analisada.

Permite aprender a fazer fazendo de forma contextualizada - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Permite experienciar[fazer]”por as mãos na massa”</i> • <i>Permite aprender por tentativa-erro</i> • <i>Possibilita um leque de experiências muito diversificado</i> • <i>Permite aprender os “truques da profissão”</i> • <i>Permite colaborar/atuar em situações urgentes e/ou emergentes</i>

Tabela 26 – Subcategoria “*Permite aprender a fazer fazendo de forma contextualizada*”.

Possibilita aprendizagens com os enfermeiros da prática e com outros profissionais de saúde

Em linha com o defendido pela literatura (Rua, 2009; Abreu, 2007; Dixe; Fernandes, 2007), a interação com o supervisor e com os restantes elementos que compõem a equipa de Enfermagem constitui, na opinião discente, um fator essencial de mediação das aprendizagens realizadas em contexto de trabalho e um suporte em termos de transmissão de segurança ao estudante. Sublinham ainda os estudantes, que a interação estabelecida, possibilita que “se apropriem” da experiência dos profissionais, e que tal apropriação é facilitadora quer da tomada de consciência de zonas lacunares no seu conhecimento quer da consolidação de aprendizagens clínicas.

“Eu fui aprendendo com a experiência e com os exemplos relatados pelos orientadores tanto da escola como do local de estágio, fui aprendendo o que é que eu devia fazer e o que não devia... Por exemplo, quando começamos a administrar iões, o meu orientador dizia-me sempre: “Os iões são sempre diluídos. Sempre!...” Isto fica na nossa cabeça para sempre. Estas coisas só se podem aprender, e consolidar na prática com os orientadores e com os enfermeiros da equipa...” (EA8:7).

A opinião recolhida também manifesta que no decurso dos ensinamentos clínicos, para além da interação com o supervisor e com a equipa de Enfermagem, os estudantes dizem ter a oportunidade de interagir e fazer aprendizagens também com outros profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar, nomeadamente, com os profissionais que integram o grupo médico.

“(...) há que aproveitar também os momentos de aprendizagem que vamos tendo à nossa volta... Por exemplo, sempre que os médicos estavam a fazer técnicas, especialmente invasivas, eu procurava assistir sempre... Aprendi muitas técnicas e passei a conhecer muito material que não conhecia: linhas arteriais, cateteres de cinco e mais lumens, suturas... sei lá... foi tanta coisa... Aprendi com médicos, mas também aprendi muito com outros profissionais...” (EA2:52).

Os indicadores que integram esta subcategoria podem ser observados na Tabela 27.

Possibilita aprendizagens com os enfermeiros da prática e com outros profissionais de saúde - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Permite tirar partido da experiência profissional do supervisor</i>• <i>Permite aprender a partir da experiência dos profissionais de Enfermagem</i>• <i>Permite fazer aprendizagens com a equipa de Enfermagem</i>• <i>Possibilita aprendizagens com a equipa multidisciplinar</i>• <i>Permite aprender com os médicos</i>

Tabela 27 – Subcategoria "*Possibilita aprendizagens com os enfermeiros da prática e com outros profissionais de saúde*".

Tais resultados encontram eco em outras investigações realizadas no âmbito da formação inicial em Enfermagem, nomeadamente, nos estudos realizados por Serra (2011), Rua (2009), Martins (2009) ou Abreu (2001). Este último autor, no seu estudo verificou contudo que, contrariamente ao que se passa em contexto comunitário, em contexto hospitalar, a aproximação entre o estudante e o grupo médico é responsável pelo desenvolvimento neste de uma forma identitária de tipo médico de orientação humanista, caracterizada pelo compromisso e equilíbrio entre as dimensões relacional e técnico-científica da profissão.

Em **síntese**, referindo-se os docentes e os estudantes ao valor formativo da prática para estes últimos, numa abordagem mais geral, salientam a importância das aprendizagens situadas e supervisionadas na aquisição e desenvolvimento de saberes e competências ligadas à complexidade do agir profissional do enfermeiro desde as questões mais técnicas às mais holísticas do cuidar, numa lógica reflexiva e questionadora quer da

prática – observada nos profissionais ou praticada pelos próprios estudantes – quer dos quadros teóricos trazidos da academia.

1.2.2 Permite desenvolver competências pessoais e profissionais

Um dos aspetos que na opinião dos professores e estudantes confere significativo valor formativo à prática em contexto de trabalho, parece ter a ver com o entendimento comum de que os contextos profissionais constituem “um lugar único”, para que a ligação entre contexto, ação e competência ocorra. A sustentar este pensamento, estão as múltiplas referências à prática enquanto dispositivo facilitador da aquisição|mobilização de conhecimentos, capacidades e atitudes e às potencialidades heurísticas das distintas interações que os estudantes estabelecem nos contextos de trabalho, enquanto vetores promotores de inserção, de autonomia e de crescimento profissional, o que vem corroborar a ideia de que a competência não é apenas um construto operatório mas, igualmente, um construto social.

Na Figura 19 sistematiza-se a leitura circunstanciada do pensamento de ambos os grupos de sujeitos neste âmbito.

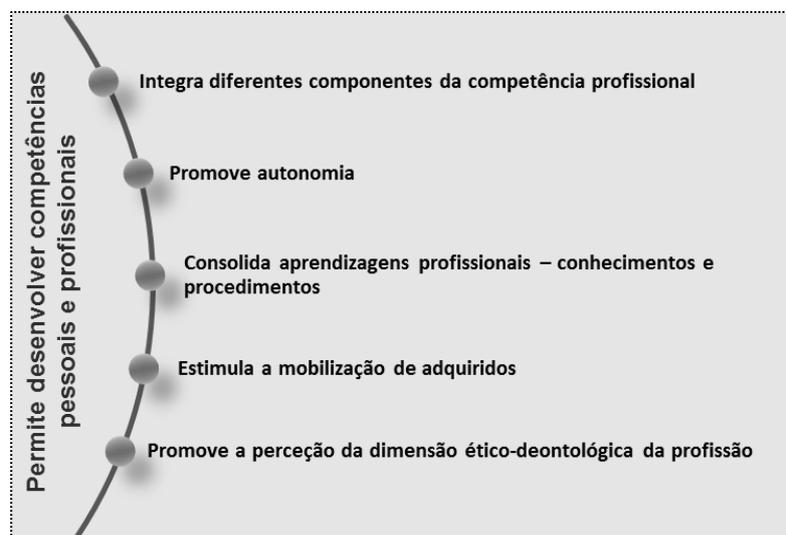


Figura 19 - Categoria "*Permite desenvolver competências pessoais e profissionais*".

Integra diferentes componentes da competência profissional

Subjacente aos discursos docente e discente, embora com diferente ênfase, esteve sempre a ideia de que, embora a teoria seja importante, a imersão na prática em contexto de trabalho tem um carácter de imprescindibilidade, constituindo uma período

fundamental de aprendizagem que permite aos estudantes adquirir e consolidar competências profissionais. Tal percepção pode ser constatada nas seguintes asserções:

“(...) eu acho que o estudante, na escola, ele aprende uma parte significativa do conhecimento teórico mas, o desenvolvimento completo das suas competências e a validação desses saberes, só ocorre na prática” (FG4:12).

“Acho que consegui desenvolver todas as vertentes da competência profissional, porque tinha que as conseguir interligar todas, o saber com o saber-fazer e, não menos importante o saber-estar... Acho que consegui aprender e desenvolver-me durante os ensinamentos clínicos porque consegui desenvolver não só a parte técnica mas também a parte humana, a parte do saber relacionar-me, do saber-estar...” (EA7:15).

Os discursos anteriores são bem expressivos do modo como ambos os grupos de sujeitos auscultados reconhecem aos contextos de trabalho, a sua riqueza formativa e a importância da “integração” dos múltiplos saberes que aí se desenvolvem, permitindo ao estudante a conscientização gradual dos diferentes papéis que o futuro enfermeiro é chamado a desenvolver e as competências requeridas para o seu desempenho (Merighi *et al.*, 2014; Matos, 1997). Numa análise mais fina, professores e estudantes, especificam um conjunto de competências que podem ser desenvolvidas em contexto de prática clínica. Das competências elencadas sobressaem aquelas que resultam do “despertar para o conhecimento do outro”, isto é, as competências relacionais, como muito bem elucidam as seguintes afirmações:

“(...) no âmbito da relação, mas numa perspetiva mais ampla, penso que a imersão na prática permite para além da relação estudante-utente, a relação estudante-enfermeiro orientador, a relação estudante-equipa de Enfermagem, a relação estudante-equipa médica... enfim o que eu quero sublinhar é que todas estas interações só são possíveis nos contextos, em situações concretas, elas não são simuláveis...” (FG3:16).

“(...) Para mim, o mais importante em estágio é ser capaz de desenvolver as competências relacionais, pois a Enfermagem é uma profissão iminentemente relacional, quer porque cuidamos das pessoas e das famílias quer porque trabalhamos em equipa multidisciplinar...” (EA5:28).

A formação inicial em Enfermagem tem uma componente na sua formação que é especialmente direcionada para o agir, pelo que, sem surpresa, as competências instrumentais assumem particular destaque do ponto de vista dos professores. Ilustrativa dessa relevância é a seguinte declaração:

“Em síntese e utilizando as competências tuning, na prática, isto é, em ensino clínico, os alunos desenvolvem sobretudo as competências instrumentais” (FG6:47).

Também a aquisição e desenvolvimento de competências organizativas é reconhecida pelos professores como uma mais-valia da prática clínica, atente-se ao seu dizer:

“[Na prática os estudantes] *aprendem uma coisa essencial que é a organização do trabalho e a gestão de tempo que, por muito que nós falemos aqui teoricamente, só lá, com as múltiplas variáveis é que, tendo uma pessoa ou duas ou três para cuidar, é que eles conseguem perceber as dificuldades e priorizar os cuidados...*” (FG5:53).

Da análise dos discursos docentes emerge ainda como atributo da prática em contexto de trabalho o desenvolvimento nos estudantes de competências pessoais como a iniciativa e a assertividade.

“*Depende muito!... Tem essencialmente a ver com as características do aluno, com o clima dos contextos e com a personalidade do orientador, não é? Alguns [estudantes], durante os estágios, deixam-se ir ao sabor do vento, outros há, que agarram as “rédeas da coisa” desde logo... Desde o início, são muito assertivos e demonstram saber o que querem do estágio (...) demonstram ter muita iniciativa...*” (FG11:66).

Estas são competências às quais os distintos atores com responsabilidade no processo formativo (supervisores, chefias dos contextos e restantes elementos da equipa de Enfermagem) parecem ser sempre bastante susceptíveis, uma vez que as mesmas, de alguma forma, influenciam a atmosfera supervisiva.

(...) no decurso dos estágios, nota-se uma grande diferença, essencialmente, na forma de agir dos alunos: são muito mais assertivos, demonstram muito mais segurança e iniciativa... Porém, quando tal expectativa não se concretiza, começam os problemas: quer os orientadores da prática, quer os outros enfermeiros e até as próprias chefias, começam a dizer que o aluno não está preparado para o estágio; que não possui os conhecimentos necessários; que não atingiu o nível de desenvolvimento esperado para aquele estágio; que era suposto ser mais proativo etc..., etc...” (FG9:58).

Na Tabela 28 apresentam-se a totalidade dos indicadores relativos à subcategoria discutida.

Integra diferentes componentes da competência profissional - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aprendem a ser competentes: a saber, a saber-fazer e a saber-ser e estar</i> • <i>Facilita desenvolver competências instrumentais</i> • <i>Permite desenvolver competências relacionais</i> • <i>Permite desenvolver competências de organização do trabalho</i> • <i>Permite desenvolver a iniciativa</i> • <i>Permite desenvolver a assertividade</i>

Tabela 28 - Subcategoria "*Integra diferentes componentes da competências profissional*".

Promove a autonomia

À semelhança dos resultados obtidos em outros trabalhos (Souza *et al.*, 2015; Merighi *et al.*, 2014; Espada, 2013; Martins, 2009; Fernandes, 2007), o estatuto de centralidade atribuído à prática em contexto de trabalho no processo de desenvolvimento autónómico

do estudante, é uma convicção partilhada por ambos os grupos de sujeitos, como se percebe nos excertos seguintes:

“Saliento aqui um aspeto que me parece de grande relevância: na análise dos recursos pessoais do estudante, há efectivamente uma evolução gigantesca do 1º para o 4º ano, especialmente no que toca a dimensões relacionadas com a autonomia... Eles crescem de uma forma abismal em termos autonómicos” (FG5:96).

“(…) Agora que estou prestes a terminar o curso, eu sei que consigo resolver, com uma razoável autonomia, a generalidades das situações, se calhar, se não tivesse tido o ensino prático, não conseguiria atuar da mesma maneira...” (EA3:18).

Apesar da unanimidade de opinião relativamente ao contributo da prática para o desenvolvimento da autonomia no estudante, verificamos que o significado de autonomia é expreso (e talvez percebido) de forma distinta pelos estudantes. Para uns, autonomia, é sinónimo de segurança; para outros, de iniciativa; outros ainda associam autonomia à destreza profissional. Vejamos alguns exemplos do referido anteriormente:

“(…) os estágios permitem-nos ganhar segurança nas diversas ações que desenvolvemos...” (EA2:83).

“(…) para mim era muito importante não necessitar deles [supervisores], não é não necessitar propriamente, era ser capaz de ter iniciativa e não estar sempre à espera dos orientadores para fazer aquelas coisas que eu já sabia...” (EA4:49).

“(…) nos estágios, procuro fazer o número máximo de vezes as coisas, quer sejam procedimentos quer sejam atividades de tipo mais relacional... Só desta forma ganharei a destreza suficiente para quando for profissional...” (EA13:28)

Resultados similares foram obtidos por Fernandes (2007), ao concluir que os estudantes que participaram no seu estudo detinham quatro representações distintas acerca da autonomia. Para estes, autonomia podia significar, ser capaz de: (i) realizar sem ajuda as “rotinas” do serviço; (ii) capacitar o utente e familiares para gerir a sua doença; (iii) decidir sobre a sequência de atividades no plano de trabalho ou, ainda, ter perspicácia para captar mensagens que impliquem a tomada de decisão do ponto de vista da Enfermagem.

Também para os professores o significado conferido à autonomia não parece ser coincidente. Para uns a autonomia manifesta-se, no gradual ganho de maturidade profissional; para outros pela maior ou menor capacidade de tomada de decisão; para outros ainda, a autonomia manifesta-se na preocupação com o rigor no desempenho das diversas atividades que compõem a ação profissional.

“Nota-se muito! Há todo um desenvolvimento em termos de autonomia e em termos de aprendizagens teóricas e práticas e, simultaneamente, na maturidade, quanto mais maduros, mais autónomos ...” (FG13:15).

“(...) ele [estudante] tem que decidir dezenas, centenas de vezes no dia a dia, o confronto que ele tem que ter com essa necessidade de decisão, pode, por vezes, ser fonte de dificuldades mas, simultaneamente, vai-lhe dando calo profissional e torná-lo mais autónomo...” (FG2:25).

“Nota-se a diferença até no relacionamento deles connosco, são mais autónomos, menos hesitantes, muito mais seguros de si. A forma como nos abordam, as questões que nos colocam, são reveladoras de uma preocupação com o rigor e de uma genuína vontade de aprender...” (FG2:56).

Associados às questões do desenvolvimento autonómico do estudante em ensino clínico, emergem ainda relatos docentes que atribuem à componente prática da formação inicial em Enfermagem um contributo decisivo para o desenvolvimento da *auto-estima* e do *sentido de responsabilidade* do estudante.

As diversas leituras dos participantes acerca do papel da prática em contexto de trabalho no desenvolvimento da autonomia do estudante enquadram-se nas fases de progressão propostas por Abreu (2007, 2003, 1998). Segundo o modelo proposto pelo autor, o estudante vai-se libertando “(...) paulatinamente da tutela do professor ou do tutor, construindo a sua própria personalidade e definindo os seus espaços de autonomia” (Abreu, 2003:24).

Na Tabela 29, apresentamos os indicadores que compõem a subcategoria discutida anteriormente.

Promove a autonomia - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Facilita o desenvolvimento da autonomia</i> • <i>Desenvolve o sentido de responsabilidade</i> • <i>Permite experienciar a tomada de decisão</i> • <i>Facilita “ganhar autoestima/autoconfiança em si próprio</i> • <i>Estimula a aquisição de maturidade profissional</i> • <i>Facilita “ganhar segurança”\ preocupação com o rigor</i> • <i>Facilita ganhar iniciativa</i> • <i>Facilita ganhar destreza profissional</i>

Tabela 29 - Subcategoria "Promove a autonomia".

Consolida Aprendizagens Profissionais – conhecimentos e procedimentos

Em linha com a análise anterior, evidencia-se que a aproximação ao terreno da prática constitui uma mais-valia formativa, na medida em que propicia a ocorrência e consolidação de aprendizagens profissionais. Na opinião de docentes e discentes, uma

das vantagens da imersão dos estudantes nos contextos profissionais prende-se, sobretudo, com a oportunidade de consolidar conhecimento teórico. A atestar tal posição estão os seguintes trechos dos seus discursos:

“Um aspeto bastante positivo do estágio é eles [estudantes] conseguirem consolidar todo o conhecimento teórico que foi dado na componente teórica aqui na escola” (FG8:22).

“(...) os estágios (...) dão-nos a possibilidade de assimilar e, principalmente, consolidar os conhecimentos adquiridos antes na escola... O revisitar de situações já faladas anteriormente, faz com que as revivamos e consolidemos...” (EA2:82).

Associada à vantagem anteriormente apresentada, emerge igualmente do discurso dos participantes a ideia de que a prática propicia, não só, o aprofundamento e a confirmação de aprendizagens teóricas efetuadas previamente, mas também, a aquisição de conhecimento novo por via do confronto quotidiano com situações novas.

“(...) o estudante é quase que “espicaçado” a fazer e a aprender, pois é confrontado todos os dias com situações novas, logo a adquirir novos conhecimentos...” (FG10:46).

“(...) nos estágios tive sempre experiências novas e eu gostei bastante disso... Acho que foram mesmo os estágios que me possibilitaram ir mais além, aprender das situações com que me deparava dia-a-dia e adquirir e até aprofundar uma série de conhecimentos novos...” (EA3: 5).

Procurando concretizar que tipo de conhecimentos o estudante tem oportunidade de aprofundar ou adquirir na prática, ambos os grupos de sujeitos, no decurso das suas intervenções, vão relatando alguns exemplos. Os estudantes, por exemplo, enfatizam que os ensinamentos clínicos propiciam o aprofundamento dos conhecimentos acerca das mais diversas patologias e sobre uma grande diversidade de fármacos e a sua adequada utilização.

“ (...) [Em ensino clínico] aprendem-se muitas outras coisas, aprende-se muito sobre as diversas patologias dos doentes e a especificidade de cada uma... Por exemplo, uma gastroenterite num doente pode ter sintomatologias muito diferentes comparativamente a outro doente...” (EA8:14).

“(...) em termos de medicação, aprendi imenso! (...) Conheci medicação específica para certas situações patológicas, bem como os seus efeitos secundários... Nós, na escola, não ficamos despertos para isso (...). Isto, eu só aprendi quando cheguei aos estágios de urgência e de cuidados intensivos...” (EA2:21).

Por seu lado, os professores, no âmbito das aprendizagens profissionais específicas à Enfermagem, dão ênfase à aprendizagem de técnicas e à capacidade de organizar e sistematizar os registos de Enfermagem.

“Apesar de nós, nos laboratórios, simularmos a maioria das técnicas de Enfermagem, é na prática que eles têm a oportunidade de as aprender e realizar de uma forma contextualizada, pois não as realizam num “boneco”, mas sim numa pessoa concreta...” (FG1:19).

“(…) no início têm sempre um pouco mais de dificuldade mas, gradualmente, no decurso do estágio vão melhorando consideravelmente em termos de registos, tornando-se mais precisos e concisos...” (FG8:52).

Considerando a nossa experiência no terreno, inferimos que a focalização docente nestes aspetos, poderá dever-se ao facto de toda a atividade do estudante em ensino clínico ser desenvolvida a partir de um sistemático e contínuo processo de organização de informação – o Processo de Enfermagem – que lhe permite não só coletar mas também difundir, a informação clínica de forma clara, precisa e em tempo útil.

Em jeito de síntese, um dos grupos de docentes afirma que é na prática que os estudantes têm a oportunidade de consolidar aquisições nos domínios cognitivo, psicomotor e psicoafetivo.

“(…) é na prática que os estudantes têm a oportunidade de fortalecer e solidificar as aquisições feitas quer no domínio cognitivo, quer psicomotor ou mesmo psicoafetivo, pois, apesar de estarem numa licenciatura, que tem um carácter generalista, eles fazem opções e investem mais numas áreas que em outras...” (FG9:94).

Na Tabela 30, apresentamos a totalidade dos indicadores que operacionalizam a respectiva subcategoria.

Consolida aprendizagens profissionais - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Consolida conhecimentos teóricos</i> • <i>Permite aprofundar conhecimentos</i> • <i>Permite a aquisição e desenvolvimento de conhecimento novo</i> • <i>Possibilita consolidar aquisições nos três domínios da aprendizagem (cognitivo, psico-motor e afetivo)</i> • <i>Permite confirmar aprendizagens teóricas</i> • <i>Permite o confronto com situações novas</i> • <i>Permite a aprendizagem de técnicas de Enfermagem</i> • <i>Propicia aprofundar conhecimentos acerca das mais diversas patologias</i> • <i>Facilita a aquisição de conhecimentos sobre uma grande diversidade fármacos</i> • <i>Desenvolve a capacidade de organizar e sistematizar os registos de Enfermagem</i>

Tabela 30 - Subcategoria "Consolida aprendizagens profissionais".

Estimula a mobilização de adquiridos

É interessante verificar que a aproximação ao terreno da prática é reconhecida por ambos os grupos de sujeitos como uma mais-valia formativa em termos de processos de

transferência (Malglaive, 1994; Mestrinho, 2011; 1997). Veja-se, a título de exemplo, o que referem professores e estudantes a esse respeito:

“(...) A prática é mesmo para isso, para poderem [os estudantes] ir transferindo e integrando todos os conhecimentos à medida que as situações vão surgindo...” (FG9:137).

“(...) os ensinamentos clínicos tornam-se fundamentais na formação em Enfermagem, porque permitem-nos mobilizar os conhecimentos teóricos para a prática...” (EA13:8).

Dos discursos dos participantes sobressai também, como uma das particularidades da prática em contexto de trabalho, a possibilidade de o estudante fazer a articulação entre conhecimento teórico e prático, possibilidade já assinalada em outras categorias.

(...) A partir de meados do segundo ano, eles [estudantes] conseguem ver utilidade nisso e passam a conseguir articular o conhecimento teórico com o conhecimento prático... São eles próprios que verbalizam: “agora é que eu percebo porque é que tivemos aquelas disciplinas “gerais e chatas” no primeiro ano e a patologia médica e cirúrgica no 2º, para agora, no estágio, podermos entender o que se passa com os doentes e fazer diagnósticos de Enfermagem e intervirmos...” (FG3:74).

“(...) [Em ensino clínico] é que nós conseguimos articular muitas coisas, pois, ao mesmo tempo que vamos prestando os cuidados às pessoas, vamos pesquisar quer no próprio campo de estágio quer depois em casa...” (EA7:59).

Um bom exemplo desta articulação é referido por um dos estudantes entrevistados, ao assumir que só na prática em contexto de trabalho conseguiu integrar de forma plena os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Anatomofisiologia.

“(...) Por exemplo, nas aulas teóricas de Anatomofisiologia, a matéria é muita e muito densa, por isso, houve coisas que eu só compreendi em profundidade durante os estágios...” (EA12:6)

Reconhecendo o estudante enquanto adulto aprendiz, cujas experiências e influências prévias têm uma importância capital no processo de ensino-aprendizagem (pois é a partir delas que o estudante se dispõe, ou se nega, a participar no mesmo), os docentes, destacam a importância da prática em contexto de trabalho, enquanto dispositivo facilitador da mobilização do conhecimento adquirido também por via não formal.

“(...) há pessoas a frequentar o curso de Enfermagem que já são auxiliares de ação médica, que são TAE e por isso, têm conhecimento e experiência quer dos contextos da saúde quer de prestação de cuidados, logo, quando vão para o estágio, têm uma visão mais crítica do que lá se passa comparativamente aos restantes alunos...” (FG9:85).

As diversas afirmações que possibilitaram a inferência de que a prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem permite a mobilização de adquiridos

encontram eco nos estudos de Malglaive (1995), no âmbito da formação de adultos. Para o autor o saber formalizado deve ser confrontado na prática (saber para agir), e o saber prático deve ser formalizado (agir para saber). Deste modo,

“(...) a ação ligada à cognição de que os saberes de todas as espécies, práticos e teóricos se investem na ação, constituem o “saber em uso”, que inclui saberes formalizados como os propostos pelas disciplinas teóricas, que se tornam “em uso” quando, na condição de serem investidos na prática. Este saber em uso deve ser, ele próprio, objeto de uma formalização, por meio dos utensílios constitutivos dos saberes formalizados e é assim que é possível fazer aquisições ao mesmo tempo que se formaliza o saber” (Malglaive, 1995:54-60).

A prática em contexto de trabalho é assim vista, não apenas como oportunidade de mobilizar na ação os conhecimentos teóricos mas, sobretudo, enquanto espaço de aprendizagem e de desenvolvimento de competências apenas compreensíveis por essa via.

Na Tabela 31, podem ser observados os indicadores subjacentes às representações dos participantes acerca da temática analisada.

Estimula a mobilização de adquiridos - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Facilita a transposição didática</i> • <i>Permite mobilizar conhecimentos teóricos</i> • <i>Permite articular conhecimento teórico e prático</i> • <i>Facilita a integração dos conhecimentos de anatomofisiologia</i> • <i>Permite a mobilização de conhecimento adquirido previamente</i> • <i>Permite a mobilização de conhecimento adquirido por via não formal</i>

Tabela 31 - Subcategoria "*Estimula a mobilização de adquiridos*"

Promove a percepção da dimensão ética da profissão

Segundo os sujeitos, concomitantemente ao desenvolvimento da dimensão técnica da prestação de cuidados, a prática em contexto de trabalho possibilita que o estudante desenvolva a dimensão ética do cuidado em Enfermagem. Na sustentação da sua opinião, dizem que nos contextos profissionais, o estudante não só tem a possibilidade de observar a atuação dos profissionais em situações de conflito e dilemas éticos mas, também, a oportunidade de analisar criticamente com os respetivos supervisores as implicações intrínsecas a uma tomada de decisão informada e responsável.

(...) Lá, na prática, é que estudante tem oportunidade de ser confrontado com as questões éticas da profissão, vivenciar os dilemas éticos e refletir sobre eles com a ajuda dos orientadores para que ele aprenda a decidir de forma coerente e responsável...” (FG7:41).

(...) o enfermeiro é bastante importante na equipa multidisciplinar... Baseado nos princípios éticos da profissão, defende os direitos dos doentes... Talvez seja o único, entre diversos profissionais de saúde, que se dispõe a ouvi-los, a compreendê-los, a tentar minimizar as suas dificuldades ou algum tipo de erro (...) O enfermeiro é importante em todos estes passos pois tem uma consciência ética mais apurada...” (EA2:45).

Tais resultados vêm reiterar o preconizado pela OE, segundo a qual a Enfermagem, enquanto ciência humana, centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas (família ou comunidades) e quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de Enfermagem, possuem quadros de valores éticos, crenças e desejos de natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem (OE, 2003).

À semelhança do que fomos fazendo, mostramos agora na Tabela 32 os indicadores que originaram a subcategoria discutida.

Promove a perceção da dimensão ética da profissão - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Facilita aprender a gerir situações éticas.</i>• <i>Facilita a conscientização dos valores ético-deontológicos da profissão.</i>

Tabela 32 - Subcategoria "*Promove a perceção da dimensão ética da profissão*".

Em **síntese**, podemos salientar que para os estudantes e docentes a prática em contexto de trabalho durante as unidades curriculares de ensino clínico contribui de forma relevante para a aquisição de competências profissionais antes da entrada na profissão em regime de autonomia, desde, mais uma vez, as questões técnicas às questões mais complexas como a dimensão ética da ação do enfermeiro.

1.2.3 Contribui para construção da identidade profissional

De entre as diferentes dimensões que compõem a identidade dos estudantes, a dimensão profissional adquire uma importância particular na opinião de docentes e discentes. Sublinham que na formação em Enfermagem o percurso é particularmente intenso ao longo de todo o curso, assumindo contornos *sui generis*, dada a natureza do trabalho desenvolvido e as dimensões emocionais que faz despertar no estudante, estruturando desde muito cedo a metamorfose individual de construção identitária. Também a interação com as diferentes lógicas (dos contextos, do enfermeiro supervisor, dos elementos que compõem a equipa multidisciplinar, dos colegas e até dos próprios utentes|famílias), parece ter uma influência decisiva no processo de “tornar-se enfermeiro”, na medida em que impõe mudanças na forma de estar e agir profissional

que, posteriormente, permitirão ao estudante ganhar uma postura profissional própria (Figura 20).

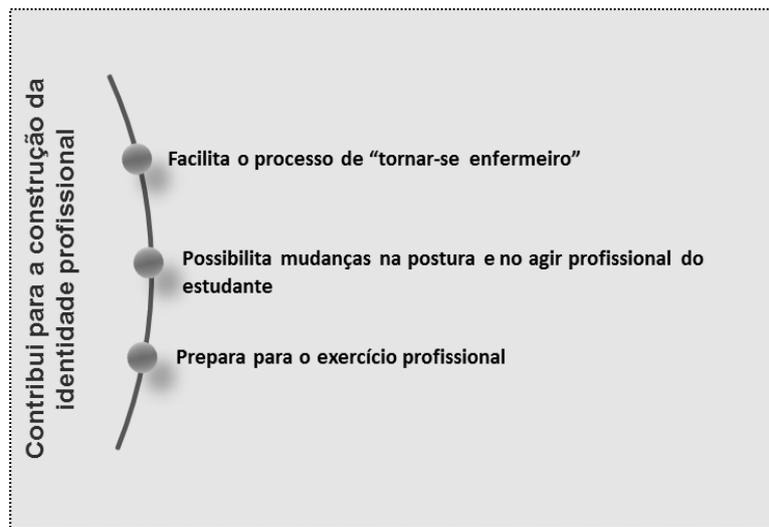


Figura 20 - Categoria "Contribui para a construção da identidade profissional"

Facilita o processo de “tornar-se Enfermeiro”

Professores e estudantes são unânimes em considerar que as aprendizagens em contexto de trabalho envolvem uma complexidade de atitudes e comportamentos só passíveis de adquirir e interiorizar nas situações reais de trabalho, pelo que a imersão na prática profissional é apontada como facilitadora da conscientização discente acerca das funções|papel do enfermeiro.

“(…) um dos aspetos positivos que eu reconheço nos ensinamentos clínicos é, antes de mais, o ser um ambiente natural onde o fenómeno acontece, isto é, o aluno aprende a ser enfermeiro no mesmo local e em simultaneidade com a prestação dos cuidados de Enfermagem – Que melhor maneira existirá para aprender as funções de enfermeiro?!” (FG9:12).

“Outra coisa que os estágios possibilitam, à medida que nós vamos progredindo no curso, é ganharmos uma certa consciência profissional e percebermos quais são as funções de um enfermeiro...” (EA9:14).

Reforçando a opinião anterior os participantes atribuem à prática clínica uma forte dimensão profissionalizante, na medida em que a imersão no contexto de trabalho compele ao confronto com uma diversidade de fenómenos, respostas humanas e realidades assistenciais com elevado potencial formativo, como pode ser inferido, por exemplo, dos seguintes excertos:

“(...) em contexto de ensino clínico o aluno também vai aprendendo um bocadinho a entrar nas “redes sociais” da própria profissão, qual o tipo de instituições onde um enfermeiro pode desenvolver a sua atividade e também (...) perceber o que significa, o que é e como se organiza a carreira profissional...” (FG10:30).

“(...) nós, numa unidade de cuidados intensivos, temos a perceção de como é fundamental o papel do enfermeiro, quer ao nível da satisfação das necessidades básicas, (...) quer em termos de intervenções mais complexas... É um trabalho duro lidar com a pessoa em situação crítica... Temos que o substituir em todas as atividades que ele não consegue desenvolver autonomamente... Isso acaba por exigir que tenhamos os conhecimentos e atuemos como se fossemos profissionais...” (EA14:3).

A dimensão profissionalizante da componente prática da formação inicial é evidenciada pelos mais distintos autores (Lopes *et al.*, 2013; Serra, 2011, 2007; Abreu, 2007, 2001; Fernandes, 2007; Silva e Silva, 2004; Carvalhal, 2003; Longarito, 2002). Carvalhal (2003), relevando as potencialidades heurísticas da prática, defende que a componente clínica constitui o cerne da formação inicial em Enfermagem pois só *“(...) o ensino clínico lhes dará [aos estudantes] a consolidação e a aquisição de novos conhecimentos, ou seja, permitirá [a construção e desenvolvimento de] um saber contextualizado”* (p.26). Fernandes (1998), reitera a ideia anterior e defende que os contextos clínicos constituem os cenários ideais à interação na complexidade, incerteza e diversidade, sublinhando que *“(...) é preciso formar os estudantes num ambiente análogo àquele em que serão chamados a trabalhar”* (p.38).

O exercício do trabalho é na opinião de professores e estudantes fortemente socializador e indutor de transformações no estudante, conducentes a uma construção gradual da sua identidade profissional.

“Para chegar à visão holística, desde o 1º ano... eles [estudantes] vão por fases, eles partem da fase em que só veem a veia, depois veem uma mão, depois já veem o braço, depois aquele braço já pertence a um corpo, e esse corpo passa a pertencer a alguém, e no final, eles até percebem que esse alguém está num quarto e que esse quarto tem uma janela... eles vão crescendo... Esse crescendo começa com a aprendizagem dos aspetos instrumentais da profissão e, com o decorrer do curso, eles percebem que, afinal de contas, estão a construir a sua própria identidade profissional...” (FG2:47).

“A prática nisto é muito importante, também, pois permite-nos observar várias formas de fazer as coisas e lidar com as situações e, de alguma maneira, acaba por nos influenciar bastante na nossa própria forma de ser e de agir, na nossa forma de ser em termos profissionais...” (EA14:74).

Procurando explicitar como se aprende a ser enfermeiro, Serra (2011) conclui que se trata de um processo dinâmico, multiforme, simultaneamente estável e transitório, *“(...) com um impacto holístico na existência do indivíduo e no qual convergem não só a*

experiência pessoal constituída pelas múltiplas trajetórias de vida, onde (...) os ensinamentos clínicos representam de uma forma esmagadoramente inequívoca, para os estudantes, o tempo e o espaço de eleição no seu processo de socialização e construção identitária” (p.311). Como frisa Dubar (1997), a identidade profissional tem que ser compreendida a partir dos processos relacionais e biográficos, pelo que, a análise dos processos de socialização e de formação poderá facilitar a compreensão da forma como os estudantes de Enfermagem se afirmam e definem enquanto futuros profissionais de saúde. Neste âmbito, diversos autores sublinham a necessidade e pertinência da continuidade de pesquisa acerca dos processos de configuração identitária dos estudantes, dos enfermeiros e dos próprios docentes (Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Serra, 2011; Abreu, 2001), pensamento que partilhamos.

Os indicadores relativos à subcategoria discutida, podem ser observados na Tabela 33.

Permite “tornar-se Enfermeiro” - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Facilita a construção da Identidade Profissional</i> • <i>Facilita a conscientização das funções/papel do enfermeiro</i> • <i>Facilita o desenvolvimento de uma postura profissional</i> • <i>Possibilita a profissionalização</i>

Tabela 33 - Subcategoria "Permite "tornar-se enfermeiro".

Possibilita mudanças na postura e no agir profissional do estudante

À componente prática da formação inicial em Enfermagem parece também ser imputada a responsabilidade pela “transformação de si” (Serra, 2011; Abreu, 2001), face às mudanças verificadas no estudante em termos de postura e de modo de agir, quer no decurso dos ensinamentos clínicos quer ao longo de todo o processo formativo. Expressões como “*sente-se bastante a mudança*”; “*eles mudam muito durante os estágios*”; “*nota-se uma grande diferença na maneira como se expressam e na pertinência dos seus comentários*”; “*nota-se a diferença de postura, especialmente na forma de estar e de se relacionarem*”; “*sinto que mudei*”, “*percebi que já não vejo as coisas com os mesmos olhos*” ou, ainda, “*só com a prática consegui superar os meus medos e receios*”, surgem com frequência na generalidade dos discursos, quer dos professores quer dos próprios estudantes, enquanto sintoma claro das modificações operadas.

“(...) depois no estágio é que eles mudam bastante... mudam mesmo muito... são mais atentos, mais disponíveis para ouvir; mais compreensivos... enfim, desenvolvem-se

bastante em termos de assertividade, nas relações conosco, com os orientadores mas sobretudo, na relação com os utentes e as famílias...” (FG6:2).

“Com o decorrer do curso, comecei a adquirir mais segurança nos estágios e até sinto que mudei a minha forma de estar e de agir... Comecei a não ter receio de intervir, de tomar a iniciativa, comecei a ver os meus orientadores da escola e dos locais com outros olhos e comecei a sentir mais confiança e segurança na presença deles, coisa que não acontecia nos primeiros estágios...” (AE3:52).

Dos discursos docentes transparece também a ideia de que a mudança operada nos estudantes se constitui em si mesma como estímulo ou força impulsionadora, nomeadamente, para:

- o desenvolvimento de “novas formas” de pensar e de analisar os casos e as situações

“Nota-se um grande salto qualitativo na análise que fazem dos casos e das situações... Inicialmente eles olham para as coisas de uma perspectiva “umbílico-centrica”, porém, há medida que o curso vai decorrendo, ocorre uma clara descentração de si mesmos e emerge uma genuína preocupação com “o outro” e com os seus problemas...” (FG11:53).

- ultrapassar “medos e receios”

“Muitas vezes eles têm quase horror de pegar numa criança... Depois com a continuidade do tempo eles perdem o medo e até ficam muito apaixonados com as crianças e apaixonados até pela área, pela especialidade de Pediatria... Os estágios têm este poder!...” (FG8:79).

“Os estágios permitiram-me quebrar todas as barreiras, medos e receios, são para mim a melhor forma de os ultrapassar...” (EA3:62).

- a aquisição do seu próprio modo de fazer e uma postura profissional própria

“Nos estágios nós vamos mudando a nossa postura... Não se trata só da postura física, mas também a postura intelectual, a postura relativamente aos outros, a postura na resolução dos problemas, enfim vamos ganhando a nossa própria forma de analisar as questões e resolver os problemas. (...) Vamos ganhando a nossa própria visão acerca da profissão e consequentemente uma postura profissional muito pessoal...” (EA13:6).

Conclusões semelhantes podem ser observadas nos trabalhos de Abreu (2001) e Serra (2011), no âmbito dos estudos desenvolvidos acerca da construção identitária profissional dos estudantes de Enfermagem. Serra (2011), por exemplo, concluiu que os estudantes referem mudanças no modo como se percebem e descrevem a si mesmos e aos outros. Relativamente a si próprios, dizem que a imersão na prática profissional possibilitou perceberem-se de uma forma mais consciente por via do desenvolvimento de competências de introspeção e de autoconhecimento. No que

respeita ao modo como perspetivam “o outro”, a grande alteração parece residir no modo como se posicionam em termos de relações interpessoais, sendo frequentes as descrições que remetem para o desenvolvimento de uma atitude de descentração de si próprio e a aceitação incondicional do outro. Tal mudança, sublinha o autor, não se situa apenas ao nível de uma avaliação profissional mas, sobretudo, ao nível pessoal.

A Tabela 34, permite uma leitura mais analítica mediante a mostra dos indicadores que compõem a subcategoria analisada.

Possibilita mudanças de postura e no agir profissional do estudante - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Facilita mudanças no agir profissional do estudante</i> • <i>Facilita a mudança na capacidade de análise dos casos e situações</i> • <i>Facilita ultrapassar “medos e receios”</i> • <i>Possibilita mudança na forma de expressar</i> • <i>Possibilita a mudança de postura</i> • <i>Possibilita mudança na forma de pensar</i> • <i>Possibilita mudança na forma de estar</i> • <i>Possibilita mudança na forma de se relacionar</i> • <i>Facilita a aquisição de uma postura profissional pessoal</i> • <i>Facilita a aquisição do seu próprio modo de fazer</i>

Tabela 34 - Subcategoria "*Possibilita mudanças de postura e no agir profissional do estudante*".

Prepara para o exercício profissional

Da análise dos dados, foram obtidos indicadores que revelam a sincronia de opinião de ambos os grupos de sujeitos quanto à importância da imersão do estudante na prática profissional, enquanto oportunidade de realização de aprendizagens profissionais de forma significativa.

“Se nós vivemos uma coisa, ou se passarmos por ela, penso que é a forma mais fácil de adquirirmos conhecimento sobre essa coisa... Por isso, é que eu defendo que (...) a imersão na prática permite-lhe [ao estudante] fazer uma aprendizagem vivenciada... E porque é uma aprendizagem vivenciada, torna-se importante e significativa, logo mais fácil de interiorizar...” (FG10:38).

(...) senti que fui vivendo intensamente todas as situações diariamente, até escrevi isso nas reflexões que pus no meu portefólio... Fui vivenciando intensamente e ao mesmo tempo ia retirando o máximo de aprendizagens de todas as problemáticas a que assistia ou participava, para saber como havia de agir futuramente, quando já for profissional...” (EA1:2).

Concretizando a opinião manifestada anteriormente, os estudantes sublinham que a realização das diversas atividades em contexto de trabalho, não só contribui para conscientização da realidade profissional como, simultaneamente, constitui uma etapa fundamental na preparação do futuro profissional de Enfermagem.

(...) a prática nos contextos, é do meu ponto de vista uma excelente oportunidade para os estudantes terem uma multiplicidade de experiências profissionais e tomarem consciência da realidade da profissão” (FG9:6).

(...) o ensino clínico faz com que vamos ganhando consciência da realidade da profissão e, simultaneamente, faz-nos adquirir “bagagem” e prepara-nos para sabermos atuar quando formos profissionais” (EA13:9).

Esta conclusão encontra eco no pensamento de Silva e Silva (2004) ao reiterarem que a situação de trabalho, pela sua complexidade e pela mobilização de competências múltiplas que exige, comporta um enorme potencial formativo. No entanto, os autores advertem que *“(...) não é suficiente que a situação possua um potencial formativo. É preciso, também, que a interação das pessoas com a situação faça sentido para elas”* (p.104).

Apesar das persistentes dificuldades de empregabilidade em Enfermagem (OE, 2009), alguns grupos de professores e um dos estudantes, consideram que a imersão na prática profissional pode constituir-se, se o estudante for empenhado e tiver uma boa prestação em ensino clínico, num indicador para futuro recrutamento|seleção.

“(...) a mim dá-me gozo sentir que um aluno investe no estágio e dá tudo por tudo para realmente sair bem preparado. Esta atitude, apesar da crise do emprego na Enfermagem, tem-lhes valido muito, pois, por vezes, isso traduz-se até em oportunidade de emprego” (FG7:18).

“Acima de tudo tem de haver empenho. O empenho é importante. Porque nós estamos a transmitir também uma imagem daquilo que somos e, se essa imagem for boa, se formos empenhados no estágio, se formos bons, creio que nos poderá abrir algumas portas no mercado de trabalho; ou no estabelecimento de contactos para outros trabalhos, isso tem vindo a acontecer em anos anteriores, apesar da crise de emprego...” (EA14:41).

Este achado, encontra-se em linha com os resultados obtidos por Serra (2011). Segundo o autor, na atualidade, apesar da empregabilidade em Enfermagem ter descido consideravelmente, uma das vias privilegiadas pelos estudantes para conseguir uma colocação profissional, *“(...) baseia-se num julgamento de auto eficácia e confiança na sua capacidade de ao longo do curso, se tornarem bons enfermeiros e que a visibilidade da qualidade do seu desempenho como alunos, possa ser garantia de uma colocação no mundo do trabalho”* (p.300).

Em linha com as opiniões anteriores, um grupo de docentes destaca a importância da realização de ensinamentos clínicos em instituições de saúde estrangeiras, no âmbito do Programa Erasmus, não só enquanto espaço-tempo de preparação profissional mas,

sobretudo, enquanto oportunidade de desenvolvimento de sinergias com vista à possibilidade de exercício profissional em contextos transnacionais, consideradas as dificuldades de empregabilidade ao nível nacional.

“Outro aspeto muito positivo inerente aos ensinamentos clínicos é a possibilidade de os alunos estagiarem no estrangeiro ao abrigo do Programa Erasmus, pois, dada a dificuldade de empregabilidade em termos nacionais, ao abrigo desse programa, eles têm a oportunidade de conhecer a realidade dos contextos da saúde de outros países e essa experiência poderá ser facilitadora caso, no final da formação, decidam iniciar a sua atividade profissional no estrangeiro...” (FG7:61).

Da Tabela 35, constam os indicadores que compõem a subcategoria anteriormente debatida.

Prepara para o exercício profissional - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prepara para a profissão facilita a conscientização da realidade profissional</i> • <i>Possibilita a vivência de situações profissionais</i> • <i>Poderá constituir um indicador para futuro recrutamento seleção</i> • <i>Prepara o aluno para atuar em contextos transnacionais</i>

Tabela 35 - Subcategoria "*Prepara para o exercício profissional*".

Em **síntese**, “tornar-se enfermeiro” parece decorrer significativamente da variedade e qualidade de experiências profissionais e de formação proporcionadas ao estudante durante os momentos de imersão na prática clínica. Sob esta moldura, a prática é vista pelos sujeitos como uma instância socializadora determinante na produção de referências identitárias, de valores sociais e profissionais que paulatinamente vão sendo incorporados pelo estudante.

1.2.4 Facilita a socialização profissional

Não descurando que possam existir influências prévias à formação formal (Zeichner & Gore, 1990), para os sujeitos do presente estudo, a socialização profissional do estudante de Enfermagem ocorre essencialmente por via do permanente “ajustamento situacional” (Mestrinho, 2011), consequência das múltiplas e distintas interações estabelecidas com os diferentes atores que “povoam” os contextos profissionais. Sob esta moldura, os contextos profissionais, porque carregados de simbolismos, significações, saberes e poderes (Carapinheiro, 1998), erguem-se aos olhos de estudantes e professores como agentes com um forte poder socializador, não só porque são capazes de estimular o estabelecimento de relações interpessoais e

interdisciplinares, como conseguem influenciar as aprendizagens dos estudantes (em qualidade e quantidade) e o desenvolvimento profissional dos próprios práticos (Figura 21).

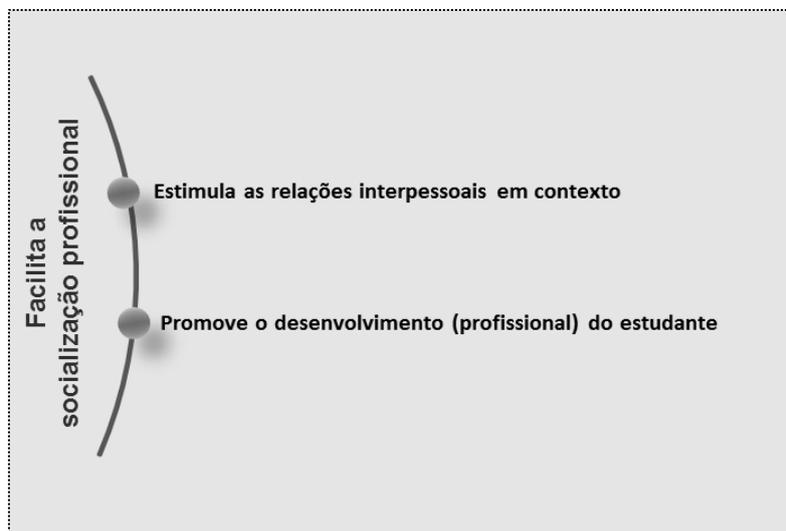


Figura 21 - Categoria "Facilita a socialização profissional"

Estimula as relações interpessoais em contexto

As relações que o estudante estabelece com os diferentes indivíduos que operam nos contextos de prática clínica – enfermeiros, médicos, auxiliares de ação médica, professores, utentes|famílias, colegas e demais atores – parecem ser consensualmente reconhecidas por professores e estudantes como determinantes quer do entendimento que o estudante tem de si próprio e “do outro” quer na delimitação da sua singularidade. Assim, partindo do pressuposto de que todas as relações significativas que o estudante estabelece são passíveis de serem persptivadas sob o ângulo da socialização, impõe-se a análise e interpretação heurística das mesmas e das aprendizagens decorrentes dessa mesma interação, nomeadamente:

- Com o utente|família:

A relação interpessoal com o utente|família é um dos conteúdos de aprendizagem mais enfatizados por professores e estudantes, sendo opinião comum, que a mesma só pode ser aprendida e desenvolvida em situação, na interação concorrente à própria prestação de cuidados.

“Em relação aos aspetos positivos do estágio, (...) acho que aquele que para mim mais se destaca, é a possibilidade que o aluno de Enfermagem tem de interagir com a pessoa

doente, com sua família e respetivas necessidades, pois é esse o centro de atuação de um enfermeiro... Efetivamente, essa aprendizagem, só se pode fazer lá, na prática, em situação concreta...” (FG12:3).

“(...) os próprios professores e orientadores, por diversas vezes, têm me dito que eu evolui muito na parte comunicacional-relacional com o doente e família... Eu tenho também essa noção e preocupo-me em procurar desenvolver esse aspeto (...). Realmente, só no estágio conseguimos desenvolver os aspetos relacionados com a interação com o doente a sua família...” (EA1:55).

Este resultado encontra eco no trabalho desenvolvido por Barroso (2009), pois segundo a autora:

”Se é verdade que o saber comunicar passa pela aquisição de saberes, não se pode esquecer que a capacidade de comunicar implica um saber situar-se num contexto, exigindo que o estudante desenvolva em cada momento e em cada situação, comportamentos de comunicação que se constroem a partir da capacidade de aprender com a própria experiência” (p.164-165).

A prática em contexto comunitário, talvez pela grande proximidade dos enfermeiros aos contextos sociais em que vivem e trabalham os seus utentes, é também destacada pelos estudantes enquanto espaço-tempo facilitador da interação com utentes|famílias oriundos dos mais distintos contextos socio-económicos e etnias. Tal interação é apontada como fundamental ao desenvolvimento de uma profissionalidade sensível e desperta para o agir em comunidades|grupos multiculturais e|ou com dificuldades de natureza económico-social.

“(...) Eu acho que, nos estágios, o contacto com a maior diversidade de contextos e realidades é muito bom. Propicia o estabelecimento de relações com diferentes tipologias de pessoas... Nós contactamos com pessoas das mais diversas etnias e contextos socioeconómicos e, isso, do meu ponto de vista é bom em termos de interiorização das diferentes realidades sociais e também no que toca às questões da multiculturalidade, para que possamos trabalhar em qualquer circunstância quando formos profissionais...” (EA10:28).

A relação interpessoal estabelecida com os utentes|famílias no decurso das múltiplas experiências em ensino clínico, como já tivemos oportunidade de referir, revela-se de importância fundamental para o estudante, na medida em que não só facilita a compreensão dos quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual dos seus utentes|famílias mas, também, a construção de uma série de representações acerca de si próprio para si e de si para os outros e da própria profissão. Apesar das mais-valias referidas, para Serra (2011), essas representações podem conter um aspeto menos positivo e até tornar-se condicionadoras da ação do estudante, sobretudo em fases iniciais do processo formativo. Segundo o autor, o fator de maior expressão para tal

facto, parece estar associado a um sentimento de insegurança que o estudante revela relativamente aos seus conhecimentos, pois espera que os utentes depositem nele confiança, não estando no entanto seguro de que detem as ferramentas necessárias para não os defraudar nessa expectativa. Em linha com o pensamento anteriormente descrito, Abreu (2001) refere que “(...) a aprovação e a autoestima do doente são importantes para a auto-segurança do aluno e para as suas disposições e motivações para o assistir, sendo por tal motivo um aspeto a considerar pelos docentes no decurso da formação clínica” (p.50).

- Com o enfermeiro supervisor e enfermeiros que compõem a equipa de Enfermagem:

Paralelamente ao desenvolvimento da interação com o utente|família, professores e estudantes atribuem à prática profissional a mais-valia do estudante poder interagir com o supervisor e com os diferentes membros da equipa de Enfermagem e aprender a desenvolver uma relação profissional, já que parte significativa da ação profissional realiza-se de forma não explícita.

“A gratificação que eles sentem quando conseguem interagir com o orientador quer com os diferentes enfermeiros da equipa, o serem reconhecidos como pares, é um aspeto crucial para os alunos aprenderem a estabelecer uma relação profissional... Eles ficam muito mais motivados para aprender...” (FG7:69).

“(...) em estágio, acho que acima de tudo, é importantíssimo procurar manter uma boa relação com o orientador, pois essa relação influencia muito o tipo de aprendizagens que fazemos e a relação com os outros enfermeiros da equipa e até com os doentes e suas famílias.” (EA14:42).

Para autores como Sim-Sim *et al.*, (2013); Espada (2013); Correia e Santiago (2012); Cunha *et al.*, (2010), Abreu (2007) ou Serra (2007), a influência dos supervisores e dos restantes enfermeiros dos contextos clínicos, exerce um papel fundamental na transmissão e aquisição de competências, atitudes, internalização de valores, perceções e maneiras de pensar que possibilitam que o estudante se socialize e desenvolva comportamentos profissionais.

Nos seus discursos, os professores dão destaque a uma dessas competências – o trabalho em equipa – afirmando que a mesma é essencial ao futuro profissional e que só pode ser desenvolvida na prática em contexto profissional, no seio da equipa de Enfermagem.

“O trabalho em equipa é outra coisa importantíssima, que deve ser desenvolvida pelo estudante e que também só se aprende nos contextos de trabalho, integrado na equipa de Enfermagem. Eu penso mesmo, que essa é uma competência fundamental pois, na maioria dos contextos, o trabalho de Enfermagem é desenvolvido em equipa...” (FG6:64).

A par do trabalho em equipa, Mestrinho (1997), identifica ainda outros ganhos da interação do estudante com o supervisor clínico e demais enfermeiros nos contextos de prática profissional, nomeadamente, a conscientização das: *“(...) tradições, (...), normas, princípios organizativos, relações hierárquicas, relações entre pares, comunicação dentro de cada serviço e entre serviços, etc.” (p.27).*

Não sendo nosso objetivo conhecer a opinião acerca do valor formativo da prática para os profissionais, acabámos por obter dados sobre isso que, pela sua relevância no âmbito da interação estudante-supervisor clínico, considerámos pertinente inseri-los nos dados a apresentar. Assim, confirmando os resultados de diversos estudos que têm vindo a evidenciar que a supervisão de estudantes na formação inicial contribui também para o desenvolvimento pessoal e profissional dos supervisores (Martins, 2009; Serra, 2007; Longo, 2005; Simões, 2004), os professores participantes realçam a marcada intenção dos supervisores em “fazer bem” já que, durante o ensino clínico, o seu desempenho é permanentemente observado e questionado pelo estudante:

“(...) eles [estudantes] podem constituir uma oportunidade de mudança, uma oportunidade de desenvolvimento para os próprios profissionais, na medida em que ao desenvolverem os seus projetos de estágio, os alunos vão de algum modo interferir nas dinâmicas dos serviços... Portanto, aos orientadores não resta outra alternativa que seguir os canones da teoria pois, que mais não seja, há que dar o exemplo ao aluno...” (FG13:44).

Associado à preocupação com o rigor do desempenho, das narrativas docentes emergem outras dimensões, nomeadamente, o cuidado em procurar renovar ou até adquirir novos conhecimentos e competências, como forma de fundamentar o que se faz e porque se faz. Sob esta ótica, poder-se-á inferir que a supervisão de estudantes facilita a reconfiguração das competências profissionais dos práticos, contribuindo assim para a sua formação contínua.

“Os alunos colocam imensas dúvidas, não só a nós professores, que os acompanhamos, como também aos próprios orientadores do campo, e eles dizem-nos mesmo que muitas vezes sentem a necessidade de trocar ideias com os colegas, de ir ver rapidamente à internet determinado assunto ou prática ou, até, consultar uma bibliografia mais recente... Pois, muitas vezes, há ali uma junção de circunstâncias que exige ao aluno a manifestação de determinadas competências e ao profissional a possibilidade de reconfiguração das mesmas.” (FG8:48).

Ainda nessa lógica, e de acordo com a opinião dos estudantes, gera-se um ciclo de desenvolvimento mútuo.

“(...) toda a equipa vê realmente o trabalho em que nós nos aplicamos, acabamos por trocar informação com toda a equipa, nós aprendemos com eles e eles aprendem connosco, não há aquela coisa do: “Nós é que somos os profissionais, nós é que sabemos...”
(EA6:66)

Tal conclusão, parece encontrar raízes no pensamento freiriano, segundo o qual, a relação entre quem forma e quem é formado deverá assentar num “diálogo problematizador” em que *“(...) o educador já não é apenas o que educa, mas o que, enquanto educa, é educado em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa”* (Freire, 2002:51).

Para Serra (2007), para além do desenvolvimento profissional, a supervisão de estudantes desperta também no enfermeiro supervisor mudanças a nível pessoal, nomeadamente, na forma de entender e se relacionar com o estudante, tornando-se mais paciente e disponível para ouvir. Por sua vez, Longo (2005) enfatiza que “ter alunos” constitui também um contributo para o desenvolvimento e realização profissional do supervisor clínico, pela consciência de que o seu desempenho concorre de uma forma relevante para o desenvolvimento profissional e pessoal de outrém.

- Com os professores

Pela análise dos dados, é possível verificar que são poucas as referências docentes e discentes relativas à relação entre estudante e professor em ensino clínico. Simultaneamente, também não são feitas alusões ao papel docente enquanto modelo de prática. Subjacente a estas constatações e coincidentemente com os resultados obtidos em outros trabalhos desenvolvidos na área da componente prática da formação inicial em Enfermagem (Araújo *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2011; Serra, 2011, 2007; Martins, 2009; Simões *et al.*, 2008; Antunes, 2007;; Fernandes, 2007; Longo, 2005; Simões, 2004; Abreu, 2001; entre outros), parece estar a ausência de uma presença docente, frequente e regular, nos contextos de prática clínica.

“(...) tive conhecimento de colegas meus, que foram literalmente “abandonados” no local de estágio. (...) o professor raramente ia visitá-los e quando ia estava sempre cheio de pressa. Estou a falar das versões que fui ouvindo, nas pausas para o café...” (EA2:15).

Apesar do reconhecido distanciamento docente dos contextos profissionais, paradoxalmente, os estudantes consideram que a relação com professor em ensino clínico é “muito boa”, pautando-se por uma maior proximidade e até por uma certa informalidade, comparativamente à relação estabelecida em contexto escolar.

“(...) em estágio, a relação com os professores é muito boa e bem diferente do que na escola..., é mais próxima, mais pessoal, talvez porque já não existia aquele medo e sabermos que os professores estão ali para nos ajudar e proteger de alguma situação mais complicada, pena é que nem sempre aparecem...” (EA3:54).

Resultado dessa maior proximidade, são referidos um conjunto de desempenhos docentes com potencial impacto na socialização do estudante, nomeadamente: o acompanhamento, o suporte, a avaliação e, ainda, a mediação entre estudante e supervisor, conforme pode ser constatado na seguinte transcrição:

“(...) há também uma relação muito mais estreita e informal entre o aluno e o professor. (...) Portanto, esta relação muito menos formal, é como que um acompanhamento e um suporte para a formação prática do aluno, para já não falar da mediação da relação entre aluno e orientador e da inevitável avaliação...” (FG7:20).

No estudo desenvolvido por Sim-Sim *et al.* (2013), os estudantes inquiridos identificaram duas principais dimensões no papel docente em ensino clínico: *“(...) uma dimensão com conotação de papel pedagógico, na medida da orientação do professor como facilitador da carreira do estudante face à profissão que se avizinha; uma dimensão com conotação relacional, na medida das interações inerentes à comunicação professor-aluno nas tutorias”* (p.51). Por seu lado Carvalho, num estudo desenvolvido em 2003, porém com resultados bem atuais, identifica como dimensões do papel docente: demonstrar qual a atuação real; favorecer uma boa relação pedagógica, reconhecendo e valorizando o esforço do estudante; sugerir recursos alternativos; encorajar o estudante na autoformação; e manter uma relação de empatia com os diversos agentes formativos.

- Com os colegas (estudantes)

O papel dos colegas emergiu algumas vezes nas narrativas de docentes e discentes como um fator importante no desenvolvimento e socialização discente. Dependendo da dinâmica de cada grupo e do contexto onde o ensino clínico toma parte, este papel foi percebido como facilitador do seu desenvolvimento, mas também como inibidor do mesmo, como se pode inferir dos seguintes excertos:

“Eu neste momento tenho um grupo de alunos em ensino clínico num determinado sítio, e tenho uma experiência contrária à das minhas colegas: as relações entre estudantes são muito positivas. (...) Eles mobilizaram as suas diferenças de formação para colmatar as dificuldades e falhas que perceberam uns nos outros... e conseguiram...” (FG4:48).

(...) Fazer um estágio com os colegas permitiu-me ter contacto e ouvir um leque de experiências mais alargado e tomar contacto com um maior número de situações clínicas (...). Porém, não vou dizer que foi agradável estar num estágio em que éramos 10 alunos para um único orientador da escola... Se, como disse há ganhos, também há muitas perdas, especialmente em termos de disponibilidade do orientador para esclarecer dúvidas ou dar apoio no momento em que mais precisamos...” (EA2:81).

Apesar das relações entre estudantes poderem ser modeladas por lógicas de competição interpessoal, para alguns autores (Sim-Sim *et al.*, 2013; Serra, 2011; D’Espiney, 1997), as relações que ocorrem entre os estudantes – na figura do *buddy* – são bastante importantes porque, permitem desenvolver sistemas de suporte face a cenários geradores de insegurança ou emocionalmente intensos. O sentimento de isolamento ou abandono e o stresse por vezes sentido por alguns estudantes parece assim ser atenuado, em parte, por via da manutenção do contacto com os pares (Serra, 2011; Barroso, 2010; Rua, 2009; Martins, 2009; Fernandes, 2007). Neste âmbito, “partilha”, “segurança” e “ajuda” são termos comumente utilizados pelos estudantes para descrever a mais-valia que constitui para si a interação com os colegas em ensino clínico (Serra, 2011). Caires (2001), dando como exemplo os professores-estagiários, qualifica esta interação de “terapêutica”, “securizante” e facilitadora do “crescimento conjunto”, uma vez que a par das vivências, esta permite partilhar materiais e informação, bem como a troca de aprendizagens e impressões que os estudantes vão construindo acerca da “profissão real”, sendo estas fundamentais à sua “sobrevivência”, socialização e construção identitária. Assim, não obstante os professores e supervisores clínicos poderem constituir fontes de suporte, parece existir um nível de horizontalidade naquilo que é partilhado e que nunca pode ser atingido em plenitude “(...) *por alguém que não está no mesmo barco*” (Serra, 2011:241). Sob esta perspetiva, os colegas podem desempenhar a função de “espelho” ou de “referencial” na realização de determinada intervenção, constituindo-se como “(...) *primeiro passo de validação de uma intervenção antes de se recorrer às “fontes oficiais” e, como tal, (...) um primeiro filtro de erros, ditos, grosseiros*” (Idem), evitando assim que as questões da avaliação surjam como ameaça.

- Com os restantes elementos que compõem a equipa multidisciplinar

À semelhança de outras pesquisas (Souza *et al.*, 2015; Rua, 2009; Abreu, 2007; Spouse, 2001), os resultados da presente investigação mostram que os estudantes, para além de se relacionarem com o “seu enfermeiro supervisor”, com o “seu professor” e com os “seus utentes|famílias”, simultaneamente, vão desenvolvendo relações construtivas e realizando aprendizagens com outras forças socializadoras (Zeichner, 1979 citado por Contreras, 2002), isto é, com outros elementos da equipa multidisciplinar.

“Um dos aspetos positivos da prática, acho que é o contacto com a profissão real, com os diferentes grupos de trabalho, com os diferentes profissionais. Tudo isso é muito facilitador não só das aprendizagens mas também da socialização dos estudantes...” (FG3:1).

“Quando as equipas são abertas, acabamos por ganhar a confiança não só com aquela pessoa que está ali a orientar-nos mas também com a restante equipa. (...) os enfermeiros, e até alguns auxiliares, contavam comigo para as refeições e, no Natal, uma das enfermeiras até colocou o meu nome na lista dos enfermeiros que iriam ao jantar... Senti que a minha relação com aquela equipa, com os médicos, enfermeiros, auxiliares, fui muito para além do profissional...” (EA5:48).

Inspirados na teoria sociocultural de Vigotsky, e na teoria bioecológica de Brofenbrenner e Morris (1998), Abreu (2007) e Spouse (2001), consideram ser importante que no processo formativo seja dada atenção às atividades paralelas desenvolvidas pelo estudante independentemente de estas serem de natureza clínica, não clínica ou sociocultural. De acordo com os autores, para além de essas atividades poderem ser relevantes do ponto de vista científico, são úteis para a compreensão das interações complexas associadas à formação em contexto profissional, designadamente no que toca aos processos de socialização e aquisição da profissionalidade, na medida em que *“(...) as “trocas” simbólicas que aí se realizam são fundamentais para o desenvolvimento da sua auto-estima mas também do espírito crítico, da reflexão sobre as práticas ou do pensamento ético”* (Abreu, 2007:122).

Os indicadores que compõem a presente subcategoria podem ser observados na Tabela 36.

Estimula as relações interpessoais em contexto – Indicadores

- *Facilita o desenvolvimento da relação interpessoal com utente/família*
- *Possibilita a familiarização com os profissionais/equipa de Enfermagem*
- *Desenvolve competências de trabalho em equipa*
- *Propicia o estabelecimento de relações com diferentes tipologias de pessoas*
- *Proporciona aprendizagens/partilha entre pares (estudantes)*
- *Facilita o desenvolvimento de uma relação proximal entre estudante e supervisor*
- *Promove uma relação de proximidade entre estudante e professor*
- *Possibilita aprendizagens/familiarização com os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar*
- *Possibilita o estabelecimento de relações de confiança entre estudante e os diversos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem*
- *Contribui para a formação contínua dos profissionais dos contextos clínicos*
- *Facilita a reconfiguração das competências profissionais dos práticos*
- *Possibilita aprendizagens mútuas entre aluno e supervisor*

Tabela 36 - Subcategoria "*Estimula as relações interpessoais em contexto*".

Promove o desenvolvimento (profissional) do estudante

De acordo com ambos os grupos de sujeitos, apesar das diversas dificuldades e dos elevados níveis de exigência intrínsecos ao processo de ensino-aprendizagem em contexto de trabalho, a superação dos desafios e tarefas propostas pelo “mundo profissional”, é sentida pelos estudantes de um modo muito positivo e gratificante, cuja face mais visível parece ser o aumento da sua auto-estima.

“Apesar das inúmeras dificuldades sentidas pelos alunos durante o desenvolvimento dos estágios, uma das mais-valias da prática, visível principalmente nos últimos estágios do curso, é o extraordinário desenvolvimento profissional que observamos nos alunos... Eles próprios tornam-se mais auto-confiantes” (FG10:21).

“(...) No hospital X, quando fiz Medicina e Cirurgia, (...) esse foi o estágio mais difícil de todos. Foi com a enfermeira Maria... Foi muito pesado, muito trabalhoso, mas foi a melhor experiência que tive em termos de evolução profissional. Cresci imenso, eu senti isso e a orientadora e os enfermeiros do serviço também sentiram e estavam sempre a referir isso à medida que o estágio se aproximava do final e as palavras de encorajamento deles reforçavam a minha autoestima...” (EA11:50).

Pesem embora algumas dificuldades inerentes a esta etapa, são também múltiplos os ganhos. A par da aquisição e desenvolvimento de novas competências, a imersão nos contextos de prática profissional permite ao estudante perceber as suas limitações e|ou lacunas em termos de formação, quais as áreas que precisa explorar melhor, quais os pontos fortes e fracos ou, ainda, quais os comportamentos mais adequados a este “novo papel”. Em suma, o ensino clínico parece facilitar no estudante a tomada de consciência das suas necessidades de formação e evitar que este “dê passos maiores que as pernas”.

“É importante, acima de tudo, sermos capazes de ser conscientes das nossas capacidades e das nossas insuficiências e demonstrar que: “Ok, se calhar não tenho os conhecimentos

necessários para intervir em determinada situação; tenho ou não “bagagem”, para estar com quatro ou cinco clientes ou fico apenas com dois ou três”. Este tipo de raciocínios é importante e ajuda-nos a “não dar passos maiores que as pernas”...” (EA14:64).

Por sua vez, a tomada de consciência das necessidades de formação parece cultivar no estudante um desejo e necessidade intrínsecos de, gradualmente, ir aumentando a complexidade das intervenções que realiza, por forma a ultrapassar as suas dificuldades e dar uma resposta eficaz às diferentes situações com que é confrontado no seu quotidiano profissional.

“Em ensino Clínico, eles começam com uma pessoa, depois vamos complexificando à medida que eles vão dando resposta e aumentando o grau de complexidade das atividades que lhes são propostas... Também relativamente às patologias há uma gradação de dificuldade, portanto, acho que aprendem todas estas variáveis, mas sempre tendo esse cuidado de ir complexificando...” (FG5:54).

“(...) acho que a maneira como nós reagimos às dificuldades e como nós conseguimos ultrapassá-las, nos influencia e nos faz crescer profissionalmente!” (EA3:27).

Em linha com os resultados obtidos por Caires (2001), professores e estudantes, são unânimes no reconhecimento de que crescentes níveis de complexidade, bem como progressivos níveis de elaboração, integração e enquadramento da atuação, proporcionam motivação intrínseca e estimulam o estudante a investir no seu desenvolvimento profissional.

“(...) a mim dá-me gozo perceber que um aluno está motivado, que investe no estágio e dá tudo por tudo para saber mais e, realmente, sair bem preparado.” (FG7:17).

“(...) procurava estar sempre motivado para aprender e questionava sempre o orientador... (...) mostrava interesse, pois queria saber cada vez mais... Eu acho que a manifestação desse interesse e motivação acabou por originar no orientador uma motivação acrescida para me orientar e vice-versa...” (EA2:55).

Resultados semelhantes foram obtidos por Rua (2009). Segundo a autora, a motivação dos estudantes é na maioria dos casos intrínseca, sendo que os supervisores clínicos se socorrem da mesma, enquanto estratégia supervisiva, para levar o estudante a superar as suas dificuldades e a desenvolver-se em termos de autonomia.

Por último, e em congruência com as análises já formuladas anteriormente, atesta-se que a imersão nos contextos profissionais propicia a aquisição de responsabilidade profissional pelo estudante e, decorrente desta, a conquista do seu próprio espaço no seio da equipa multidisciplinar.

“(...) a Médico-cirúrgica, (...) acho que foi o grande estágio do curso, particularmente para mim... Eu senti, tanto a nível da orientação interna como externa, a responsabilidade que o ensino clínico nos transmitia, sentia a responsabilidade de ter doentes a meu cargo, da confiança que me era depositada, (...) da necessidade de ter um bom desempenho e conseguir ganhar o meu próprio espaço na equipa...” (EA1:38).

Segundo Kolb (1984 citado por Abreu, 1997), “(...) *perspetivar o desenvolvimento de competências no âmbito do processo de aprendizagem experiencial corresponde a adoptar uma perspectiva eclética sobre a profissão*” (p.152). Salientamos ainda a ideia de que as aprendizagens que têm lugar em ensino clínico, exigem a mobilização de uma diversidade de comportamentos sociais e profissionais e, como tal, implicam o estudante no seu todo: conhecimentos, atitudes, valores, a sua própria identidade, as relações e afetos e, também, a sua personalidade. Portanto, é na sinergia e conflitualidade presente entre estas dimensões de funcionamento do estudante, em interação com todo um conjunto de variáveis contextuais que o desenvolvimento profissional ocorre.

Terminada a apresentação|discussão da presente subcategoria, apresentam-se na Tabela 37 os indicadores que lhe deram origem.

Promove o desenvolvimento (profissional) do estudante - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Facilita o desenvolvimento profissional e global do aluno</i> • <i>Facilita a conscientização das suas necessidades de formação</i> • <i>Estimula o aluno a investir no seu desenvolvimento profissional</i> • <i>Possibilita uma aprendizagem gradual</i> • <i>Permite ganhar responsabilidade profissional</i> • <i>Possibilita aprender a ultrapassar dificuldades</i> • <i>Proporciona motivação</i> • <i>Permite aprender a “conquistar o seu espaço no seio da equipa multidisciplinar”</i>

Tabela 37 - Subcategoria "*Promove o desenvolvimento (profissional) do estudante*".

Em **síntese**, as opiniões de ambas as populações parecem salientar que as aprendizagens que têm lugar em contexto de trabalho, exigem a mobilização de uma diversidade de comportamentos sociais e profissionais e, como tal, implicam o estudante no seu todo: conhecimentos, atitudes, valores, a sua própria identidade, as relações e afetos e, também, a sua personalidade. O desenvolvimento do estudante em ordem à obtenção de conhecimentos e capacidades para ser profissional parece assim ocorrer na interação, na sinergia e na conflitualidade presente entre uma variedade grande de dimensões, nomeadamente as contextuais.

1.2.5 Facilita a tomada de consciência de si

A conceção da prática enquanto espaço facilitador do conhecimento de si é evidente quer nos discursos docentes quer discentes. De uma forma geral, os sujeitos referem-se às alterações induzidas pela imersão na prática, nomeadamente, no modo como os estudantes se percebem e descrevem a si mesmos e como perspetivam os outros e a profissão que estão prestes a abraçar, isto é, como tomam consciência da sua profissionalidade. Estes resultados vêm reforçar o pensamento de Ferry (1987), segundo o qual, a formação é um trabalho de cada um consigo próprio; não é uma preparação exclusiva para agir mas sim uma preparação para viver, como se pode inferir do conjunto dos indicadores que compõem as subcategorias que seguidamente se apresentam e analisam (Figura 22).

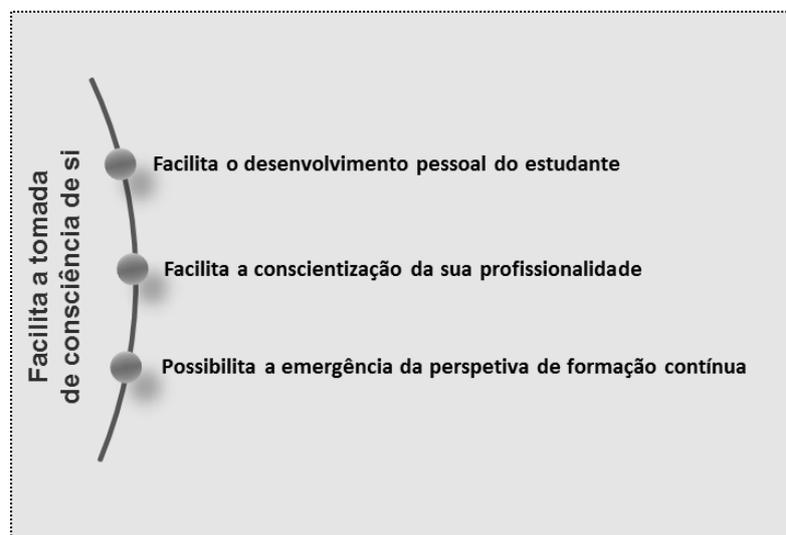


Figura 22 - Categoria "Facilita a tomada de consciência de si".

Facilita o desenvolvimento pessoal do estudante

A análise dos dados permitiu identificar que o contacto ativo com a prática profissional permite “*limar algumas arestas*” (EA5:29) da personalidade do estudante, constituindo-se, por isso, como momento de grande relevância para o seu desenvolvimento pessoal.

“Os estágios contribuem imenso para o desenvolvimento pessoal do aluno... Eles modificam-se bastante não apenas em termos profissionais mas, sobretudo, em termos pessoais... A diferença do início para o fim do curso é abismal!...” (FG10:20).

“(...) os estágios foram de facto as etapas do curso em que eu senti que me fui desenvolvendo pessoalmente e profissionalmente... Cada estágio, dadas as suas características, acabava por despertar em mim pensamentos, sentimentos e até emoções

que acabavam por me levar a modificar algumas das minhas características e também a minha forma de ver as coisas e até de me relacionar...” (EA1:11).

A suportar esta ideia, destacam-se algumas das expressões utilizadas pelos estudantes que fazem alusão a características pessoais que os próprios sentiram modificar-se no decurso das práticas clínicas e que contribuíram para o seu desenvolvimento pessoal, nomeadamente, a maturidade, a tenacidade, a perseverança, a criatividade, a proatividade e a capacidade de planeamento|gestão de tempo.

“(...) no último estágio já tinha uma maturidade diferente...” (EA1:22).

“(...) sempre tive esse pensamento: “Tinha que fazer as coisas bem!”. Se tinha sido bem-sucedida nos outros estágios, porque é que naquele não haveria de ser.” (EA9:40).

“(...) havia que estudar um bocadinho mais, porque sabia que tinha falhado na parte teórica, tinha que estudar um bocadinho mais, mas aquilo tinha que se fazer e bem feito!” (EA9:41).

“Não sei se isso [a falta de recursos] condicionou a minha aprendizagem, mas senti que me obrigou a ser mais criativo e a arranjar novas estratégias...” (EA7:29).

“Temos que querer aprender (...), temos que ser sempre proativos e não se acanhar, pois estamos lá [nos contextos de prática clínica] para aprender” (EA4:72).

“(...) nós evoluímos imenso quer em termos de planeamento quer de gestão do tempo...” (EA6:56).

Tais resultados encontram espelho nos trabalhos desenvolvidos por Dubar (1997). De acordo com o autor, a socialização profissional é um processo complexo, durante o qual os indivíduos se vão apropriando da cultura profissional dos grupos que integram, (re)construindo ou reconvertendo o seu “Eu profissional” e ganhando uma nova conceção do Eu e do mundo, ou seja, vão desenvolvendo gradualmente uma nova identidade.

Os professores possuem igualmente uma representação positiva da prática profissional e apontam-na com um espaço insubstituível no desenvolvimento pessoal do estudante. Fazem referência, por exemplo:

- à influência da prática profissional no desenvolvimento da capacidade de auto-crítica:

“(...) ele [estudante] como se conhece, começa a pôr-se muito mais em causa, começa a questionar-se (...) Eu noto, com o avançar dos estágios que o aluno olha para ele com a maior sentido de auto-crítica... Isso é especialmente visível nos momentos de avaliação, pois, por vezes, eles são mais exigentes consigo próprios, do que nós.” (FG7:81).

- ao contributo da prática profissional para o auto-conhecimento:

“(...) o que eu sinto é que os estágios não provocam apenas um maior amadurecimento, mas também um maior autoconhecimento e, conseqüentemente, maior segurança quer pessoal quer profissional.” (FG7:79).

- à possibilidade de retirar da prática profissional ensinamentos para a vida pessoal

“(...) às vezes, quando eles não gostam da área clínica do estágio, costumo dizer-lhes: “pelo menos este estágio foi útil num aspeto: quando forem pais, já sabem como cuidar dos vossos filhos e entendem melhor as vossas esposas quando estiverem grávidas!...”, portanto, nunca é nada desaproveitado. O que vocês aprendem é sempre bom para o vosso futuro, que mais não seja ao nível pessoal...” (FG8:75).

Da Tabela 38, constam os indicadores relativos à subcategoria antes discutida.

Facilita o desenvolvimento pessoal do estudante - Indicadores
• <i>Permite “limar arestas da personalidade do aluno”</i>
• <i>Possibilita o desenvolvimento do aluno enquanto pessoa</i>
• <i>Permite ganhar maturidade</i>
• <i>Exige ser pro-ativo</i>
• <i>Possibilita ganhar tenacidade perseverança</i>
• <i>Estimula a criatividade</i>
• <i>Facilita o desenvolvimento da auto-crítica</i>
• <i>Estimula a auto-conhecimento</i>
• <i>Permite retirar ensinamentos para a vida pessoal</i>

Tabela 38 - Subcategoria "Facilita o desenvolvimento pessoal do estudante".

Facilita a conscientização da sua profissionalidade

De entre as mais-valias dos ensinamentos clínicos evocadas pelos professores, sobressaem claramente aquelas que apontam para a importância da imersão do estudante em contexto profissional para que a sua singularidade profissional se possa manifestar ou, dito de outro modo, a sua profissionalidade se revele:

“(...) Nós somos uma profissão prática, portanto a nossa formação não pode dispensar nunca essa componente... Sem querer melindrar ninguém, mas é importante que nós docentes percebamos uma coisa essencial: É em estágio que os estudantes adquirem a profissionalidade, não é aqui na escola, pois é lá que a profissão real acontece...” (FG3:18)

Apesar de não existir qualquer dúvida acerca da importância da imersão na prática em contexto profissional para a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores necessários ao desempenho do futuro profissional, Rodrigues (2006) sublinha que o desenvolvimento de uma profissionalidade “profissional” requer, para além da imersão na prática, uma sólida fundamentação, baseada numa relação dialética entre o

conhecimento científico e uma prática reflexiva assente em critérios éticos e políticos, como de resto, temos vindo a demonstrar.

Ainda em termos de construção de profissionalidade, os resultados obtidos apontam no sentido de os contextos de prática profissional serem considerados um lugar e um tempo ímpares para que o estudante concretize aprendizagens de âmbito organizacional, nomeadamente, em termos de:

- organização dos cuidados de Enfermagem|gestão dos contextos

“Para mim a ida para estágio permite-lhes aprenderem tudo! As dinâmicas organizacionais próprias da instituição. A missão, as normas, os valores, a forma de gestão dos cuidados de Enfermagem, o tipo de relações entre os diversos grupos profissionais... aprendem tudo!...” (FG11:21).

- da compreensão e distinção entre intervenções interdependentes e autónomas

“Para além do já referido, penso que a prática é fundamental para que o aluno compreenda claramente, e saiba diferenciar, o que são as intervenções interdependentes, isto é, mais relacionadas com a prescrição de outros profissionais e o que são intervenções autónomas, que significa que são prescritas e executas apenas por enfermeiros...” (FG13:5).

- de conscientização acerca da organização e modo de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde

“(...) a imersão em ensino clínico tem a vantagem de o aluno perceber como está organizado e como funciona o Serviço Nacional de Saúde, em que se há-de incorporar quando acabar a sua formação, perceber quais são as suas opções em termos de áreas profissionais, (...), em contextos muito concretos.” (FG7:12).

Abreu (2007, 2001) sublinha que é em ensino clínico, no contacto com as culturas organizacionais e com as identidades individuais e coletivas (valores, crenças e diferentes padrões de comportamento), que o estudante de Enfermagem começa a construir representações, que lhe servirão de referenciais para o exercício, para o estabelecimento de relações com os demais atores e para a construção da sua identidade profissional.

Sem supresa e em sintonia com outros trabalhos desenvolvidos na área da formação em Enfermagem (Rua, 2009; Martins, 2009; Fernandes, 2007; Longo, 2005; Belo, 2003), os dados obtidos parecem autorizar-nos a inferir que o contacto com a prática profissional facilita a identificação com a profissão e a validação da escolha profissional efetuada,

“(...) a prática facilita, também, que o estudante perceba se esta área profissional que ele pretende desenvolver e continuar futuramente... Para mim, esta é também uma importante aquisição...” (FG9:27).

“(...) o primeiro estágio suscitou-me algumas dúvidas... Houve alturas em que eu pensava: “Será que vou ser capaz?! Será que vou ser um bom enfermeiro?! Será isto que eu quero para a minha vida profissional?” (EA2:35).

bem como, a orientação vocacional face a uma possível especialização em Enfermagem no futuro:

“(...) No último estágio, alguns alunos até verbalizam se gostam ou não da área clínica e outros que já estão mais conscientes da profissão até falam de uma possível área de opção em termos de futura especialização...” (FG11:62).

“(...) nós, a partir de certa altura pensamos: “O que é que eu realmente gosto?!”, à medida que vamos experienciando as diversas áreas clínicas, vamos até fazendo projeções futuras em relação a uma especialidade, se calhar gosto mais desta área, ou se calhar é mais daquela...” (EA7:45).

A Tabela 39, mostra os diversos indicadores relativos à subcategoria debatida.

Facilita a conscientização da sua profissionalidade - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Facilita a aprendizagem de modelos de gestão/organização dos contextos</i> • <i>Permite a conscientização do Sistema Nacional de Saúde e do seu modo de funcionamento</i> • <i>Facilita o desenvolvimento da profissionalidade</i> • <i>Facilita a orientação vocacional face a uma futura especialização</i> • <i>Facilita a emergência da singularidade profissional</i> • <i>Facilita o esclarecimento acerca da opção profissional tomada</i> • <i>Facilita a aprendizagem das intervenções interdependentes</i>

Tabela 39 - Subcategoria "Facilita a conscientização da sua profissionalidade".

Possibilita a emergência da perspetiva de formação contínua

Como temos vindo a defender, o estágio é sem dúvida um espaço-tempo fundamental na formação do estudante. É nos estágios que ele tem oportunidade de mobilizar e pôr em prática os conhecimentos adquiridos previamente. Porém, nem sempre o conhecimento adquirido na escola parece ser suficiente no sentido de desenvolver competências e criar a auto-confiança necessária a uma prestação de cuidados eficaz e segura, exigindo do estudante, muita pesquisa e uma permanente procura de informação, para além do horário formal do ensino clínico, criando um terreno favorável à perceção de que a sua futura profissão exige uma permanente atualização de conhecimentos e práticas.

(...) o ensino clínico obriga-os a estar em permanente pesquisa... obriga a que haja muito trabalho autónomo, muito estudo... O próprio aluno manifesta muito maior responsabilidade, ele próprio sente a responsabilidade de ir procurar os conhecimentos necessários para que possa responder às situações com eficácia...” (FG9:77).

“(...) foi quase transversal a todos os ensinamentos clínicos, uns mais que outros, sem dúvida, mas senti isso, principalmente na médico-cirúrgica: não havia resposta pronta às minhas dúvidas, todos os dias tinha que ir para casa pesquisar alguma coisa acerca das patologias, da medicação ou outra coisa qualquer, pois, os turnos eram de tal modo intensos que não havia espaço para fazer pesquisas, apesar de existir internet no serviço...” (EA1:71).

Por outro lado, os participantes referem que, dado o carácter intensivo do estágio, a realização de trabalho autónomo, exige uma grande disposição pessoal por parte do estudante, nomeadamente, capacidade de entrega, motivação e implicação no ensino clínico, preparando-o para uma perspetiva de necessidade de aprendizagem ao longo de toda a vida profissional futura, como se pode constatar nas seguintes asserções:

“(...) a capacidade de entrega tem a ver... tem a ver com o interesse, com a motivação, de quererem pesquisar, de serem capazes de desenvolver trabalho autónomo, conforme as múltiplas intervenções que vão encontrar em cada ensino clínico. Em estágio, eles sentem a necessidade de pesquisar autonomamente, pois a escola apenas lhes dá as bases, só as bases!...” (FG8:81).

“Eu sempre tive essa curiosidade e penso que um aluno de Enfermagem deve estar implicado e ter curiosidade acerca dos fenómenos da saúde e da doença... Eu sempre quis saber mais e mais e mais... Nunca gostei daqueles professores que davam a matéria “pela rama”... Às vezes até me questionava: “Mas será que não têm curiosidade por saber isto profundamente... São professores, deveriam sentir esse dever!...” (EA9:26).

Para os professores a “obrigatoriedade de manutenção do conhecimento teórico em dia” apela à emergência da perspetiva de formação contínua e à ideia do estudante como *lifelong learner*, conforme preconiza o Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida, publicado pela Comissão das Comunidades Europeias em 2000.

“Ir para estágio, para a prática, exige do aluno a obrigatoriedade de manutenção do “conhecimento teórico sempre em dia”, caso contrário, ele [estudante] não conseguirá dar resposta às diversas situações com que se defronta durante um turno... Por outro lado, essa é a realidade que vai encontrar quando for profissional, vai ter de estar em constante formação pois, atualmente, as coisas mudam muito rapidamente e é preciso estar permanentemente actualizado, especialmente na área da saúde...” (FG9:78).

Na Tabela 40, encontram-se reunidos os indicadores que “deram corpo” à subcategoria analisada.

Possibilita a emergência da perspectiva de formação contínua - Indicadores

- *Exige trabalho autónomo/pesquisa*
 - *Exige implicação do aluno no processo de ensino aprendizagem*
 - *Exige muito estudo fora do estágio*
 - *Exige estar motivado para aprender*
 - *Estimula a curiosidade por saber mais*
 - *Estimula a necessidade de fundamentação da ação*
-

Tabela 40 - Subcategoria "*Possibilita a emergência da perspectiva de formação contínua*".

Em **síntese**, os sujeitos parecem atribuir à imersão nos contextos profissionais, as alterações verificadas no modo como os estudantes se percebem e descrevem a si próprios; como perspetivam os outros e, ainda, na forma como veem a sua futura profissão, criando um terreno favorável à reconstrução interpretativa da realidade e, por conseguinte, à (re)construção da sua profissionalidade no âmbito do paradigma da aprendizagem ao longo da vida.

2. ESTRATÉGIAS USADAS PROMOTORAS DE VALOR FORMATIVO ACRESCENTADO

Ao longo das entrevistas, docentes e discentes foram fornecendo diversos elementos que nos permitiram inferir algumas das estratégias formativas comumente usadas pelos professores de Enfermagem nos contextos profissionais, as quais julgam ser promotoras de valor formativo acrescentado. Vejamos em seguida o esquema matricial a que chegámos que mostra a organização desses elementos em categorias (Figura 23).

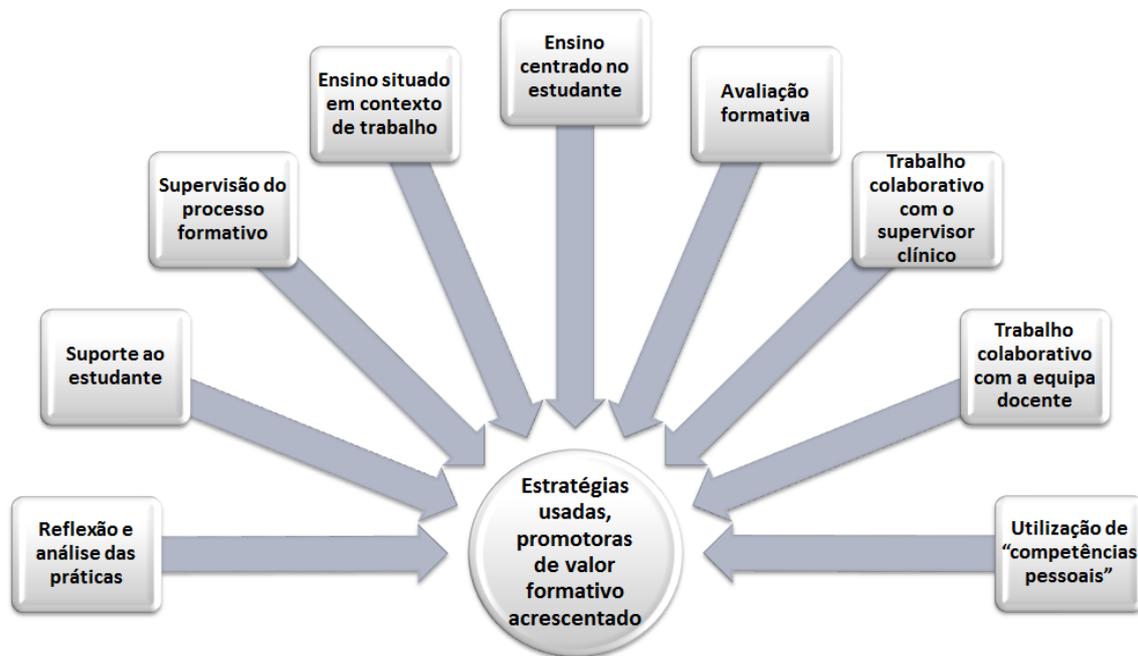


Figura 23 - Tema "*Estratégias usadas, promotoras de valor formativo acrescentado*"

Analisemos agora em pormenor (por categoria e subcategoria) cada uma das estratégias mencionadas pelos sujeitos do estudo.

2.1 Reflexão e análise das práticas

A preocupação docente em suscitar espaços reflexivos vocacionados para a apreciação e “análise das práticas ou do trabalho” (Altet, 2002a, 2002b, 2001, 2000; Perrenoud, 2004b, 2001, 1999; Beillerot, 2003; Robo 2002) e, em termos mais gerais, para a apreciação do desenvolvimento do estudante, é bem patente nos discursos docente e discente. São várias as referências que evidenciam que a reflexão e a análise das práticas não ocorre “espontaneamente” nem “no vazio”, pelo que, na sua prática quotidiana, os docentes se socorrem de uma multiplicidade de estratégias cuja finalidade última é induzir o estudante à reflexão e à formalização dos saberes adquiridos *in situ* com vista a facilitar a sua profissionalização. Entre as estratégias apontadas sobressaem,

nomeadamente, a criação de espaços individuais e coletivos de reflexão e análise das práticas; o recurso à escrita reflexiva; a solicitação de projetos de intervenção; a observação e execução com análise; a solicitação de relatos com análise ou, ainda, a investigação (Figura 24).

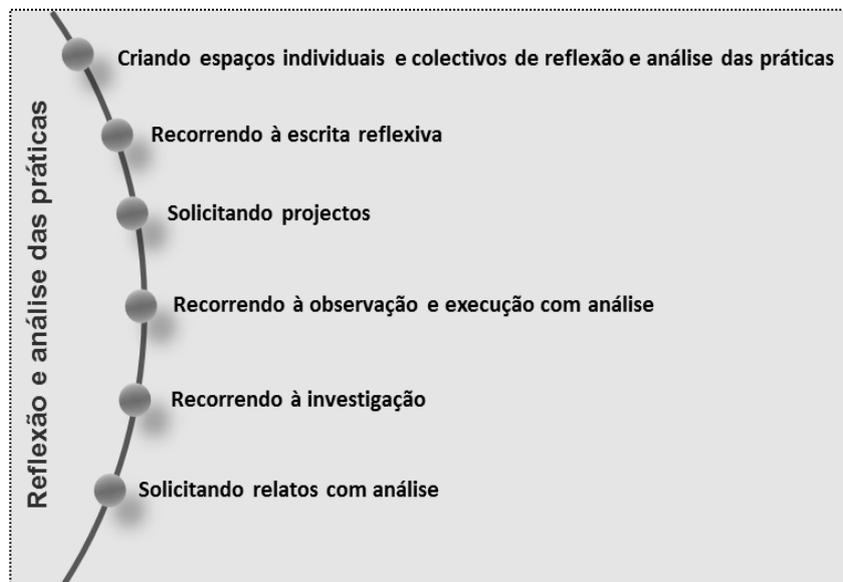


Figura 24- Categoria "Reflexão e análise das práticas"

Criando espaços individuais e coletivos de reflexão e análise das práticas

Da análise dos dados podemos inferir que os professores parecem situar-se no horizonte de uma educação problematizadora (Freire, 1996), convergindo os seus discursos na preocupação em proporcionar aos estudantes momentos individuais e coletivos de reflexão e análise das práticas.

“(...) nós temos muito a preocupação de os colocar [os estudantes] a pensar, a refletir, no que fizeram e o que vão fazer... Eu acredito que talvez eles, nesse percurso, consigam sistematizar mais esta relação entre o que faço, como faço e porquê... Sobretudo, nas intervenções em ensino clínico, eles aprendem muito, nesta dialética de ver, fazer e refletir...” (FG2:17).

“(...) os trabalhos pedidos pela escola e as reflexões orais que fazemos nos próprios locais de estágio, têm também um pouco essa função: ajudar-nos a refletir sobre as situações que apanhamos em estágio...” (EA6:24).

No mesmo sentido, os estudantes vêm salientar que os docentes em ensino clínico, não só estimulam a análise retrospectiva das atividades desenvolvidas e das principais dificuldades manifestadas por cada estudante como, simultaneamente, demonstram uma atitude prospetiva, antecipando cenários e discutindo antecipadamente os objetivos e as estratégias gizadas pelo estudante para os atingir.

“(...) no final de cada semana fazíamos uma espécie de balanço sobre aquilo que ainda tinha dúvidas, sobre as minhas dificuldades nalguma técnica, sobre algum problema relacionado com a integração no serviço e estabelecia os meus objetivos para a semana seguinte, fazíamos assim essas estratégias...” (EA7:10).

“(...) eles [professores] têm muita experiência e conseguem antecipar situações, conseguem criar cenários e “obrigar-nos” a refletir sobre os mesmos. Eu considero essa metodologia muito interessante, pois quando nos depararmos com esses cenários na realidade já estamos melhor preparados para os enfrentar...” (EA4:14).

No âmbito de um acompanhamento individualizado, os docentes enfatizam que procuram “trabalhar o erro” com cada estudante. Porém, não o fazem segundo uma lógica penalizadora, mas sim mediante uma pedagogia reflexiva e construtiva, promotora de aprendizagem e de desenvolvimento.

“(...) Quando vou visitar os estudantes e tive conhecimento de que algum aluno cometeu um erro, procuro sempre “trabalhar o erro”, isto é, fazer a análise do mesmo conjuntamente com o estudante, porém, nunca pela vertente penalizadora mas sim pela vertente pedagógica, através da análise e reflexão sobre a situação em si e possíveis causas, para que o estudante possa retirar aprendizagens da situação e desenvolver-se como futuro profissional ...” (FG5:20).

A investigação acerca dos erros cometidos por estudantes durante o *practicum* é escassa e incide essencialmente em procedimentos psicomotores e de medicação, sendo a sua incidência na aprendizagem ainda mais rara (Espada, 2013). Porém, o seu estudo, é recomendado por diversos autores (Espada, 2013; Harding & Patrick, 2008; Peterlini, Rocha, Kusahara & Pedreira, 2006) bem como por entidades como a OE (2006) e o ICN (2012), consideradas as implicações para a segurança do doente e o potencial de aprendizagem que encerra quer para os estudantes quer para os diversos agentes formativos envolvidos no ensino clínico.

Do ponto de vista coletivo, apesar de os docentes reconhecerem que nem sempre os estudantes lhes atribuem o devido valor pedagógico, parece ser unânime entre docentes e discentes, que as reuniões periódicas ao longo do ensino clínico constituem momentos fundamentais em termos reflexivos e de aprendizagem, uma vez que propiciam a reflexão conjunta (entre professores, supervisores e estudantes) sobre a ação.

“Nós durante os ensinamentos clínicos temos esse aspeto muito positivo [pedagogia de proximidade] (...) temos, no mínimo três momentos altos de reflexão, no qual estão presentes, os docentes, os orientadores e os estudantes (...) são fundamentais no processo reflexivo sobre a ação e estratégicos, enquanto espaço de sistematização das aprendizagens realizadas em ensino clínico...” (FG7:6).

“(...) Sempre gostei muito da troca de experiências na faculdade apesar de, às vezes, ser um bocado vago e de nem toda a gente poder falar, nem expor os trabalhos desenvolvidos de forma exaustiva, mas era um excelente momento de reflexão não só coletivo como individual, pois na segunda parte da reunião, cada aluno reunia com orientador do serviço e o professor da escola, precisamente para refletir e fazer o balanço do que estava a ser feito e como é que as coisas estavam a correr...” (EA4:16).

Das asserções anteriores transparecem conceções e práticas que aparentemente deixam de ser centradas apenas no professor e passam a ser centradas na participação e nas aprendizagens dos estudantes incentivando a sua capacidade auto-formativa e a assunção de responsabilidade pela sua própria aprendizagem numa atitude emancipatória. Neste âmbito, subjacente a estas perceções parecem estar modelos de formação conciliáveis com os modelos de formação centrados no processo e na análise de Ferry (1987) ou nos modos de trabalho pedagógico incitativo e apropriativo de Lesne (1994).

A Tabela 41, reúne os indicadores referentes à subcategoria discutida.

Criando espaços individuais e coletivos de reflexão e análise das práticas – Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Proporcionando momentos de reflexão e análise sobre as práticas</i>• <i>Fazendo reuniões ao longo do estágio com o objetivo de refletir individual e coletivamente acerca do mesmo (Professores – supervisores – alunos)</i>• <i>Refletindo retrospectivamente sobre as atividades desenvolvidas e dificuldades sentidas pelo estudante</i>• <i>Discutindo antecipadamente os objetivos e estratégias definidos pelo estudante</i>• <i>Antecipando situações cenários</i>• <i>Solicitando ao aluno para descrever as situações/práticas</i>• <i>Refletindo sobre “trabalhando o erro”</i>

Tabela 41 - Subcategoria "*Criando espaços individuais e coletivos de reflexão e análise das práticas*"

Recorrendo à escrita reflexiva

Colocar o estudante a falar do que aprende e, sobretudo, a escrever reflexivamente sobre o que aprende e como aprende em contexto clínico, parece constituir uma das principais estratégias formativas utilizadas pelos docentes.

“(...) os instrumentos podem ser múltiplos, mas no fundo visam atingir o mesmo fim, que é suscitar a reflexão e a aprendizagem por via cognitiva e metacognitiva em cada um dos alunos no respetivo ensino clínico...” (FG13:41).

Entre os instrumentos pedagógicos usualmente utilizadas para esse fim destacam-se:

- os episódios significativos

“(...) *Eu acho que os episódios significativos são muito úteis neste aspeto que estamos a discutir agora [as questões da autonomia profissional], eles conseguem distanciar-se e refletir e, quanto mais evoluem na sua formação mais profunda é essa reflexão...*” (FG1:22).

- as reflexões críticas escritas

“(...) *“obrigamos” os alunos, a pensar e a relatar por escrito aquilo que fazem, a fundamentar o que fazem, para ver se eles, por aí, também conseguem crescer um bocadinho e aprender algo mais (...), para mim as reflexões escritas são mais interessantes, pois o aluno não está sob o stresse de ter de responder de imediato e a coisa sai mais pensada...*” (FG10:19).

- os portfólios reflexivos

“(...) *utilizamos também os portfólios de estágio onde os alunos compilam todas as reflexões e trabalhos desenvolvidos ao longo do estágio... É um excelente instrumento pedagógico quer em termos reflexivos quer avaliativos...*” (FG6:55).

- os relatórios de estágio

“(...) *Para mim, os relatórios são excelentes, porque constituem um exercício reflexivo, retrospectivo, constituem um espelho do trabalho desenvolvido em estágio pelo aluno, são um excelente instrumento pedagógico...*” (FG8:9).

Qualquer um dos instrumentos antes discriminado constitui, na opinião docente, um elemento fundamental para a análise dos percursos de formação dos estudantes, na medida em que estes têm que escrever, explicar o que escrevem, refletir, integrar e relacionar informação, expor e expor-se revelando os seus erros, as tentativas falhadas, os medos, os constrangimentos, as limitações, os sonhos e desejos, possibilitando que o estudante tome consciência dos processos|acontecimentos e de si próprio nos mesmos (Abreu, 2007, 2001). Por outro lado, possibilitam que o professor aceda ao “(...) *modo como cada um se apropria do seu património vivencial*” (Nóvoa, 1988:14), isto é, à compreensão do modo como cada estudante se forma, das dimensões cognitiva e afetiva dos contextos de aprendizagem e da própria formação, processo que, na opinião de Malglaive (1995), se situa na história de vida de cada sujeito, como resultante dos processos de reapropriação, reflexão e conscientização.

Na Tabela 42, constam os indicadores relativos à subcategoria cuja discussão agora termina.

Recorrendo à escrita reflexiva - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proporcionando momentos de reflexão e análise sobre as práticas</i> • <i>Através da solicitação de episódios significativos</i> • <i>Através da solicitação de reflexões críticas escritas</i> • <i>Através da solicitação de portfólios reflexivos</i> • <i>Através da solicitação de relatórios de estágio</i> • <i>Utilizando diversos instrumentos teóricos promotores de reflexão</i>

Tabela 42 - Subcategoria "Recorrendo à escrita reflexiva"

Solicitando projetos

Um dos objetivos centrais do ensino clínico é ser um espaço de construção de aprendizagens significativas que assegure a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes que permitam ao futuro profissional de Enfermagem prestar cuidados de forma autónoma a pessoas|famílias|grupos ou comunidade ao longo de todo o ciclo vital. No sentido de atingir tal desiderato, frequentemente, os professores solicitam ao estudante a elaboração de objetivos para o ensino clínico, na medida em que esta prática facilita a orientação do estudante na escolha dos métodos, meios e estratégias a utilizar e, simultaneamente, ajuda professor e estudante a situarem-se em relação ao fim a atingir.

“Eu procuro sempre que os alunos estabeleçam os seus objetivos para o ensino clínico (...). Isso permite-lhes direccionar o seu investimento e seleccionar os programas comunitários por onde querem passar e saberem os recursos que vão necessitar. Por outro lado, permite-lhes a eles, e a nós também, perceber em que medida o estágio está a ser bem-sucedido ou não...” (FG4:32).

Parecendo haver da parte dos professores um pensamento arreigado sobre a necessidade de preparar o estudante para a complexidade, a diversidade e imprevisibilidade, outra estratégia formativa que, coerentemente, parece ser utilizada é a metodologia de trabalho de projeto.

“(...) após o tempo de integração, eles [estudantes] têm de organizar o seu projeto individual de estágio, mediante a metodologia de trabalho de projeto (...). A realização do trabalho de projeto obriga-os a focalizar-se e a perceber as condições dos contextos e a verificar, em cada etapa do estágio, se está mais perto ou mais longe de atingir aquilo a que se propôs inicialmente e a tomar decisões em consonância...” (FG13:21).

A metodologia de trabalho de projeto constitui atualmente um importante desafio ao sistema tradicional de ensino. Envolve os estudantes na identificação e resolução dos problemas|situações que dizem respeito aos próprios, promovendo a construção pessoal do saber de uma forma interativa, dinâmica, com autonomia e responsabilidade, passando o professor a ter um papel de facilitador-problematizador (Ruivo, Ferrito e

Nunes, 2010). Sob esta perspectiva, as concepções e práticas docentes evidenciam começar a deixar de estar centradas apenas no professor e passam a estar centradas na participação e nas aprendizagens do estudante num movimento de transição que parece estar a operar-se nos modelos de formação (Lopes *et al.*, 2013; Figueiredo, 2013; Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Davis *et al.*, 2005).

Na Tabela 43, podem ser observados os indicadores referentes à subcategoria analisada.

Solicitando projetos - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Solicitando a definição de objetivos de estágio</i> • <i>Solicitando projeto de estágio projetos de intervenção</i>

Tabela 43 - Subcategoria "*Solicitando projetos*"

Recorrendo à observação e execução com análise

Como ficou evidenciado na primeira parte deste trabalho, a função de enfermeiro é demasiado complexa para ser apreendida de uma só vez, em exterioridade relativamente aos contextos concretos de intervenção, e em antecipação, relativamente à prática. Sob este prisma, a observação e execução com análise em contexto clínico emergem das narrativas de professores e estudantes como práticas formativas de eleição, na medida em que implicam o estudante no processo de ensino-aprendizagem, tornando-o agente ativo e autor do seu próprio desenvolvimento. Entre as práticas referidas destacam-se:

- a aprendizagem baseada em problemas (PBL)

“(...) tenho procurado, em estágio, pegar em situações clínicas reais e trabalhá-las na perspetiva da aprendizagem por problemas, o chamado PBL... Tem sido mesmo muito gratificante, sinto que os estudantes se envolvem muito mais com o processo de ensino-aprendizagem e que aprendem com muito mais facilidade...” (FG10:80).

- os planos de cuidados

“Eles vão para ensino clínico, têm uma prática diária, e toda essa prática é desenvolvida com base em planos de cuidados personalizados para cada um dos doentes pelos quais eles são responsáveis. Esta estratégia tem-se revelado muito útil, pois os alunos ficam com um maior domínio sobre toda a problemática inerente ao doente...” (FG5:8).

“Nos estágios de médico-cirúrgica e de psiquiatria fartavam-se [os professores] de nos pedir planos de cuidados, dizendo que tínhamos que aprender a planear cuidados... Honestamente, no início detestei mas, com o tempo, fui percebendo que os planos de cuidados nos ajudam a sistematizar toda a informação relativa ao doente...” (EA9:4).

- a técnica do espelhamento

“(...) nas reuniões de estágio uma ferramenta que frequentemente uso é a técnica do espelhamento... Procuo sempre situações em que os alunos se retratem, e isso, a meu ver, tem sido muito útil para o seu crescimento profissional e até pessoal...” (FG12:6).

- os diagnósticos de situação

“No estágio de Saúde Comunitária, os estudantes têm que fazer um diagnóstico de situação, bem sustentado, bem contextualizado, para que consigam levantar diagnósticos de Enfermagem e agir...” (FG7:72).

Os resultados encontrados vão ao encontro de outros trabalhos desenvolvidos na área da formação inicial em Enfermagem. De acordo com estes, para que o estudante se aproprie de uma forma implicada dos saberes intrínsecos ao exercício profissional, é indispensável que ele tenha a oportunidade de explorar reflexivamente situações de cuidados, de trabalho e pedagógicas, de modo a permitir o desenvolvimento e o exercício cognitivo e metacognitivo sobre as situações|casos reais, possibilitando que passe da apreensão concreta de uma situação para a representação abstrata e conceptual da mesma (Rodrigues, 2007; Serra, 2007; Simões, 2004; Carvalhal, 2003; Martin, 1991). Na opinião de Rodrigues (2007), esta aproximação formação-trabalho poderia ser porventura a estratégia capaz de ultrapassar a crítica comumente feita às práticas formativas – a ausência de relação funcional entre teoria e prática.

Os indicadores referentes à subcategoria debatida estão reunidos na Tabela 44.

Recorrendo à observação e execução com análise - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Através de ensino simulado</i>• <i>Utilizando a técnica da aprendizagem baseada em problemas</i>• <i>Através da solicitação de planos de cuidados</i>• <i>Recorrendo à técnica do espelhamento</i>• <i>Através da solicitação de diagnósticos de situação</i>

Tabela 44 - Subcategoria "*Recorrendo à observação e execução com a análise*"

Recorrendo à investigação

O recurso à investigação operacionalizada mediante a realização de estudos de caso pelos estudantes, é apontado pelos professores como uma estratégia formativa facilitadora não só do aprofundamento do conhecimento acerca de cada caso|situação mas, também, da aquisição de uma lógica interdisciplinar e da visão holística que, posteriormente, se manifestará numa tomada de decisão e ação sustentadas.

“(…) nos estágios do segundo ano, recorreremos comumente aos estudos de caso para que eles [estudantes] aprendam e entendam os casos e as situações de modo mais profundo, isto é, para que eles consigam integrar todas as vertentes inerentes ao doente numa lógica interdisciplinar, a tal visão holística: compreender o doente enquanto pessoa; compreender as patologias de que essa pessoa padece; saber que medicação faz e porque faz, etc..., etc...” (FG13:40).

Dado o caráter altamente constextualizado da atividade de Enfermagem, o estudo de caso, enquanto estratégia investigativa, evidencia-se como uma ferramenta fundamental para o professor, na medida em que o desenvolvimento do mesmo, implica sempre uma teorização que visa dar visibilidade ao conhecimento que dele emerge. Para Shulman (1986), os casos só são casos (e não meros episódios) porque representam algo que pode ser teorizado, isto é, explicado, interpretado, discutido, dissecado e reconstruído, assumindo por isso um valor epistémico.

Ainda que timidamente e à semelhança dos resultados obtidos em outras pesquisas (Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011), verifica-se que começam a surgir modalidades formativas de pendor construtivista, inseridas numa lógica da formação pela investigação a partir das situações de trabalho, que promovem a participação dos estudantes e proporcionam maior eficácia nas aprendizagens.

“(…) o uso das mais diversas metodologias investigativas tem também sido objeto da nossa própria reflexão, enquanto docentes... Atualmente, no âmbito da Disciplina de Investigação, os alunos vão sendo introduzidos nas metodologias de investigação e, na fase final, que coincide com o 4º ano, os alunos vão para o terreno e fazem investigação de campo... A utilização desta estratégia, apesar de estar numa fase muito inicial, tem sido muito gratificante para os alunos e para nós, começa a dar-nos algumas pistas que nos permitem ajustar a nossa ação...” (FG6:56).

A ideia de aprendizagem, enquanto investigação, identificação e procura de soluções para os problemas parece repor, não apenas uma atitude cientificamente mais rigorosa, mas também o esforço docente de ultrapassagem das perspetivas de racionalidade técnica. Deixa ainda perceber, o reconhecimento do valor da reflexão sobre as práticas desenvolvidas, avaliadas e continuamente reafirmadas e do conhecimento que, nessa reflexão, emerge da própria ação (Schön, 1987, 1983). Neste âmbito, se pudermos associar ao conhecimento prático, o conhecimento proposicional que permite enquadrá-lo e situá-lo, a situação de investigação em contexto de trabalho, suscitada pelo desejo de cada professor em melhor compreender os fenómenos com que lida no seu quotidiano profissional, assume-se como possibilidade da articulação entre teoria – prática – teoria, como um *contínuum* que interliga as especificidades de cada tipo de

conhecimento num todo integrado, no qual, cada uma das dimensões do saber nutre recursivamente a outra (Rodrigues, 2006; Tavares, 2003; Sá-Chaves, 2000; Alarcão, 1996).

Na Tabela 45, encontram-se reunidos os indicadores referentes a esta subcategoria.

Recorrendo à investigação - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Solicitando estudos de caso</i>• <i>Fazendo investigação de campo</i>

Tabela 45 - Subcategoria "Recorrendo à investigação"

Solicitando relatos orais com análise

Da análise dos dados pode inferir-se que outra estratégia formativa comumente utilizada pelos docentes em contexto clínico, como forma de aceder “ao que está dentro da cabeça do estudante”, são os relatos orais com análise, que se consubstanciam nomeadamente através de:

- reflexões orais

“(...) em ensino clínico nós costumamos usar muito a reflexão oral... Reunimos com o estudante e em conversa, fazemo-lo refletir sobre as diversas questões da prática, estejam elas relacionadas com aspetos mais teóricos ou mais práticos, aspetos mais instrumentais ou relacionais ou até éticos...” (FG5:12).

- descrição oral e análise de situações|práticas

“(...) muitas vezes, os professores pediam-me para descrever como é que tínhamos feito determinada técnica ou como é que tinha abordado o utente ou a família... É muito comum eles pedirem-nos para descrever as situações e fundamentá-las...”(EA4:5).

- passagem de turno

“(...) volto a frisar, é necessário que a prática seja refletida (...) mesmo que seja durante os momentos de passagem de turno, a designada formação “on job”... até porque se trata de um momento fulcral que não pode continuar a ser feito como se de um ritual se tratasse. Para mim trata-se de um momento nobre para a aprendizagem dos estudantes, e até mesmo para os próprios profissionais...” (FG6:4).

Os relatos orais com análise inserem-se assim, numa estratégia de formação cujo objetivo prioritário é a aquisição, não de um “saber feito”, mas da capacidade de saber analisar, isto é, de “produção de sentido” e de “abertura ao agir” ultrapassando o simples conhecimento. Neste âmbito, os relatos orais com análise facultam ao professor

uma representação não só do percurso de apropriação de conhecimentos|situações mas, igualmente, sobre a forma como estes se interligam com a capacidade de o estudante “se obrigar a distanciar-se” relativamente a essas situações e de “analisar as suas próprias reações” expressando os seus pensamentos e sentimentos (Ferry 1987 citado por Rodrigues, 2006:117). Esta perspetiva foi bem manifesta pelos estudantes durante as entrevistas, nas quais a morte, a dor, o sofrimento, a doença crónica, as carências sociais e alguns problemas decorrentes das próprias dinâmicas do ensino clínico, foram sobejamente abordadas, evidenciado a intensidade com que foram vividas.

A Tabela 46, compreende os indicadores acabados de analisar e que, no seu conjunto, “deram forma” à presente subcategoria.

Solicitando relatos com análise - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Solicitando reflexões orais</i> • <i>Descrição e análise de situações práticas</i> • <i>Solicitando diários de aprendizagem</i> • <i>Utilizando a passagem de turno</i>

Tabela 46 - Subcategoria "*Solicitando relatos orais com análise*"

Em **síntese**, de acordo com os professores e os estudantes ouvidos, o valor formativo da prática parece estar intrinsecamente ligado ao tipo de estratégias formativas utilizadas no *practicum*, pelo que o recurso à reflexão e a análise das práticas com vista à formalização dos saberes pelo estudante parece ser uma prática frequente. Evidencia-se ainda, que a utilidade desta estratégia formativa parece ser dupla: aos estudantes possibilita a reflexão e a análise das situações profissionais experimentadas e a passagem da apreensão concreta a uma representação abstrata e conceptual da mesma, bem como o desenvolvimento do autoconhecimento e a definição da sua identidade profissional; aos professores (e aos supervisores), permite conhecer o processo evolutivo de aprendizagem do estudante e validar o grau de consecução dos objetivos|competências a atingir e também da congruência destes relativamente às finalidades da formação. Salienta-se ainda, a importância formativa de alguns dos instrumentos apresentados sobre a co-aprendizagem (entre estudantes), ao partilhar e debater as experiências vividas.

2.2 Suporte ao estudante

Não esquecendo que o estudante deve ter uma papel ativo e central no seu processo de aprendizagem, este parece poder ser facilitado por via de um acompanhamento sistemático e do estabelecimento de um ambiente afetivo-relacional positivo entre professor e estudante. Neste âmbito, o suporte emocional e técnico emergem das narrativas dos sujeitos como ferramentas fundamentais na facilitação do acesso a diferentes informações e interpretações da experiência; da utilização de estratégias e procedimentos que possibilitam aprender a aprender e, ainda, da clarificação das experiências e atribuição de significados. A comprovar esta inferência estão as subcategorias que dão evidência ao papel docente no suporte ao estudante durante os períodos de prática clínica (Figura 25).

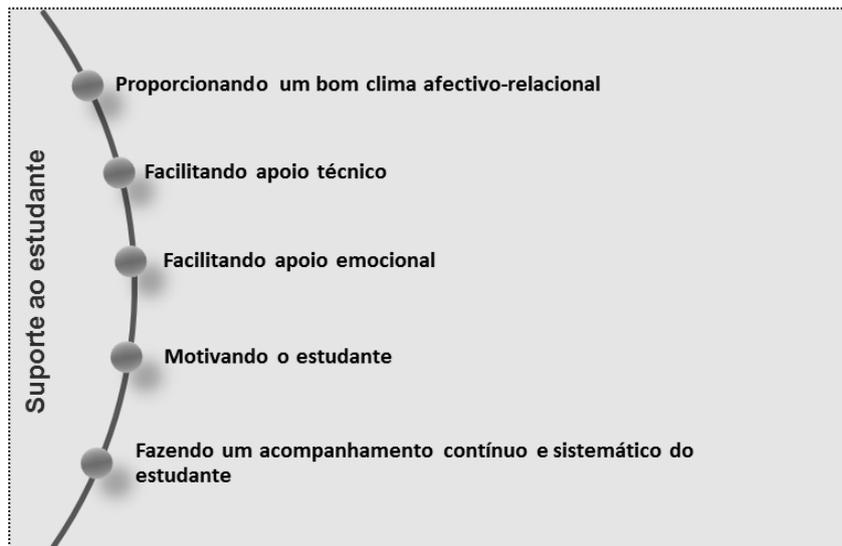


Figura 25 - Categoria "Suporte ao estudante"

Proporcionando um bom clima afetivo-relacional

À semelhança do referido relativamente à relação entre supervisor clínico e estudante, para que o processo supervisiivo se desenrole nas melhores condições e a aprendizagem seja profícua, torna-se necessário suscitar uma atmosfera afetivo-relacional positiva entre professor e estudante. Para que tal ocorra, parece ser fundamental propiciar algumas condições básicas, como por exemplo:

- visitar regularmente os alunos nos locais de estágio

“(...) durante as visitas dos professores ao Hospital ou ao Centro de Saúde, eu sempre senti que eles estavam mais abertos a ouvir-nos e a apoiar-nos... Ficavam lá o tempo que fosse

preciso, e iam lá as vezes que fossem precisas para nos esclarecerem todas as dúvidas que tivéssemos...” (EA6:17).

- proporcionar um clima de abertura|proximidade|confiança

“Não é sermos o amigo número um, mas que eles [estudantes] sintam abertura e confiança (...), acho que é importante em estágio que eles se sintam à vontade para questionar e colocar todas as suas dúvidas, pois de outro modo, não conseguimos perceber o que eles sabem (ou não sabem) exatamente...” (FG3:10).

- proporcionar uma atmosfera favorável à aprendizagem

“(...) acima de tudo, o papel da equipa docente é estar o mais próximo do aluno para tentar proporcionar-lhe um clima favorável de aprendizagem, captando, através do ensino clínico, algo... algo que esteja menos bem, que possa ser resolúvel em tempo útil, para que a aluno consiga chegar ao fim do ensino clínico com êxito” (FG9:55).

- desenvolver um ensino o mais personalizado|individualizado possível

“Os estudantes não são todos iguais, são diferentes e os orientadores sejam eles professores ou enfermeiros do terreno, também têm características distintas e formas diferentes de ver a supervisão... Eu tive uma situação difícil, de erro terapêutico com um aluno e, com outro, ocorreu um problema relacional... Ora, estas duas situações são distintas por natureza, logo, têm de ser tratadas de forma distinta também... Isto é só um exemplo, portanto, estas coisas têm que ser vistas situação a situação, caso a caso...tem que ser individualizadas...” (FG1:57).

Face aos resultados obtidos, e como sugerem Alarcão e Tavares (2003), parece-nos necessário desfazer toda uma série de preconceitos e até alguns mitos que se foram desenvolvendo e alimentando, ao longo do tempo, em torno do estatuto e do relacionamento entre professor e estudante, nomeadamente, ideias como: “*superior-inferior, independente-subordinado; professor-aluno; avaliador-avaliado; fiscal-fiscalizado, etc.*” (p.62). É ainda necessário ter em conta que os estudantes são diferentes e que a relação e comunicação que cada docente estabelece com cada um dos estudantes em ensino clínico deve ser única, isto, no respeito por cada estudante, rejeitando padrões standartizados (Sim-Sim *et al.*, 2013).

Na Tabela 47, Apresentam-se os indicadores relativos à subcategoria acabada de analisar.

Proporcionando um bom clima afetivo-relacional - Indicadores

- Visitando regularmente os alunos nos locais de estágio
- Fazendo tutorias
- Personalizando/individualizando o apoio
- Proporcionando um clima favorável à aprendizagem
- Proporcionando um clima de abertura/proximidade/confiança

Tabela 47 - Subcategoria "Proporcionando um bom clima afetivo-relacional"

Facilitando apoio técnico

O apoio técnico, considerado como um conjunto de disposições que se materializam em atividades assistenciais em termos organizativos, instrumentais ou de cedência e intercâmbio de informação (Ramos, 2003; Abreu, 2001), foi destacado por professores e estudantes, não apenas como elemento relevante no processo de interação entre ambos os atores, mas também enquanto contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante.

“Durante os ensinamentos clínicos aquilo que eu faço é essencialmente dar apoio técnico aos estudantes... É muito importante que eles se sintam apoiados, especialmente em fases críticas como, por exemplo, o final do curso.” (FG10:35).

“(...) para o bem e para o mal, senti que tive um apoio total dos professores... Se tivesse dúvidas, mesmo que fossem 2 da manhã, eu mandava um e-mail e às 2:15 horas já tinha resposta... Isto aconteceu várias vezes...” (EA1:10).

Em algumas passagens dos discursos docentes e discentes é possível perceber o tipo de apoio técnico proporcionado pelos professores durante o *practicum*. Apresentam-se alguns exemplos:

- a disponibilização de informação teórica (sites, artigos, livros, revistas, ...)

“A professora, dava-me ânimo para eu não desistir, dava-me tudo o que eu precisasse em termos de informação teórica, indicava-me sites, artigos, revistas, livros...” (EA12:11).

- o fornecimento de “pistas”, exemplos práticos, ou recurso ao relato das suas próprias vivências profissionais

“(...) durante os estágios os professores dão-nos exemplos práticos e em algumas situações até nos contam casos por si vividos, (...) dão-nos pistas e algumas ferramentas para resolvermos as situações com que nos confrontamos no dia-a-dia nos serviços...” (FG3:3).

- o aconselhamento na tomada de decisão

“Nos estágios também damos conselhos aos alunos, especialmente em termos técnicos ou de execução: “Eu não utilizaria isso; eu faria desta ou daquela maneira...”. Quando estão

hesitantes, este tipo de ajudas pode marcar a diferença entre um bom e um não tão bom desempenho...” (FG3:21).

Para Boronat, Castaño e Ruiz (2005 citados por Sim-Sim *et al.*, 2013) faz parte integrante do trabalho supervisão docente a facilitação de fontes bibliográficas, documentais e a orientação de trabalhos. Ramos (2003), vai ainda mais longe e defende que o apoio técnico (instrumental), não pode ser descurado, tendo este um papel fundamental na formação clínica do estudante, na medida em que contribui para o desenvolvimento das suas competências, conhecimentos e atitudes.

Na Tabela 48, reúnem-se os indicadores relativos à subcategoria debatida.

Facilitando apoio técnico - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proporcionando apoio técnico ao estudante</i> • <i>Fornecendo exemplos práticos</i> • <i>Disponibilizando informação teórica ao aluno</i> • <i>Aconselhando o aluno na sua tomada de decisão</i>

Tabela 48 - Subcategoria "*Facilitando apoio técnico*"

Facilitando apoio emocional

Conforme adiante será evidenciado, o ensino clínico é um espaço-tempo de “forte trabalho emocional” para o estudante (Serra, 2011). Tal facto parece estar relacionado com o “caráter pesado” do ambiente clínico, porque lida com o sofrimento, a doença e a morte (Rua, 2009; D’Espiney, 1997); com as relações “nem sempre fáceis” com os supervisores clínicos e equipas de Enfermagem (Cunha *et al.*, 2010; Martins, 2009; Barroso, 2009; Simões *et al.*, 2008; Dixe, 2007; Longo, 2005; Simões, 2004; Fonseca, 2004; Belo, 2003; Carvalhal, 2003) ou, ainda, com as dificuldades de integração/adaptação às dinâmicas organizativas dos contextos (Fernandes, 2007; Mestrinho, 1997), entre outros fatores. Sob este prisma, o apoio emocional docente emerge das narrativas dos sujeitos como fundamental ao sucesso e “sobrevivência” do estudante ao ensino clínico.

“Quem acompanha o sofrimento dos alunos somos nós, logo somos nós que acabamos por ter que dar o suporte emocional que eles precisam, caso contrário, alguns deles não conseguem ter sucesso no estágio e outros podem mesmo desistir...” (FG2:26).

“Esse estágio foi o mais difícil para mim, eu estive mesmo para desistir. Não conseguia. Estava em pânico. Eu ia para lá todos os dias... chorava... andava em pânico. Se não fosse a professora da escola, tinha desistido, mas ela deu-me sempre muita força, muito apoio e encorajou-me a continuar...” (EA12:5).

Um grupo de docentes, quiçá influenciado pelas correntes rogerianas ou pela noção de “caring” de Collière (1989), sublinha a importância de cuidar do estudante em ensino clínico, comparando o fenómeno da orientação do estudante ao processo de cuidar em Enfermagem.

“Eu costumo dizer: nós, enquanto professores, temos que cuidar dos alunos, para que eles consigam cuidar, eles próprios, dos utentes e das famílias pelos quais são responsáveis durante os estágios.” (FG10:2).

No desenvolvimento das suas narrativas, professores e estudantes deixaram transparecer algumas das formas de apoio emocional habitualmente utilizadas pelos docentes:

- ouvindo o estudante

“(...) de facto, pareceu-me pertinente e útil predispor-me a ouvi-la, senti que isso teve um grande efeito na aluna... e para mim também foi bom essa partilha, pois fiquei a conhecer a aluna muito melhor e com a sensação de “dever cumprido...” (FG3:40)

- ajudando a “superar medos e receios”

“(...) o medo, o receio, a insegurança, que os alunos sentem, quando iniciam a atividade na prática clínica, tem que ser muito bem apoiado por nós, para que eles consigam focalizar-se nos propósitos do estágio e estejam psicologicamente disponíveis para os utentes e para aprenderem...” (FG9:2).

- transmitindo calma|tranquilidade|segurança

“(...) o facto do orientador da escola estar ali e dizer-me: “Tem calma, porque não precisas de estudar tudo hoje, tens dias para faltar, tira um dia ou dois, fica em casa, pensa, dorme, chora, mas acalma-te e quando vieres, vens inteira, porque estas coisas fazem parte da vida das pessoas (tinha-me falecido um familiar muito próximo)... Isso não é motivo para tu abandonares o estágio, e deixares tudo para trás...”. Isto é muito tranquilizador, para o aluno e reforça a confiança no professor” (EA5:5).

- dando reforço positivo

“É sempre a minha grande preocupação, que a aprendizagem possa ser sentida pelo aluno de uma forma satisfatória e não muito punitiva, daí a importância que dou ao reforço positivo.” (FG10:14).

“Outro aspeto que eu penso ser muito importante durante os estágios é o reforço positivo, acho que isso é fundamental, (...) não digo que todos os professores o fizeram mas, a maioritaria fez e isso é muito importante para a nossa autoestima e crescimento profissional...” (EA3:15).

Os resultados obtidos vão ao encontro das conclusões de outros trabalhos desenvolvidos no âmbito da componente prática da formação inicial em Enfermagem (Sim-Sim *et al.*,

2013; Barroso, 2009; Simões, 2008; Fernandes, 2007; Carvalhal, 2003; Carvalho, 1996), segundo os quais, o tipo de relação que os professores estabelecem com os estudantes e profissionais do exercício, parece ser um fator decisivo na diminuição do stresse, medo e angústia no estudante. Relações de confiança, parecem assim fomentar a segurança, a auto-estima e o auto-conceito, aspetos estes, fundamentais para quem operacionaliza os passos da relação de ajuda.

Na Tabela 49, mostram-se os indicadores respeitantes a esta subcategoria.

Facilitando apoio emocional - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proporcionando apoio técnico ao estudante</i> • <i>Ouvindo o aluno</i> • <i>Fornecendo exemplos práticos</i> • <i>Disponibilizando informação teórica ao aluno</i> • <i>Visitando regularmente os alunos nos locais de estágio</i> • <i>Fazendo tutorias</i> • <i>Aconselhando o aluno na sua tomada de decisão</i>

Tabela 49 - Subcategoria "Facilitando apoio emocional"

Motivando o estudante

Das narrativas parece sobressair uma preocupação docente com os aspetos motivacionais do estudante, pelo que, aquando das tutorias em contexto clínico, os professores dizem ter esse aspeto em atenção e procurar estimular a implicação do estudante no processo formativo.

“(...) muitas das vezes, o que eu noto é que chego lá e eles estão um pouco desmotivados ou, às vezes, mais retraídos (...). Depois, porque cada vez me tenho vindo mais a preocupar mais com esses aspetos, através de conversas mais informais, que vamos tendo, eles ficam mais motivados e melhoram substancialmente quer o seu desempenho, quer a forma de justificar o que fazem...” (FG10:26).

No sentido de fomentar a motivação dos estudante, os professores evidenciam a importância do reforço da auto-estima do estudante, sobretudo naqueles casos em que, pelas mais diversas razões, esta “se encontra em baixo”.

“Naqueles casos que têm a auto-estima em baixo começo desde logo e de forma individualizada, por chamar-lhes à atenção para os aspetos positivos do seu desempenho e provar-lhes por “a mais b” o que fizeram de bem, para que eles se animem... Só no fim da conversa, e com calma, afloro as aspetos menos positivos do seu desempenho, tendo sempre o cuidado de apontar, desde logo, algumas estratégias para ultrapassar os aspetos menos positivos identificados... (FG7:40).

A preocupação docente relativamente aos processos de aprendizagem e aos estudantes, consubstanciada numa maior atenção relativamente aos aspetos motivacionais e de

desenvolvimento pessoal, parece convergir com o perfil de orientação pedagógica centrado no estudante e na aprendizagem, inscrito na tipificação desenvolvida por Almeida (2012). De acordo com a referida tipificação (que contempla três principais perfis: centrado em si, centrado em si e no ensino e centrado nos alunos e na aprendizagem, que no seu conjunto, procuram explicar as preocupações manifestas com o estudantes e a sua relação com os estádios de desenvolvimento profissional dos professores), o foco da preocupação dos professores parece residir na disponibilidade para os estudantes, procurando apoiar todos e cada um individualmente através de tutorias previamente agendadas ou extemporâneas.

A Tabela 50, reúne os indicadores referentes à subcategoria analisada.

Motivando o estudante - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Motivando o estudante a implicar-se no processo formativo</i>• <i>Estimulando a autoestima do aluno</i>

Tabela 50 - Subcategoria "Motivando o estudante"

Fazendo um acompanhamento contínuo e sistemático do estudante

Embora a literatura aponte o acompanhamento|supervisão docente como um dos “calcanhares de aquiles” da supervisão clínica na formação inicial em Enfermagem (Araújo *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2011; Cunha *et al.*, 2010; Simões *et al.*, 2008; Martins, 2009; Abreu, 2007; Dixe, 2007; Longo, 2005; Belo 2003; Fonseca, 2004; Carvalhal, 2003, outros), no presente trabalho, os professores não só reconhecem, como salientam, a importância de praticar uma orientação proximal e sistemática que transmita segurança ao estudante e estimule o desenvolvimento deste.

“Manter proximidade e demonstrar disponibilidade para fazer um acompanhamento sistemático dos alunos é fundamental para o seu normal desenvolvimento (...). Eles ficam muito mais seguros se o professor é uma pessoa próxima, se vai ao estágio regularmente e se mostra disponível para esclarecer as suas dúvidas ou, inclusive, apoiá-los em problemas de ordem pessoal...” (FG6:24).

Convergindo com o discurso docente, os estudantes valorizam o facto de terem tido sempre um acompanhamento contínuo e sistemático pelos respetivos professores durante os ensinamentos clínicos. Subjacente à construção de tal representação, parecem estar aspetos tais como:

- a disponibilidade manifestada pelo docente

“(...) de facto, houve alguns professores que contribuíram, uns mais que outros, para a minha aprendizagem, devido à disponibilidade manifestada. No meu caso concreto, a disponibilidade manifestada foi quase transversal em todos os estágios, a forma como se dispuseram a transmitir o seu saber e a esclarecer as minhas dúvidas, superou as minhas expectativas...” (EA1:16).

- o acompanhamento ser muito proximal

“Em termos dos orientadores da escola, em termos pessoais, sempre senti todo o apoio por parte da escola... Os professores fazem um acompanhamento muito apertado, mesmo não indo muito ao estágio, eles fazem-se sentir muito presentes por outras vias e não deixam nada ao acaso, controlam tudo, mas eu acho isso bem...” (EA5:32).

- a preocupação manifestada, não apenas com o estudante, mas com a “pessoa do estudante”

“(...) durante o estágio, o professor é a única pessoa que verdadeiramente se preocupa connosco, que nos liga, que aparece no local de estágio nas horas mais incríveis... Eles preocupam-se verdadeiramente connosco, não apenas como alunos mas também como pessoas...” (EA7:30).

- o interesse manifestado pelo desenvolvimento académico e pessoal do estudante

“(...) apesar de existirem orientadores dos locais de estágio interessados em nós, os professores são aqueles que verdadeiramente demonstram interesse pelo nosso desenvolvimento e crescimento enquanto alunos e futuros profissionais...” (EA14:13).

No que se refere ao envolvimento dos professores na componente clínica da formação inicial em Enfermagem, anuímos com Clifford (1993 citado por Abreu, 2007), ao defender que é importante contrariar a ideia de que a o papel do professor de Enfermagem tende a desaparecer, ao difundir-se a sua identidade na “pool” de docentes do ensino superior, como consequência do processo de universitarização. No sentido de contrariar tal prognóstico, pensamos ser necessário que os professores de Enfermagem se assumam como professores profissionais (Rodrigues, 2006), isto é, enquanto profissionais ativos, autónomos, pedagógica e politicamente responsáveis, capazes de agir deliberadamente, dando resposta não só às questões intrínsecas à atividade docente (no quadro do EEES) mas, igualmente, contribuindo para o desenvolvimento da Enfermagem como disciplina e profissão e, inclusivamente, do próprio Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A Tabela 51, congrega os indicadores relativos à subcategoria discutida.

Fazendo um acompanhamento contínuo e sistemático do estudante - Indicadores

- *Mostrando disponibilidade para orientar | supervisionar o estudante*
- *Demonstrando preocupação com os estudantes*
- *Demonstrando interesse pelo desenvolvimento do estudante*

Tabela 51 - Subcategoria "*Fazendo um acompanhamento contínuo e sistemático do estudante*"

Em **síntese**, um acompanhamento sistemático e um ambiente afetivo-relacional positivo entre professor e estudante em ensino clínico parecem ser fatores bastante valorizadas por estudantes e professores, designadamente, pela motivação que tal atmosfera proporciona. Por outro lado, o suporte técnico (cedência e|ou indicação de bibliografia; fornecimento de pistas e apoio na tomada de decisão) e emocional (demonstração de disponibilidade para ouvir; ajudar a superar medos e receios; transmissão de calma e tranquilidade e reforço positivo), são também apontados como ferramentas decisivas à “sobrevivência” do estudante ao ensino clínico e, conseqüentemente, ao seu sucesso acadêmico nesta componente formativa.

2.3 Supervisão do processo formativo

No âmbito do nosso estudo, os sujeitos, identificam um conjunto de atividades|tarefas, intrínsecas ao desempenho do papel docente, enquanto supervisor da instituição escolar, que encontram reflexo na literatura da especialidade (Sim-Sim *et al.*, 2013; Abreu, 2007, 2003, 2001; Nascimento, 2007). Numa perspectiva micro, fazem referência aos aspetos estritamente pedagógicos, relacionados com o planeamento e desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem e com o acompanhamento|monitorização das aprendizagens do estudante, bem como, à mediação docente da relação entre estudante|supervisor clínico|equipa de Enfermagem. A um nível mais macro referem-se, ainda, à atividade docente em termos de mediação da articulação interinstitucional (entre escola e contextos clínicos), como se pode constatar pelo conjunto das categorias inferidas, constantes da Figura 26.

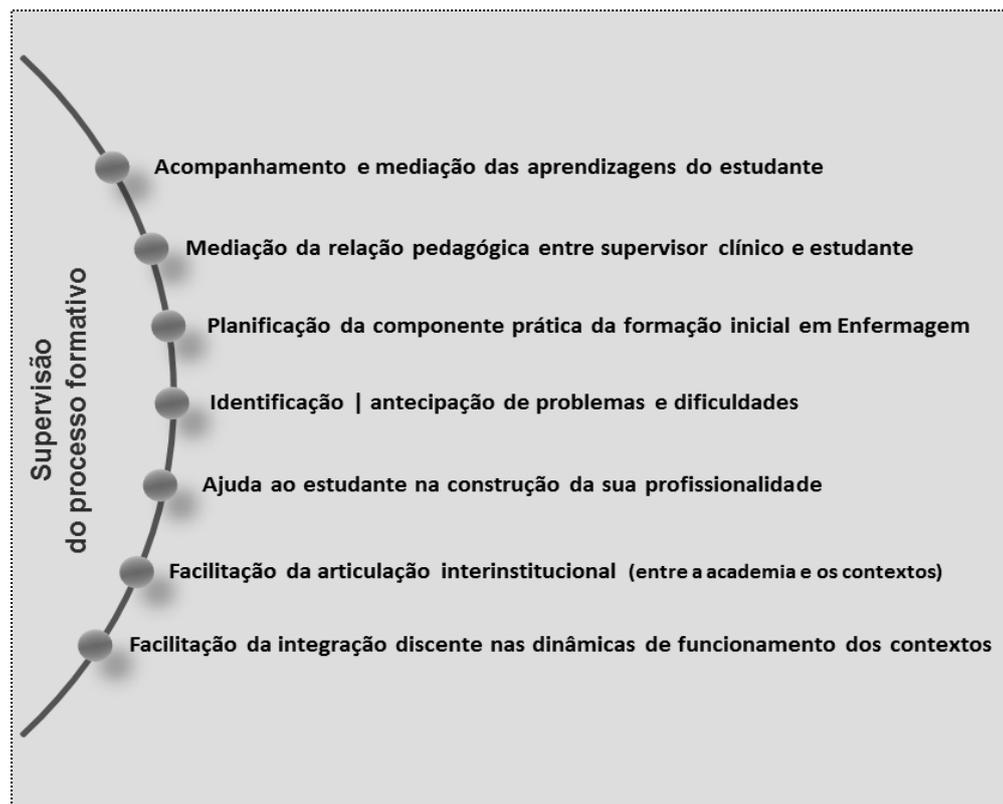


Figura 26 - Categoria "Supervisão do processo formativo"

Acompanhamento e mediação das aprendizagens do estudante

Os ensinamentos clínicos constituem uma experiência de grande relevância na formação inicial em Enfermagem. Tal aprendizagem será potenciada se o estudante ao longo do estágio tiver a perceção de orientação, apoio e incentivo por parte dos agentes educativos envolvidos (Abreu, 2007, 2001). Neste sentido a figura do professor, enquanto orientador|supervisor da instituição escolar, é legitimada por docentes e discentes como crucial ao desenvolvimento de competências, conhecimentos, valores e atitudes pelo estudante. Veja-se, a título de exemplo, uma afirmação de um grupo de docentes que fundamenta a ideia expressa anteriormente:

“Conforme há bocado estávamos a falar, eles [estudantes] são muito hesitantes, é preciso “fazer o caminho todo” com eles... Eles têm reacções e dúvidas do tipo: “E agora o que é que eu digo à senhora? Qual vai ser a reacção?”; “Então e depois mexo-lhe assim na mão? Então e ela não se vai incomodar?”. Todo este caminho relacional, técnico e até dos valores intrínsecos à ação, tem de ser feito com o professor ao lado... Nas primeiras vezes, tudo é feito connosco ao lado, conversando com o utente, vendo, fazendo...” (FG6:43).

A este propósito, Pires *et al.* (2004) referem que “A qualidade da supervisão disponibilizada pelos docentes 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” (p.5).

Concomitantemente ao reconhecimento da centralidade e responsabilidade docente pelo acompanhamento e supervisão do estudante em ensino clínico, os participantes referem-se a um conjunto de práticas que, no seu conjunto, poderão constituir um precioso contributo para desocultar o que faz e como faz o professor, no sentido de manter uma relação pedagógica construtiva e acompanhar e mediar as aprendizagens do estudante em ensino clínico. Entre as práticas referidas destacam-se, designadamente:

- o esclarecimento situado de dúvidas

“(...) na maioria das vezes, o professor ou o orientador apercebiam-se das minhas dúvidas e ali em plena situação, ou imediatamente a seguir, para que eu percebesse, questionavam-me sobre o que é que eu não tinha entendido e depois explicavam-me tudo direitinho...” (EA1:6).

- a adequação do processo formativo às circunstâncias

“Por vezes também acontece, por exemplo, um aluno não consegue ter um bom desempenho porque, no momento, houve alguma circunstância que o inibiu, falta de recursos materiais, dificuldade de gestão de tempo, receio de se expor... uma coisa qualquer... Nesses casos, procuro sempre encontrar alternativas e ajustar o processo formativo às situações com que nos vamos deparando...” (FG12:39).

- a transmissão de conhecimento prático e dos “truques” comumente utilizados

“A nível de orientador interno, orientador da escola, (...) todos, eram facilitadores da aprendizagem, porém os que exerciam tinham mais essa preocupação e ajudávamos na nossa aprendizagem prática, tinham até prazer em querer-nos transmitir o conhecimento prático que possuíam e ensinavam-nos aqueles “truques” que eles sabiam e que não vinham nos livros...” (EA14:6).

- a observação do estudante em ação

“Não construo uma ideia acerca do desempenho do aluno, só por aquilo que ele escreve nos instrumentos teóricos, ou por aquilo que o orientador me diz (...), mas também, por aquilo que eu tenho oportunidade de observar e, felizmente, nos últimos estágios em que participei, tive a oportunidade de estar no terreno durante bastante tempo e observá-los [os estudantes] durante a prestação de cuidados...” (FG7:33).

“Eu lembro-me de estar a punccionar um doente e, sem eu dar conta, subitamente tinha o professor Manuel, atrás de mim, a ver como é que eu estava a punccionar, deixou que eu punccionasse e só depois é que me disse: “Muito bem! Punccionou como se fosse um

profissional e respeitou os princípios que lhe foram ensinados na escola...”. Para mim apesar de estar ansiosa, foi uma coisa extraordinária.” (EA10:18).

- a partilha de experiências (algumas tidas enquanto enfermeiros)

“(…)[os professores] estavam ali para ensinar, partilhavam comigo os seus conhecimentos e até as experiências que tiveram quando eram enfermeiros da prática, não estavam ali naquela posição de constante avaliação. Não havia aquela separação entre professor e estudante. Em estágio, eu não senti tanto isso, senti mais na escola...” (EA13:3).

- o aumento progressivo da complexidade das tarefas solicitadas

“(…) no ensino clínico temos que ir trabalhando o estudante progressivamente. Inicialmente a minha preocupação é a integração e a dimensão da gestão de tempo e, depois, ao longo das semanas, vamos complexificando... Como disse a Lurdes há pouco, eles aprendem do mais simples para o mais complexo, pelo menos é assim que fazemos aqui nesta escola...” (FG5:18).

“(…) acho eu, que foi assim o método dela [professora]: primeiro procurou compreender como é que eu era e se podia ou não confiar em mim, perceber até que ponto podia confiar no meu trabalho. Depois, gradualmente, foi puxando por mim, fui fazendo coisas mais complicadas e foi-me dando autonomia para fazer aquilo que ela tinha a certeza que eu era capaz de fazer mesmo sem a sua supervisão...” (EA11:19).

De acordo com um dos estudantes entrevistados, alguns professores, no desempenho das suas funções enquanto supervisores clínicos, vão mais além e procuram não só que o estudante atinja os objetivos definidos para o respetivo ensino clínico, mas que os supere.

“Muitas vezes senti que o professor José, procurava não só que nós trabalhássemos e atingíssemos os objetivos de estágio, mas queria mais, queria que nós fôssemos além disso... Num dos estágios em que tive novamente esse professor como orientador percebi claramente que, para ele, o prazer de ensinar era conseguir que os alunos se superassem a si próprios...” (EA14:7).

A aprendizagem em ensino clínico é um processo que envolve pessoas e contextos em interação e ocorre na intercessão de três principais dimensões: a dimensão intencional (formação e desenvolvimento); a dimensão substantiva (compreensão do que acontece na prestação de cuidados|confirmar ou transformar a ação); e a dimensão interpessoal (comunicativa|relacional do tipo dialógico) (Alarcão, 2011). Face a tal complexidade, o professor enquanto profissional autónomo nos planos científico e pedagógico, tem um papel crucial quer na planificação do ensino clínico quer no que toca ao desenvolvimento e avaliação dos processos de ensino-aprendizagem, cujo fim último, será facilitar ao estudante as melhores oportunidades de desenvolvimento pessoal e

profissional (Soares *et al.*, 2014; Kristofferzon *et. al*, 2012; Löfmark *et. al*,2012; Abreu, 2007, 2003).

No sentido de poder oferecer uma leitura clara e integral dos indicadores que estiveram na origem da presente subcategoria, os mesmos apresentam-se de forma sistematiza na Tabela 52.

Acompanhamento e mediação das aprendizagens do estudante - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Praticando um acompanhamento contínuo e sistemático do aluno</i>• <i>Praticando um ensino presencial nos primeiros estágios</i>• <i>Proporcionando ao aluno uma autonomia gradual</i>• <i>Praticando um ensino prático individualizado/personalizado</i>• <i>Adequando o processo formativo às circunstâncias</i>• <i>Observando o aluno em ação</i>• <i>Proporcionando uma sólida preparação teórico-prática ao estudante</i>• <i>Praticando uma supervisão situada</i>• <i>Partilhando experiências</i>• <i>Transmitindo conhecimento prático</i>• <i>Ajudando o estudante a superar-se e a superar os objetivos definidos</i>

Tabela 52 - Subcategoria "*Acompanhamento e mediação das aprendizagens do estudante*"

Mediação da relação entre supervisor clínico e estudante

A componente prática da formação inicial em Enfermagem, tal como referido na primeira parte do estudo, envolve estudantes e docentes mas também enfermeiros da prática clínica onde decorrem os estágios, designados por orientadores, tutores, enfermeiros de referência ou supervisores clínicos. Estes enfermeiros, que no âmbito do nosso trabalho optámos por designar de supervisores clínicos, desempenham o papel de orientadores pedagógicos (figura criada pelo Decreto-Lei n.º 166 de 05/08/1992), tendo como missão a “(...) *orientação, monitorização e avaliação de estudantes em contexto clínico*” (Abreu, 2007:189), em colaboração com os docentes responsáveis pelo ensino clínico, perspectiva que pode ser corroborada nas palavras de um grupo de professores:

“(...) sendo os orientadores profissionais responsáveis, e estando a sua função plasmada nas suas competências, eles devem assumir a sua responsabilidade na condução do estágio, até porque esta “delegação de funções docentes” foi a única alternativa que nós tivemos após a passagem para o ensino superior e para o facto de não fazermos um ensino clínico presencial.” (FG12:58).

Um dos aspetos de suma importância em processos de supervisão prende-se com a capacidade dos atores comunicarem assertivamente (supervisor clínico e estudante), o que envolve a capacidade de transferir informação, ideias ou sentimentos, mas também a capacidade para trabalhar com “o outro”. Ora, neste capítulo, como vem sendo

evidenciado pela literatura, nem sempre as relações entre supervisor e supervisionado são pacíficas, emergindo algumas divergências (Araújo *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2010; Rua, 2009; Martins, 2009; Simões *et al.*, 2008; Fernandes, 2007; Dixe, 2007; Longo, 2005; Simões, 2004). Sob este prisma, os sujeitos parecem ter como expectativa acerca do papel docente, que este seja o “árbitro” e o mediador da relação entre estudante e supervisor. Veja-se, a título de exemplo, um excerto de uma narrativa discente:

“Nesse estágio quer a equipa quer a minha orientadora tinham comportamentos muito sui generis e pouco profissionais... No final do turno da manhã, eu não aguentei mais, telefonei à professora e desabafei com ela as situações que eu tinha presenciado... Isso deu a maior confusão... A professora Maria foi lá, foi falar com a chefe do serviço e depois, foi também à direção de Enfermagem do hospital... Foi uma situação mesmo muito complicada... Não sei o que ela fez, só sei, que graças à sua intervenção, fui para outro serviço onde fui muito bem recebida e acabei por fazer um excelente estágio...” (EA13:4).

Associado à questão anterior, professores e estudantes consideram que cabe ao professor exercer o papel de gestor de conflitos, como mostram as afirmações seguintes a este propósito:

“Quando a relação entre aluno e supervisor não funcionava, aí, realmente, tínhamos que interferir, tínhamos que perceber o problema... Se tinha a ver com o aluno não deter os conhecimentos necessários, se o aluno era pouco pró-ativo ou tinha características pessoais que influenciavam o clima do estágio ou, por outro lado, tinha a ver com as características do supervisor, se o problema era com o estudante, com os colegas, ou se era com a própria equipa... Em qualquer destes casos, nós intervínhamos e procurávamos fazer um pouco de gestão de conflitos...” (FG8:29).

“(...) a responsabilidade do professor-orientador, é uma responsabilidade muito de gestão, de gerir conflitos, de gerir relações entre o aluno e o orientador...” (EA2:21).

No que se refere ao trabalho com o estudante, Abreu (2007) baseado nos trabalhos de Hart e Rotem (1995), sublinha a importância da cooperação entre docentes e supervisores clínicos para o êxito do processo supervisionado. Em linha com os trabalhos mencionados, diversos autores (Macedo, 2012; Araújo *et al.*, 2012, Cunha *et al.*, 2010; Simões *et al.*, 2008) enfatizam nos seus estudos, que os estudantes verbalizam que uma presença docente mais constante e contínua em ensino clínico e uma relação mais efetiva entre docentes e enfermeiros supervisores são essenciais ao desenvolvimento de um ambiente de aprendizagem assertivo e estimulante.

Na Tabela 53, reúnem-se os indicadores relativos à subcategoria estudada.

Mediação da relação entre supervisor e estudante - Indicadores

- *Fazendo gestão de conflitos entre supervisor e aluno*
- *Delegando a supervisão do aluno no enfermeiro do contexto de trabalho*
- *Mediando | moderando a relação entre aluno e supervisor*

Tabela 53 - Subcategoria "*Mediação da relação entre supervisor e estudante*"

Planificação da componente prática da formação inicial em Enfermagem

O ensino clínico dada a sua importância em termos formativos e peso curricular, constitui um momento fundamental para o estudante mas também para a escola e respetivos docentes, pelo que deve ser preparado cuidadosamente, procurando sempre as melhores e consensuais soluções. Quiçá imbuídos de tais pensamentos, os estudantes sublinham a importância de uma boa preparação|planificação do ensino clínico.

“Eu acho que toda a preparação deve começar com a planificação curricular dos estágios (...). Um estágio bem planificado pelos professores e enfermeiros dos serviços, para além de evitar que algo corra menos bem, potencia o aprofundamento das aprendizagens para além dos objetivos definidos e, conseqüentemente, a autonomia do aluno.” (EA14:16).

Procurando objetivar o que entendem por uma boa planificação do ensino clínico, professores e estudantes identificam algumas atividades que os docentes necessitam de concretizar previamente ao início do ensino clínico, para que o mesmo decorra nas melhores condições possíveis. Entre as atividades referidas encontram-se:

- a atualização do regulamento do ensino clínico

“(...) os professores da nossa escola, após auscultarem os alunos do ano anterior, todos os anos introduzem algumas alterações no regulamento de estágio...” (EA14:14).

- a seleção dos contextos onde o ensino clínico tomará parte

“Quando começamos a planear um estágio temos que fazer uma seleção... Temos que ser criteriosos nos campos de estágio e nos doentes que escolhemos, sob pena de em alguns contextos as finalidades do estágio ficarem comprometidas...” (FG8:10).

No âmbito da seleção dos contextos, os professores particularizam a importância de serem preferidos contextos que possam proporcionar diversidade e riqueza de experiências clínicas, no sentido de promover um desenvolvimento mais amplo de conhecimentos e competências pelo estudante.

“(...) para mim, o importante é que na escolha dos locais de estágio os professores coordenadores tenham em atenção locais que propiciem condições e diversidade de situações clínicas que facilitem não apenas que o aluno tenha oportunidade de praticar

mas, também que o possa fazer no “seu tempo”, para que consiga interiorizar o que faz, porque faz e como faz...” (FG10:15).

- o contato com os contextos selecionados e a resolução de todos os aspetos burocráticos inerentes ao ensino clínico (*timings*; documentação a entregar ao orientador e chefia dos serviços; número de estudantes por contexto; tipo de acompanhamento|orientação; atividades académicas previstas durante o ensino clínico; formas de avaliação; etc.)

“[Os professores] têm também como função toda aquela parte burocrática do estágio: ir aos locais, estabelecer protocolos com a supervisão de Enfermagem dos sítios para onde vamos, combinar detalhes com as chefias dos serviços e, depois, no dia de início do estágio, ir connosco aos diversos locais e fazer a ponte com os orientadores...” (AE2:14).

- reunião com os docentes que vão colaborar na orientação|supervisão dos estudantes e fazer uma apresentação detalhada das instituições|contextos onde o ensino clínico se irá realizar

“Na reunião prévia ao estágio, eu tenho por hábito fazer uma breve síntese para os professores que vão orientar os alunos, acerca das diversas instituições e serviços onde os vamos colocar, nomeadamente em termos de acessos, da sua estrutura física, da cultura organizacional e da forma como gerem os cuidados, porque conheço muito bem as diversas organizações de saúde com as quais trabalhamos. Esta informação, segundo os colegas, tem-se revelado muito útil, sobretudo para aqueles que vão para determinada instituição pela primeira vez...” (FG1:38).

Como salienta Rodrigues (2007, 2006), face às exigências atuais de um ensino que se pretende superior, o ensino clínico não pode ser como antes, um espaço-tempo destinado a aplicar os saberes adquiridos previamente em contexto escolar (modelo de racionalidade técnica), mas sim, uma oportunidade única de produção de novos saberes, emergentes do confronto com as dificuldades reais da prática, às quais é atribuído um valor heurístico. A prática em contexto de trabalho emerge assim enquanto lugar de produção e de tomada de consciência de uma parte significativa dos saberes específicos dos enfermeiros, por via da mediação do enfermeiro supervisor e do docente. Neste âmbito, considerados o objetivo e complexidade do ensino clínico, cabe então ao professor proceder à adequada planificação do mesmo, isto é, à definição de metas, finalidades e objetivos, à previsão de estratégias e métodos, à optimização de recursos humanos e materiais e à avaliação. Carvalho (2004), na procura de sistematizar as atividades docentes intrínsecas à preparação|planeamento do ensino clínico, considerou que as mesmas devem atender a cinco principais aspetos: local onde se realiza o ensino

clínico; enquadramento do mesmo no curso; tipo de acompanhamento; número de alunos a que se destina e finalidades|objetivos preconizados.

Na Tabela 54, encontram-se agrupados os indicadores relativos à subcategoria refletida.

Planificação da componente prática do processo de ensino-aprendizagem - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Planificando previamente o ensino clínico</i> • <i>Definindo o regulamento do ensino clínico</i> • <i>Selecionando cuidadosamente os contextos onde o ensino clínico tomará parte</i> • <i>Tratando resolvendo todos os aspetos burocráticos inerentes ao estágio</i> • <i>Estabelecendo o plano curricular para a componente prática da formação</i> • <i>Propiciando o maior número de experiências formativas na maior diversidade de contextos possível</i> • <i>Reunindo com os docentes que vão orientar supervisionar os estudantes</i>

Tabela 54 - Subcategoria "*Planificação da componente prática do processo de ensino-aprendizagem*"

Identificação|antecipação de problemas e dificuldades

Apesar do inegável papel da supervisão na qualidade da aprendizagem do estudante, vários poderão ser os fatores (como se verá adiante, no subcapítulo das dificuldades do estudante) conducentes a algumas disfuncionalidades verificadas durante o processo supervisiivo. Em termos gerais, podemos dizer que estas poderão prender-se com variáveis mais ligadas à figura do supervisor, outras às características do estudante e|ou à relação estabelecida entre ambos e, ainda, a aspetos intrínsecos ao próprio desenvolvimento do ensino clínico (a intensividade, por exemplo) (Cunha *et al.*, 2010; Martins, 2009; Simões *et al.*, 2008; Fernandes, 2007; Dixe, 2007; Longo, 2005; Simões, 2004). Neste âmbito e de acordo com os docentes entrevistados, cabe ao professor identificar problemas e antecipar dificuldades e, simultaneamente, atuar no sentido de motivar o estudante para uma atitude proativa e responsável durante o processo de ensino-aprendizagem clínico.

“(...) quando surgem problemas, independentemente de serem relacionais ou de aprendizagem, tem que existir maior rigor no processo supervisiivo, isto é tem que haver maior responsabilização... Há que responsabilizar o aluno quer pelas suas atitudes quer pela sua aprendizagem, pois nem sempre eles estão motivados...” (FG11:43).

Ainda de acordo com os docentes, cabe também ao professor resolver problemas relacionados com situações de indisciplina, preferencialmente, de modo colaborativo, em conjunto com os restantes docentes com implicação no ensino clínico.

“(...) naquilo que me toca a mim, é: se for uma questão pedagógica ou relacional, procuro resolvê-la de imediato indo ao local de estágio e se não me for possível, através de mail, telefone ou durante as reuniões de estágio. Se se tratar de uma questão de natureza

disciplinar, procuro percebê-la, mas tento que isso seja resolvido com calma, preferencialmente, envolvendo os outros colegas para que a decisão final seja justa e ajustada... não sei se me fiz entender?!...” (FG9:65).

Da Tabela 55, constam os indicadores relativos à subcategoria analisada anteriormente.

Identificação antecipação dos problemas e dificuldades - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Responsabilizando os alunos pelas suas atitudes e aprendizagens</i> • <i>Resolvendo situações de indisciplina</i>

Tabela 55 - Subcategoria "*Identificação|antecipação de problemas e dificuldades*"

Ajuda ao estudante na construção da sua profissionalidade

Apesar da crítica comumente feita aos professores relacionada com o seu afastamento do terreno da prática clínica, um dos estudantes entrevistado sublinha que não só os seus professores se fizeram bastante presentes no decurso dos ensinamentos clínicos, como “marcaram” de uma forma inequívoca o desenvolvimento da sua profissionalidade e também a sua visão sobre a profissão.

“Contrariamente ao que me contavam colegas de outras escolas, eu sempre me senti muito bem orientado pelos meus professores, sempre os senti muito presentes... Hoje, olhando para trás, sinto que algumas das situações que partilhei e vivi com os meus professores, já me influenciam agora e influenciarão no futuro, pois foram situações marcantes, que nós levamos para a vida, que vamos sempre recordar e utilizar mais tarde, possivelmente, para comparar ou para melhorar o nosso comportamento profissional.” (EA15:12).

A corroborar a opinião anterior outro estudante refere-se ao professor enquanto “modelo” de prática profissional.

“(...) Eu lembro-me de uma professora que, no segundo ano, num estágio presencial, estava sempre a chamar à atenção para o sentido estético dos cuidados e dizia: “Os enfermeiros devem ter sempre cuidado quer com o seu aspeto pessoal, quer no modo como arranjam os doentes, quer na forma como executam as técnicas e dispõem os materiais...””, lembro-me muitas vezes disto...” (EA14:18).

Contrariamente aos resultados por nós obtidos, Serra (2011) constatou no seu estudo a fraca menção discente aos professores. Para o autor, tal atitude poderá estar relacionada com a circunstância de o desempenho dos docentes dos estudantes auscultados não incluir a prestação efetiva de cuidados de Enfermagem. Em convergência com os nossos resultados, Fernandes (2007) defende que para além do supervisor clínico, também o professor, enquanto facilitador do desenvolvimento profissional e pessoal do estudante, pode e deve constituir-se como modelo de prática profissional e ser “(...) o elo que pode despoletar o gosto e interesse pela profissão, ajudando-o a desenvolver alguns valores

(o espírito de solidariedade, o sentido de justiça, a responsabilidade, a honestidade e autenticidade, o sentido social dos cuidados, entre outros) (p.302).

Na Tabela 56, podem observar-se os indicadores referentes à subcategoria comentada.

Ajuda ao estudante na construção da sua profissionalidade - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Ajudando o estudante a construir a sua própria visão da profissão</i>• <i>Ajudando o estudante a construir a sua identidade profissional</i>

Tabela 56 - Subcategoria "Ajuda ao estudante na construção da sua profissionalidade"

Facilitação da articulação inter-institucional (entre a academia e os contextos)

De acordo com a literatura existem vários modelos de organização de estágios sem evidência de superioridade de uns relativamente aos outros (Caires, 2003, 2001), detetando-se inclusive, uma certa consensualidade no sentido de que “(...) *independentemente do modelo que for usado, todos eles são mais eficazes se houver um grande grau de colaboração entre as universidades e os serviços de saúde*” (Clare et al., 2003:16). Sob esta moldura, emerge a centralidade da figura docente na facilitação da articulação entre duas instituições tão distintas como a academia e os contextos de trabalho, pensamento que parece ser corroborado pelos estudantes do estudo.

“(...) o professor é aquele que durante o estágio faz a articulação entre a Escola e o Serviço, que orienta o enfermeiro dos locais relativamente aos objetivos do estágio e nos orienta a nós, procurando conciliar aquilo que nós aprendemos no serviço com o que aprendemos na Escola. Acho que acaba por ser essa a grande diferença relativamente ao orientador dos locais de estágio, o professor faz o papel de “fiel da balança” ...” (EA7:31).

Porém, para que possa desempenhar o papel de “fiel da balança” e, simultaneamente, trabalhar com os estudantes os objetivos da aprendizagem e a relação da formação clínica com a ministrada em sala de aula ou em laboratório, o professor deve, nas opiniões docente e discente, conhecer em profundidade as dinâmicas de funcionamento dos contextos de prática clínica.

“Fazer supervisão clínica exige que conheçamos muito bem as dinâmicas de funcionamento dos contextos, que conheçamos bem a forma de gestão e até o “feito” dos respetivos Chefes dos Serviços (risos)...” (FG8:58).

“(...) Relativamente aos estágios, eu acho que a escola nos dá uns padrões tão grandes de qualidade, porque é mesmo assim, que eu acho que não mudaria nada, pois os professores conhecem bem a realidade das instituições de saúde e preparam-nos muito bem para essa realidade, fazem muito bem a articulação entre as duas realidades...” (EA10:21).

De acordo com vários autores, os ensinamentos clínicos constituem uma mais-valia quando incentivadas as relações inter-institucionais com base num trabalho colaborativo entre os atores que, detendo saberes distintos, são no entanto complementares (Macedo, 2012; Mestrinho, 2011; Abreu, 2007, 2003; Carvalho, 2006; Carvalhal, 2003). Nesta perspetiva, “(...) *não se pode dissociar o trabalho conjunto e a confiança entre os parceiros, o que vai permitir expandir uma nova dinâmica de relações interpessoais, tornando possível o desenvolvimento de novas equipas de trabalho, capazes de implementar projetos e estratégias de intervenção em colaboração*” (Mestrinho, 2011:237).

Os indicadores relativos à subcategoria analisada, são os constantes da Tabela 57.

Facilitação da articulação inter-institucional (entre a academia e os contextos) - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fazendo a articulação entre a academia e os contextos de prática clínica</i> • <i>Proporcionando um ensino de qualidade que articula teoria e prática</i> • <i>Conhecendo em profundidade os contextos de prática clínica</i>

Tabela 57 - Subcategoria "*Facilitação da articulação interinstitucional*"

Facilitação da integração discente nas dinâmicas de funcionamento dos contextos

A integração nos contextos clínicos é uma etapa que é vivida geralmente com grande ansiedade pelo estudante (Rua, 2009; Martins, 2009; Fernandes, 2007). Como poderá ser constatado adiante, os estudantes invocam dificuldades de natureza diversa relativamente à adaptação aos contextos de trabalho, designadamente, no que respeita às normas de funcionamento dos serviços, ao tipo de relação a desenvolver com o enfermeiro supervisor, aos horários, à gestão de tempo no cumprimento das atividades, à integração em algumas “rotinas”, ao domínio de alguma tecnologia e, ainda, à falta de apoio ou disponibilidade dos enfermeiros dos contextos para responderem às suas solicitações e/ou dúvidas. Face a tal realidade, a figura do professor emerge dos discursos dicentes como elemento apaziguador dos seus medos, receios e ansiedades.

“Os professores estão ali para nos dar apoio, para nos facilitar a integração nos serviços, para suavizar as nossas dificuldades, para nós sentirmos que estamos realmente acompanhados...” (EA8:3).

Ainda segundo a ótica discente, na busca de facilitar a sua integração nos contextos, os professores, durante o ensino teórico e teórico-prático, procuram dar exemplos de

situações ou técnicas comumente desenvolvidas na prática profissional, no sentido de transmitirem ao estudante o “sentido da realidade”.

“(...) ainda me lembro da aula do professor José, relativamente à PVC [Pressão Venosa Central], e quando nós chegamos lá [ao contexto profissional], na médico-cirúrgica, numa unidade de intermédios, eu fui capaz de montar o sistema e avaliar a PVC, sem grande dificuldade... A própria enfermeira orientadora de estágio ficou espantada e disse-me: “Ah mas tu já tiveste contacto com esta técnica e com este material noutros estágios?” e eu respondi: “Não, só na Escola!... Mas o professor explicou-nos esta técnica com tal detalhe... Sabe, ele trabalha em cuidados intermédios e isso faz toda a diferença, pois, nas aulas, procura transmitir-nos ao máximo a realidade...”. (EA1:5).

De acordo com Macedo (2012), uma supervisão docente ideal deve ter como incumbência não apenas a facilitação da integração do estudante nos contextos de prática clínica mas sobretudo promover, no decurso do ano letivo, atividades ou programas extra ensino-clínico que envolvam os estudantes, de modo a que estes possam participar ativamente e sentir-se mais próximos dos contextos profissionais e das suas “reais práticas”.

Na Tabela 58, estão incritos os indicadores relativos à subcategoria analisada.

Facilitação da integração nas dinâmicas de funcionamento dos contextos - Indicadores

- *Transmitindo o sentido de realidade*
 - *Facilitando a integração do estudante no espaço físico e humano dos contextos*
-

Tabela 58 - Subcategoria "*Facilitação da integração nas dinâmicas de funcionamento dos contextos*"

Em **síntese**, as narrativas dos professores e estudantes auscultados evidenciam a importância do papel docente enquanto supervisor da escola nos períodos de prática clínica. Nesse papel identificam algumas funções que vão desde dimensões mais pedagógicas (planeamento|desenvolvimento do ensino clínico; acompanhamento|monitorização das aprendizagens do estudante; mediação da relação entre supervisor e estudante, entre outras) até dimensões mais gestionárias como a mediação da articulação entre a academia e as instituições de saúde.

2.4 Ensino situado em contexto de trabalho

Nas profissões ditas da relação, nas quais se inclui a docência em Enfermagem, o trabalho profissional é desenvolvido numa situação de “face a face” com uma multiplicidade de atores (estudante, utente|família, supervisor, enfermeiros, médicos, auxiliares de ação médica, etc.) e, simultaneamente, com a imprevisibilidade, a urgência

e a complexidade típicas das situações que ocorrem no seio das organizações de saúde. Sob este prisma, a presente categoria, contém referências que demonstram que o ato de “fazer aprender alguma coisa a alguém” (Roldão, 2007) está imbricado com a própria ação de prestar|gerir cuidados de Enfermagem e com o auxílio na mobilização situada de conhecimento. Inclui ainda menções relativas ao papel docente quer na mediação da relação entre estudante e utente|família, quer na sensibilização deste para a dimensão ético-deontológica do exercício profissional em Enfermagem (Figura 27).

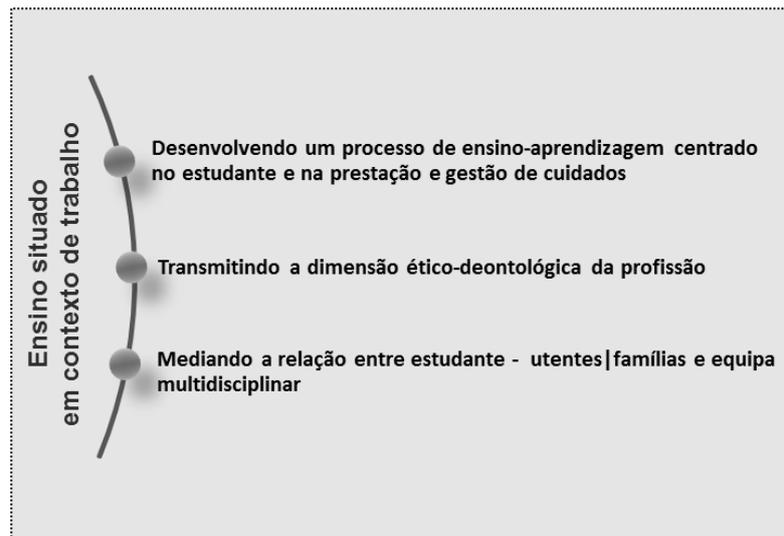


Figura 27 - Categoria "Ensino situado em contexto de trabalho"

Desenvolvendo um processo de ensino-aprendizagem centrado no estudante e na prestação e gestão de cuidados

A visão atual da Enfermagem é a de uma profissão de interação humana, de cuidar e de promoção de contextos de desenvolvimento social em saúde, pelo que a formação inicial deve responder a este desígnio prático. Neste âmbito, exige-se ao docente o desenvolvimento de processos formativos conducentes a um conhecimento construído na e sobre a ação (Schön, 1987) e não apenas a transmissão de um saber técnico (Sachs, 2009; Paquay e Wagner, 2001; Altet, 2001). Corroborando o referido anteriormente, os docentes do presente estudo, vêm defender que cabe ao professor o desenvolvimento de um processo de ensino-aprendizagem centrado nas experiências clínicas do estudante, proporcionando-lhe experiências de aprendizagem em profundidade, que posteriormente o ajudarão a cuidar mais eficazmente.

“(...) sempre que as circunstâncias o permitem, as dificuldades de cada aluno são trabalhadas individualmente, trabalhando ali lado-a-lado, baseados nas experiências e

situações que estão a decorrer, isto claro, para além das reuniões grupais e das entrevistas individuais onde basicamente se procura que o aluno refletita séria e profundamente sobre as suas experiências clínicas...” (FG6:64).

Concretizando o seu pensamento acerca do que “fazem os professores” para desenvolver um processo de ensino-aprendizagem situado e desejavelmente centrado no estudante, ambos os grupos de sujeitos, desocultam algumas das estratégias desenvolvidas pelos docentes, cuja finalidade última é o crescimento pessoal (e profissional) do estudante. Entre as estratégias mencionadas encontram-se, por exemplo:

- o apoio no planeamento dos cuidados

“(...) quando a dificuldade é de planeamento ou de gestão do tempo, eu insisto para que tragam um bloquinho, e priorizem os cuidados, façam primeiramente um planeamento teórico: “primeiro faço isto, segundo aquilo, terceiro...””, procuro sempre que eles se habituem a planear os cuidados...” (FG5:67).

- o auxílio na utilização dos Sistemas de Informação em Enfermagem

“Temos SAPE`S, CIPE`S, temos tudo... estes instrumentos têm de ser utilizados em qualquer contexto, cuidados de saúde primários ou cuidados diferenciados (...) Mas depois, nos contextos, é necessário voltar a repisar tudo, pois os alunos já não se recordam das funcionalidades dos sistemas de informação, cabendo ao professor a tarefa de relembrar tudo... e em alguns casos desde o início” (FG1:34).

- a ajuda na elaboração de registos de Enfermagem

“(...) lembro-me muito do meu primeiro orientador da escola, no meu primeiro estágio, que me ensinou a ser meticoloso na informação que iria transmitir nos registos aos enfermeiros (...) acho que isso foi determinante para mim, os seus conselhos e a sua ajuda, marcaram até hoje a forma como faço os registos de Enfermagem.” (EA14:10).

- a facilitação de situações geradoras de novas aprendizagens

“Por exemplo, nos locais, os próprios orientadores de estágio, tanto internos como externos, tentam ao máximo dinamizar o nosso conhecimento e proporcionar-nos situações geradoras de novas aprendizagens.” (EA15:1).

- a incitação à descoberta e ao fazer|experienciar

“Depois no estágio de integração à vida profissional, foi diferente, fui para um estágio em que os professores me diziam: “Daqui a dois ou três meses és minha colega, portanto, vais tu fazer, vais tu à procura e eu fico aqui apenas para aquilo que tu não fores capaz de fazer sozinha...” (EA8:2).

- a ajuda na priorização dos cuidados

“(...) a priorização de atividades no início é muito complicado... É algo que os professores estão sempre a insistir connosco, especialmente quando nos planos de cuidados as intervenções de Enfermagem aparecem de uma forma aleatória...” (EA14:9).

- a partilha de estratégias de resolução de problemas

“Os professores (...) foram-me dando conselhos, foram partilhando comigo algumas das estratégias que utilizavam para resolver algumas situações e problemas... Para mim isso é uma forma de transmissão de conhecimentos mais gratificante do que as aulas teóricas...” (EA15:10).

- a ajuda no confronto com a “novidade” e a “complexidade”

“E depois nós temos que ajudar os alunos exatamente a ultrapassar o impacto da novidade das situações, a lidar bem com elas e, simultaneamente, fazê-lo aprender na complexidade das interacções, que são exemplo, o momento de “trazer um novo ser ao mundo”... “ (FG6:30).

- o auxílio na mobilização situada de conhecimento e na escolha de recursos e estratégias adequadas à resolução das situações

“(...) Durante as suas visitas e nas reuniões na escola, eles [professores] ajudam-nos bastante nessa parte da mobilização de conhecimentos e até mesmo em termos de recursos dão-nos sempre algumas dicas...” (AE2:13).

Consideradas as atividades antes explicitadas, a figura do professor emerge como um elemento fundamental na aquisição discente de aprendizagens ligadas à profissão, à consolidação dos conhecimentos adquiridos e à reflexão sobre as práticas, contrariando a crítica comumente feita aos docentes de Enfermagem: o afastamento da prática e o academismo excessivo de uma formação centrada na escola que “negligencia” as aprendizagens decorrentes da ação concreta, contextualizada numa dada situação de trabalho (Silva *et al.*, 2011; Garrido *et al.*, 2008; Simões *et al.*, 2008; Rodrigues, 2007; Silva e Silva, 2004).

Na Tabela 59, encontram-se reunidos os indicadores relativos à subcategoria analisada.

Desenvolvendo um processo de ensino-aprendizagem centrado no estudante e na prestação e gestão de cuidados - Indicadores

- *Proporcionando experiências de aprendizagem clínica em profundidade*
- *Ajudando o estudante a planejar atividades/situações de aprendizagem*
- *Desenvolvendo um ensino centrado nas experiências dos alunos*
- *Ajudando o aluno a “trabalhar na complexidade”*
- *Ensinando o aluno a utilizar os sistemas de informação em Enfermagem*
- *Proporcionando situações de aprendizagem novas*
- *Incitando o estudante a fazer/experienciar*
- *Ensinando o estudante a fazer registos de Enfermagem corretamente*
- *Ensinando o estudante a priorizar cuidados*
- *Partilhando estratégias de resolução de problemas com o estudante*
- *Ajudando o estudante a mobilizar conhecimentos, recursos ou estratégias*

Tabela 59 - Subcategoria "*Desenvolvendo um processo de ensino-aprendizagem centrado no estudante e na prestação e gestão de cuidados*"

Transmitindo a dimensão ético-deontológica da profissão

As estratégias formativas utilizadas para a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do domínio ético-deontológico devem ser consistentes e aproximar-se, tanto quanto possível, ao perfil de enfermeiro de cuidados gerais definido pela OE. Por outro lado, tendo a formação em Enfermagem um cariz profissionalizante, não basta explicar aos estudantes os conceitos intrínsecos a este domínio de competências na componente teórica, torna-se necessária a existência de momentos de reflexão na e sobre a ação acerca do cuidado ético e deontológico para que estes o apreendam. Sob esta moldura, emerge dos discursos docente e discente a centralidade do papel do professor na implementação de uma formação abrangente e multidimensional, orientada não apenas para a aquisição de conhecimento declarativo e processual, mas também, para o âmbito da formação pessoal, das atitudes e para o domínio ético-deontológico.

“(…) Nós temos que nos responsabilizar e ter em atenção todos aspetos para além do saber e do saber-fazer: desde a postura, o modo de falar, a forma como está o fardamento, o saber-estar, o saber-ser... Tudo isto só conseguimos verifica-lo e apreciá-lo convenientemente na prática. (...) Na prática, é mais fácil induzirmos o aluno a fazer esta ligação para que, posteriormente, eles acedam à imagem social que queremos que as pessoas tenham dos enfermeiros enquanto profissão.” (FG6:8).

“(…) quer os professores quer os enfermeiros orientadores, dentro das condições que tinham, cuidavam muito bem das pessoas e diziam-nos sempre que, não ter condições, não era desculpa para não prestar bons cuidados ou garantir a privacidade do doente... Senti que havia muito cuidado na interação com as pessoas, estavam sempre a chamar à atenção para termos uma conduta muito ética quer com os doentes e famílias quer com os profissionais...” (EA3:4).

A integração nos contextos de trabalho pressupõe que o estudante assuma e desenvolva um conjunto de atitudes, normas e valores profissionais que assegurem uma intervenção adequada e assertiva ao longo do ensino clínico, pelo que, na opinião docente, o professor encontra-se numa posição privilegiada para promover o “despertar” do estudante para as questões da singularidade da pessoa|família alvo de cuidados e da relação de ajuda.

“(...) é uma coisa que nós falamos imenso ao longo do curso, e mesmo durante os ensinamentos clínicos: “Cada indivíduo é único e tem uma forma singular de reagir aos processos de saúde-doença...”. Portanto, durante o processo de cuidar é preciso que o professor faça com que o aluno perceba essa singularidade e que a mesma venha expressa nos seus planos de cuidados em forma de relação de ajuda...” (FG6:19).

Nos seus estudos, vários autores nacionais (Zangão, 2014; Mestrinho, 2011; Marques e Pinto, 2012) confirmaram a importância e centralidade do papel docente quer no desenvolvimento de competências relacionais pelo estudante quer na mediação das aprendizagens ético-deontológicas realizadas por estes em ensino clínico. No mesmo sentido vão os resultados dos estudos de Davis *et al.* (2005), ao indicarem o quadro de valores pelo qual a ação docente se deve pautar. Entre os valores identificados pelos autores encontram-se designadamente: cuidar; altruísmo; autonomia; dignidade humana; integridade; justiça social e formação ao longo da vida.

Na Tabela 60, encontram-se reunidos os indicadores relativos à dimensão ético-deontológica da ação docente.

Transmitindo a dimensão ético-deontológica da profissão - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Transmitindo/fazendo adquirir atitudes profissionais • Transmitindo valores profissionais • Evidenciando a importância dos aspetos ético-deontológicos da profissão • Promovendo ações de singularidade nos cuidados • Despertando o aluno para as questões da relação de ajuda

Tabela 60 - Subcategoria "Transmitindo a dimensão ético-deontológica da profissão"

Mediando a relação entre estudante – utentes|famílias e equipa multidisciplinar

Em ensino clínico, a formação do estudante é concorrente à própria prestação e gestão de cuidados, pelo que as aprendizagens poderão ser condicionadas pelo tipo de relação interpessoal que este consegue estabelecer (ou não) com o utente|família, grupo ou comunidade. Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas no âmbito dos processos cuidativo (cuja pessoa alvo é o utente|família) e de ensino-aprendizagem

(cujo sujeito e ator é o estudante), o papel docente ganha particular relevância pela formação e experiência que lhe permitem, por exemplo, ajudar o estudante a desenvolver competências relacionais fundamentais ao estabelecimento de uma “relação profissional” com o utente/família.

“Eu penso que nos cabe a nós, enquanto docentes, direcioná-los para a exploração deste território [da interação com profissionais, utentes e família] para que eles possam desenvolver as competências relacionais em plenitude...” (FG7:37).

“Penso que os orientadores-professores em ensino clínico, são importantes porque fazem a ligação entre nós e a escola e, ainda, porque nos facilitam o acesso e ensinam a relacionarmo-nos com o utente e a família...” (EA3:25).

Para além de ajudar a entender e respeitar o “outro”, num quadro de abstenção de juízos de valor relativamente à pessoa/família alvo dos cuidados de Enfermagem, os estudantes enfatizam também o papel docente na facilitação do estabelecimento de relações entre estes e os distintos profissionais que compõem a equipa multidisciplinar:

“[os professores nos locais de estágio] São mesmo peças importantes na formação em ensino clínico, apesar de o orientador dos contextos também ser importante nesse aspeto, penso que sem eles [professores e orientadores], teríamos mais dificuldade de interagir com os outros elementos da equipa multidisciplinar e iríamos sentir-nos sozinhos...” (EA3:26).

Evidencia-se assim que o professor para além de ter de fomentar uma relação proximal com o estudante tem, simultaneamente, de procurar relacionar-se com os diferentes profissionais dos contextos onde os “seus” estudantes se encontram a desenvolver o ensino clínico. A esta capacidade relacional do professor com os restantes “parceiros educativos”, é reconhecido um forte potencial de desenvolvimento profissional na medida em que, por um lado, facilita a integração docente nos contextos profissionais e, por outro lado, proporciona-lhe uma visão mais profunda e consistente do meio em que está inserido (Abreu, 2007), situação que pode ser facilitadora da articulação entre academia e organizações de saúde.

Na Tabela 61, constam os indicadores relativos à subcategoria debatida.

Mediando a relação entre estudante – utentes/famílias e equipa multidisciplinar - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Ajudando o estudante a desenvolver competências relacionais com os utentes / família</i>• <i>Estabelecendo uma relação profissional com o estudante</i>• <i>Facilitando a relação com o utente / família</i>• <i>Fazendo a ponte / articulação entre o estudante e os distintos profissionais que compõem a equipa multidisciplinar</i>

Tabela 61 - Subcategoria "Mediando a relação estudante - utentes/Famílias e equipa multidisciplinar"

Em **síntese**, as narrativas docente e discente evidenciam que a atividade do professor no *practicum* está fortemente imbricada às situações de trabalho, ao próprio ato de cuidar, daí o seu caráter situado, contextualizado e heurístico. Por outro lado, porque existem aspetos da profissionalidade que ultrapassam a mera detenção de conhecimento declarativo e processual, o *practicum* é salientado pelos sujeitos como o território ideal para o professor agir como facilitador da relação entre estudante – utentes|famílias e equipa e, ainda, como “transmissor” das atitudes, valores e normas que enquadram o agir profissional.

2.5 Ensino centrado no estudante

Diversos autores, a propósito da componente prática da formação inicial de enfermeiros, consideram indispensável a exploração de situações pedagógicas, de cuidados e de trabalho, de modo a permitir ao estudante o desenvolvimento e o exercício das suas faculdades intelectuais, perante casos e situações reais, possibilitando que este faça a transferência da apreensão concreta de uma situação para a representação abstrata e conceptual (Rua, 2009; Abreu, 2007, 2001; Fernandes, 2007; Macedo, 2010; entre outros). Neste âmbito, e de acordo com a opinião de ambos os grupos de sujeitos do estudo, cabe ao professor submeter a sua ação a trajetórias pedagógicas que destaquem o papel ativo do estudante no processo educativo, proporcionando-lhe atividades de pesquisa e o envolvimento em projetos pedagógicos desafiantes que, nomeadamente, o induzam à tomada de consciência das suas necessidades de formação; o estimulem o trabalhar colaborativa ou autonomamente (Figura 28), desafiando-o a construir e desenvolver saberes significativos e funcionais.

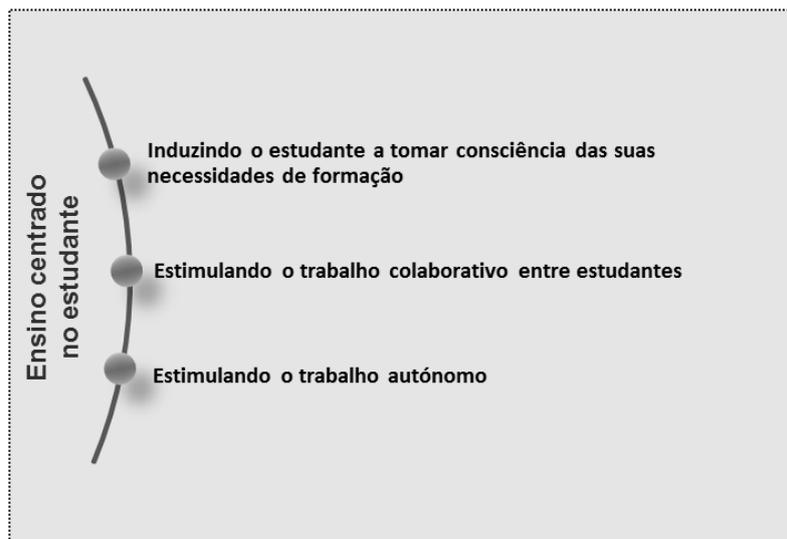


Figura 28 - Categoria "Ensino centrado no estudante"

Induzindo o estudante a tomar consciência das suas necessidades de formação

Orientar clinicamente pressupõe que o saber seja investido na ação e que os conhecimentos resultantes desse investimento sejam pontos de partida para novas aquisições. Orientar, é assim um processo de acompanhamento|monitorização, no qual o docente fornece informação, questiona, sugere e encoraja o estudante, induzindo-o paulatinamente a tomar consciência das suas necessidades de formação. Neste âmbito, os discursos produzidos são reveladores de algumas das estratégias comumente utilizadas pelos docentes no sentido de atingir tais finalidades:

- questionamento

“Através do questionamento o aluno vai tomando consciência das suas zonas lacunares de conhecimento ou até em termos destros e relacionais, e vai percebendo que não está a dar uma resposta eficaz àquilo que lhe é solicitado naquele ensino clínico.” (FG4:50).

“Uma coisa que eu achava piada, e era certinho e direitinho, era o professor aparecer lá [no local de estágio], não sei se era por coincidência ou não,mas ele perguntava-me sempre aquilo em que eu me sentia mais débil, achava piada porque não tinha falado isto com ninguém, mas acontecia sempre, ele acertava sempre naquilo que eu não sabia ou dominava pouco...” (EA4:11).

- exigência de fundamentação científica das práticas

“Uma das estratégias que também tentamos, é que os alunos utilizem os modelos teóricos de prestação de cuidados à família antes de irem para os programas no estágio, para (...), conseguirem fazer uma prática fundamentada cientificamente...” (FG4:24).

“(...) tive uma orientadora que questionava, questionava, questionava, mandava-me ir para casa ver tudo aquilo em que durante o turno eu tivesse dúvidas ou não soubesse... não me deixava fazer nada que eu não soubesse fundamentar devidamente...” (EA2:11).

- “limar arestas”

“(...) em cinquenta alunos, (...) as personalidades são todas distintas e umas mais ajustadas ao perfil profissional desejável, outras menos... Então, no estágio, eu “levo uma lima e vou limando uma série de arestas nos estudantes” até conseguir transformar um diamante bruto, (...) numa pedra preciosa de elevado quilate... É isto que eu faço em estágio... (risos)” (FG10:40).

- crítica construtiva

“Mas eu acho que se deve apontar (...), que se deve identificar o que não está correto... mas tendo sempre uma perspetiva construtiva... essa é a diferença entre o ensino feito por um professor e outra pessoa qualquer, ter sempre uma perspetiva pedagógica e construtiva...” (FG11:35).

- identificação de áreas lacunares de conhecimento

“(...) Eu penso que, em primeiro lugar, há que identificar qual a dificuldade que o aluno tem, se essa dificuldade está na área da prestação de cuidados, está na compreensão do que está a fazer, está na relação que tem com a equipa ou com o utente... Eu acho que é fundamental identificarmos a génese dos problemas e depois, então, fazer com que o aluno ganhe consciência disso...” (FG9:42).

“(...) durante o estágio, eles [professores] basicamente ajudam-nos a perceber aquilo que não sabemos ou que achamos que dominamos e não dominamos... Fazem-nos ver que, realmente, há muita coisa que nos passa ao lado...” (EA6:22).

- fornecimento de explicações oportunas e contextualizadas

“(...) sempre senti que os professores procuravam esclarecer as nossas dúvidas assim que se apercebiam delas, procurando situações e casos semelhantes para nos arranjar a melhor explicação... Não deixavam que as dúvidas persistissem...” (EA3:8).

As dimensões antes identificadas, conduzem à necessária revisão do papel que tradicionalmente os sujeitos desempenham no processo educativo. Com efeito, se realmente a aprendizagem depende da atividade e responsabilidade de quem aprende, urge então redefinir o papel de quem ensina: de transmissor a facilitador de conhecimentos e de inquisitor a estimulador da indagação.

Na Tabela 62, encontram-se reunidos os indicadores relativos à presente subcategoria.

Induzindo o estudante a tomar consciência das suas necessidades de formação - Indicadores

- *Questionando o aluno*
- *Exigindo uma prática discente fundamentada*
- *Induzindo o aluno a confrontar-se com as suas próprias dificuldades*
- *“Limando arestas”*
- *Criticando construtivamente*
- *Identificando zonas lacunares de conhecimento no estudante*
- *Esclarecendo dúvidas*
- *Fornecendo explicações sempre que a situação seja oportuna*
- *Demonstrando ao estudante “como se faz”*

Tabela 62 - Subcategoria "Induzindo o estudante a tomar consciência das suas necessidades de formação"

Estimulando o trabalho colaborativo entre estudantes

As narrativas docentes evidenciam a importância de serem criados espaços-tempos de formação que estimulem o trabalho colaborativo entre os estudantes uma vez que, futuramente, na maioria das situações, estes irão desenvolver a sua atividade profissional inseridos em equipas de Enfermagem e também multidisciplinares. Conscientes desta realidade, os professores dizem utilizar essencialmente dois tipos de estratégias que, para além de outros objetivos, visam essencialmente estimular a colaboração entre os estudantes, nomeadamente:

- reuniões de grupo (turma), na escola, ao longo do ensino clínico

“Fazemos reuniões de grupo, porque eles próprios [estudantes] discutem, porque as experiências de cada um são diferentes, ainda que no mesmo contexto, (...), como o tempo é limitado, nas reuniões de grupo eles têm oportunidade de trocar impressões uns com os outros, e depois faz-se uma discussão em conjunto para que todos se enriqueçam com essa informação.” (FG8:40).

- trabalhos de grupo

“(...) procuro constituir os grupos de estágio conjugando os elementos que querem estar juntos, pois facilita as partilhas e o eles conseguem falar das dificuldades e dos pontos positivos e negativos em conjunto. Por outro lado, procuro que haja diversidade de estilos de aprendizagem, (...), portanto tento criar sinergias, entre aqueles que se desenvolvem mais numa área e os que desenvolvem mais noutras, para que possa haver trocas...” (FG4:29).

Apesar de não ser isenta de críticas (Carvalho, 2004; Caires, 2001), a importância e vantagens de proporcionar momentos (reuniões|seminários) que estimulem o trabalho colaborativo e a reflexão entre os estudantes, no decurso dos ensinos clínico, é bem patente nos trabalhos de Sim-Sim *et al.* (2013), Rua (2009) ou Fernandes (2007). A reforçar tal pensamento, Sá-Chaves (2002) sublinha que as atividades desenvolvidas em

contexto profissional devem, sempre que possível, ser conjugadas com momentos de reflexão individual ou coletiva, para tornar a percepção mais consciente e situada e para, a partir da ação, serem desenvolvidas competências transversais (*soft skills*) fundamentais, como a capacidade de trabalho em equipa. Por outro lado, do ponto de vista docente, pensar o processo educativo em ensino clínico como um trabalho colaborativo discente, exige a procura permanente de novos recursos, empenho, tempo, criatividade e competência, para que sejam desenvolvidas estratégias pedagógicas eficazes. Sob este prisma, a competência docente assenta na ruptura com práticas estandardizadas e descontextualizadas e na assunção do papel de “*problem-solver*” (Mesquita, 2011; Campos, 2002).

A Tabela 63, mostra os indicadores resultantes da análise dos dados que permitiram formar esta subcategoria.

Estimulando o trabalho colaborativo entre estudantes - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fazendo reuniões com os alunos ao longo do ensino clínico</i> • <i>Incentivando os estudantes a trabalhar em grupo</i>

Tabela 63 - Subcategoria "*Estimulando o trabalho colaborativo entre estudantes*"

Estimulando o trabalho autónomo

No âmbito do atual paradigma da educação superior, a formação em Enfermagem passou a focalizar a sua ação naquilo que o estudante realiza e na forma como o relaciona com a própria atividade de aprendizagem (Ramos *et. al*, 2013), pelo que as Unidades Curriculares, inclusive as clínicas, são estruturadas segundo o número de horas despendidas pelo estudante no seu processo de aprendizagem. Tal centralização parece corresponder a uma “nova” prática de ensino clínico que colide com modelos mais tradicionais: em vez de se passar conhecimento *prêt-a-porter* (Etienne *et al.*, 2009; Perrenoud, 2001), sustentado em “práticas artesanais” ou “tecnicistas”, os sujeitos do estudo sublinham que, durante o ensino clínico, o estudante é incitado a procurar esse conhecimento por meios próprios, relevando as componentes de trabalho experimental enquanto fonte de conhecimento profissional. Vejamos algumas referências elucidativas a este propósito:

“(...) a minha estratégia em ensino clínico para colmatar as dificuldades individuais passa muito pelo incentivo ao trabalho autónomo, à pesquisa, ao estudo, mas não em extensão e sim em profundidade.” (FG7:64).

“(...) diziam-me para registar toda a informação no local de estágio e, depois, ir para casa estudar, pesquisar e trazer a resposta: “Não sabes agora, se pesquisares em casa, com calma, depois vais saber!...”. Nesse aspeto, penso que é importante os professores e orientadores fazerem isso, não nos darem logo a resposta pronta se não necessitarmos dela no imediato, forcem-nos a pesquisar, a procurar, a trabalhar, para se passar a saber, esse aspeto é muito importante.” (EA3:13).

A utilização do “trabalho autónomo” pelo docente, enquanto estratégia de pesquisa e de análise em profundidade, parece assim enquadrar-se numa moldura mental e cultural correspondente a uma abordagem andragógica e construtivista da aprendizagem em ensino clínico, favorecendo no estudante de Enfermagem uma permanente capacidade de lidar com a mudança e a readaptação.

Os indicadores relativos a esta subcategoria são os que se encontram-se plasmados na Tabela 64.

Estimulando o trabalho autónomo - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• Incitando o aluno a “estudar” pesquisar• Incentivando o estudo autónomo durante o estágio• Proporcionando um estudo orientado ensino dirigido

Tabela 64 - Subcategoria "Estimulando o trabalho autónomo"

Em **síntese**, de acordo com os sujeitos, no *practicum* o professor tem a oportunidade de desenvolver um ensino de maior proximidade e centrado no estudante. Neste âmbito, consideram que a orientação docente consiste essencialmente no fornecimento de informação, no questionamento, na sugestão de possibilidades e no encorajamento a agir, cuja finalidade última é induzir o estudante a tomar consciência das suas necessidades de formação. De entre as estratégias frequentemente utilizadas para atingir tal finalidade, destacam-se o trabalho colaborativo entre estudantes e o trabalho autónomo.

2.6 Avaliação formativa

Diversas pesquisas que tiveram como objeto de estudo a relação entre avaliação, o ensino e a aprendizagem, reforçam a ideia da importância da avaliação formativa (seja ela diagnóstica ou reguladora) no desenvolvimento de aprendizagens de natureza cognitiva, metacognitiva, afetiva, social e cultural (Morais, 2013; Carvalho, 2004; Mendéz, 2002; Haydt, 1995; Hadji, 1994; Perrenoud, 1993). Sublinham ainda, que a avaliação formativa contribui decisivamente para a melhoria do desempenho do estudante e também do próprio professor. Reiterando os resultados das pesquisas antes

mencionadas, também os sujeitos do presente estudo, enfatizam a importância da utilização da avaliação formativa, mencionando algumas das estratégias avaliativas desenvolvidas pelo professor de Enfermagem em ensino clínico. Entre as estratégias referidas encontram-se, o *feedback*, a avaliação contínua, a validação de adquiridos e, não menos importante, embora menos referido, o necessário envolvimento do estudante no processo avaliativo para que este seja verdadeiramente formativo e transformador (Figura 29).

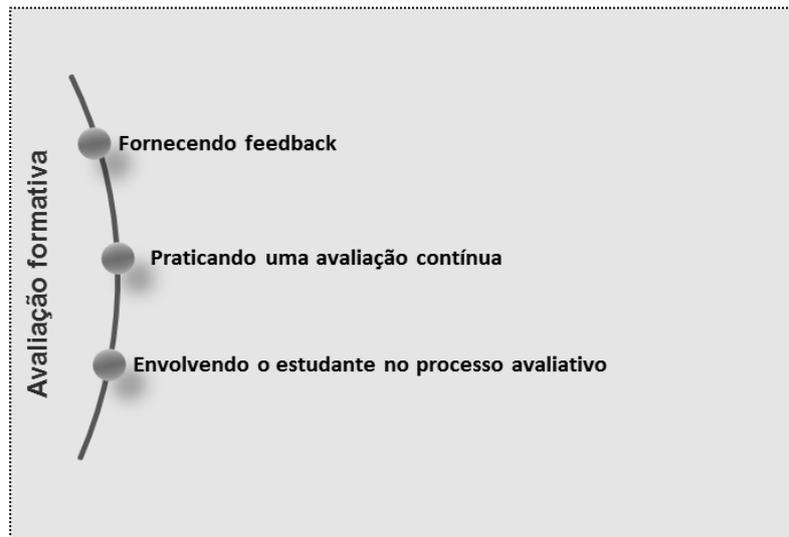


Figura 29 - Categoria "Avaliação formativa"

Fornecendo Feedback

A eficácia das incursões do estudante pelos contextos profissionais depende em grande medida, da quantidade e qualidade do *feedback* dado pelo professor (Caires, 2003; 2001). De acordo com a autora, esta qualidade é experienciada pelos estudantes mais em termos do “como” do que “do quê” (conteúdo) das críticas que são tecidas. Ou seja, o modo como o professor “tece a crítica” a sua atuação, parece constituir o aspeto mais valorizado pelo estudante. A legitimar tal pensamento, apresentamos o seguinte trecho dos discursos discentes:

“Um aluno necessita tanto de feedbacks no decurso das situações como após ter realizado as intervenções, não quer dizer que tenham que ser feedbacks positivos,mas há que fazer uma crítica construtiva. (...) O problema é que nem sempre os feedbacks são dados e também nem sempre são ditos da maneira mais correta...” (EA5:12).

Como bem evidencia o excerto anterior, o *feedback* parece desempenhar um papel crucial na aprendizagem clínica porque, através dele, o estudante é sistematicamente

lembrado dos níveis de aprendizagem que é necessário alcançar e fica ciente dos seus próprios progressos tendo em conta a comparação com os seus próprios desempenhos anteriores ou objetivos previamente definidos para o ensino clínico. Neste âmbito, orientar|fornecer pistas, apontar caminhos ou mesmo corrigir, parecem ser estratégias comumente utilizadas pelos docentes.

“(...) *Eles [estudantes] precisam de um acompanhamento de uma orientação contínua, adequada ao seu estágio de desenvolvimento naquele ensino clínico em concreto, desde a integração até que termina... Por isso, para além do feedback, é necessário ir dando pistas, é necessário corrigir aquilo que estiver menos bem (seja em termos de conhecimento teórico ou prático) pois há uma evolução que se pretende que seja positiva, portanto, cabe também ao professor ir apontando caminhos para que essa evolução ocorra...*” (FG1:43).

Face ao exposto, o *feedback* emerge como indispensável para que a avaliação em ensino clínico integre não só os processos de ensino e de aprendizagem mas, sobretudo, que assuma a sua natureza formativa, indo de encontro aos resultados de diversas pesquisas no âmbito do ensino superior que têm evidenciado a relação positiva existente entre a atitude de *feedback* do professor e o desenvolvimento de capacidades como a autonomia, a responsabilidade, a satisfação, a auto-realização e o auto-controlo pelo estudante (Morais, 2013; Gonçalves, 2012; Fernandes, 2004; Ramsden, 2003; Caires, 2003, 2001).

Na Tabela 65, sistematizam-se os indicadores relativos a esta subcategoria.

Fornecendo feedback - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dando feedback ao estudante acerca das atividades desenvolvidas</i> • <i>Orientando dando pistas apontando caminhos</i> • <i>Corrigindo</i>

Tabela 65 - Subcategoria "*Fornecendo feedback*"

Praticando uma avaliação contínua

A avaliação contínua é um processo complexo, concebido como sendo uma prática interativa de acompanhamento permanente, baseada em processos cognitivos dos alunos e ligada a mecanismos de *feedback* e de regulação das aprendizagens, sendo esta fundamental para a qualidade das aprendizagens (Rosado e Silva, 2015; Morais, 2013). Para os professores deste estudo, ao focalizar a sua ação no estudante, esta modalidade avaliativa dá atenção à sua motivação, à regularidade do seu esforço, à sua forma de abordar as tarefas e às estratégias de resolução de problemas que utiliza, permitindo

aferir, em cada momento, os conhecimentos e competências desenvolvidos pelo estudante, bem como, a desconstrução de ideias pré-concebidas.

“Eu penso que a avaliação contínua é um precioso instrumento pedagógico na medida em que para além de motivar o estudante, permite a cada momento aferir as aprendizagens realizadas e perspetivar novas formas de ver e abordar os problemas e, sobretudo, desconstruir algumas ideias pré-concebidas! Alguns deles [estudantes], porque trabalham ou já trabalharam na área da saúde, vêm com bastantes preconceitos, e é necessário desconstruí-los...” (FG9:19).

O reconhecimento e validação dos adquiridos pelo estudante nos contextos de prática profissional, à medida que o ensino clínico se vai desenrolando, parece constituir outro aspeto relevante da prática docente quer para os professores quer para os próprios estudantes. Vejamos algumas expressões que sustentam essa importância:

“(...) eu, em cada momento, sei das dificuldades e das aquisições que o aluno já conseguiu (ou não) realizar na prática, porque falei com ele e falei com o enfermeiro orientador (...). É necessário proceder a esta validação para que tenhamos a certeza de que as aprendizagens foram conseguidas e que o aluno está a evoluir no seu processo de desenvolvimento...” (FG12:14).

“Nos dias em que os professores lá iam [aos contextos], (...), eu considerava esses momentos importantíssimos porque eram os momentos em que nós falávamos acerca de como é que as coisas estavam a correr e conseguíamos validar as aprendizagens que tínhamos feito e os conhecimentos que tínhamos adquirido... e o professor validava também para depois nos poder avaliar...” (EA8:17).

A validação de adquiridos da prática, no quadro de uma avaliação que se deseja reguladora e formativa, emerge assim enquanto “(...) *visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, experiencial, acolhedora e empática (...)* de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois, ou seja, de quem entra no processo [avaliativo] para o compreender por dentro, para o atravessar com o seu olhar e ver para além dele” (Alarcão e Tavares, 2003:45) no sentido de poder intervir e ajudar o estudante a fazer melhor uso das suas capacidades de modo que este consiga relacionar a informação com a experiência e conhecimentos prévios, a fim de extrair significados pessoais.

Complementarmente à avaliação formativa, os sujeitos fazem ainda referências à avaliação sumativa enquanto visão de síntese e possibilidade de acrescentar dados à avaliação, uma vez que esta é mais global e está mais distante no tempo relativamente ao momento em que as aprendizagens ocorreram. Deste modo, a avaliação sumativa emerge não só enquanto dispositivo que permite a avaliação do grau de consecução dos

dos objetivos definidos mas também da verificação da capacidade de transferência de conhecimentos para novas situações.

“(...) nós temos três momentos (...) avaliações formativas e, depois, há a avaliação mais formal, que visa a análise da evolução do aluno relativamente aos objetivos inicialmente definidos, que é a avaliação sumativa ou final, que é feita nos contextos, em conjunto com o orientador e com o aluno...” (FG7:21).

“(...) normalmente, nessa avaliação final estão presentes o professor, o orientador, às vezes a Enfermeira-Chefe do Serviço e eu... Depois, é discutido ponto por ponto da folha de avaliação, referindo os aspetos positivos e menos positivos do nosso desempenho no estágio e atribuída uma nota final...” (EA5:26).

Sendo a avaliação em ensino clínico uma competência essencialmente da responsabilidade docente, reiteramos que esta deve ser *“(...) formativa, contínua, individual, processual, partilhada”* (Méndez, 2002:96), porque só assim poderá servir para conhecer e aprender, e não apenas para corrigir, examinar, seleccionar e excluir.

Da Tabela 66, constam os indicadores relativos à subcategoria discutida.

Praticando uma avaliação contínua - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Fazendo uma avaliação formativa/contínua</i>• <i>Validando adquiridos</i>• <i>Fazendo avaliações sumativas</i>• <i>Desconstruindo ideias pré-concebidas</i>

Tabela 66 - Subcategoria "*Praticando uma avaliação contínua*"

Envolvendo o estudante no processo avaliativo

De acordo com os princípios orientadores do processo Bolonha, que postulam o desenvolvimento de processos de trabalho pedagógico sustentados no envolvimento constante, consciente e refletido dos estudantes na busca do conhecimento, a avaliação não pode realizar-se de uma forma efetiva sem a participação do sujeito avaliado (Morais, 2013; A3ES, 2010; Carvalho, 2004; Méndez, 2001). Corroborando tal compreensão da avaliação, os estudantes entrevistados referem ter tido professores que, não só procuram o seu envolvimento na gestão do processo de ensino-aprendizagem mas, simultaneamente, nas diversas fases de avaliação (diagnóstica, formativa e sumativa) no decurso do ensino clínico.

“(...) tive professores que me pediam os objetivos de estágio e diziam: “Olha o que é que tu esperas deste estágio, por onde é que queres começar, quantos utentes é que achas que podes ter?!. Gostaria que colocasses isso tudo no teu contrato de aprendizagem para depois o discutirmos e avaliarmos ao longo do estágio...”. Esta atitude dá-nos a sensação

de envolvimento na gestão da nossa própria aprendizagem e do processo de avaliação ...”
(EA2:20).

A participação discente na avaliação representa ainda um tema não totalmente consensualizado, nem delimitado, quer ao nível institucional, quer entre docentes ou entre os próprios estudantes (Morais, 2013; A3ES, 2010). Contrariamente, os professores do presente estudo, consideram ser fundamental e estruturante do próprio processo educativo clínico, a participação ativa do estudante no mesmo, na medida em que parece facilitar que este reconheça a importância dos critérios de êxito e dos limites de aceitabilidade estabelecidos, das características de realização ou das estratégias que o conduzem ao sucesso e à manipulação consciente dos critérios de avaliação face aos objetivos do ensino clínico, como se pode perceber do seguinte excerto dos seus discursos:

“Eu acho, se estou a pedir a auto-avaliação, se estou a fazer esse exercício, não é só por mero exercício, é para envolver também o aluno naquela avaliação, tenho é que trabalhar bem com ele isso, para depois não me peça vinte quando, à partida, todos os envolvidos percebem que ele está ao nível de um catorze ou um quinze... Ele tem que conhecer e perceber os critérios pelos quais se rege a sua avaliação” (FG11:47).

Acentuando a perspectiva de continuidade e acompanhamento da avaliação formativa no processo de ensino-aprendizagem clínico, os docentes entrevistados valorizam também o carácter de simultaneidade temporal entre avaliação e aprendizagem e a participação ativa dos diversos atores – professor, estudante e supervisor – no processo avaliativo, enquanto requisito de transparência, objectividade, rigor e justiça subjacente ao ato de avaliar:

“Nem sempre se consegue clarificar completamente as situações, mas a estratégia é juntar todos os intervenientes no processo formativo – professor, aluno e supervisor – e discutir de forma construtiva o desempenho do estudante não apenas a meio do estágio e no final mas, gradualmente, no decorrer do mesmo, fazer a chamada avaliação formativa... Acima de tudo, o mais importante é procurar que a avaliação seja sempre o mais transparente, objetiva e justa possível...” (FG7:51).

Na Tabela 67, podem ser observados os indicadores que originaram esta subcategoria.

Envolvendo o estudante no processo avaliativo - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Estimulando a capacidade de auto-avaliação no estudante • Procurando fazer uma avaliação o mais objetiva possível • Envolvendo o aluno no processo supervisivo

Tabela 67 - Subcategoria "Envolvendo o estudante no processo avaliativo"

Em **síntese**, no âmbito da avaliação formativa, entre as estratégias comumente utilizadas pelos docentes parecem figurar o *feedback*, a avaliação contínua e a validação de adquiridos. Apesar de não serem isentas de críticas, estas parecem constituir excelentes estratégias de promoção de desenvolvimento do estudante, nomeadamente, de competências como a autonomia; a responsabilidade; o auto-controlo; a auto-realização e a satisfação global com o processo de ensino-aprendizagem. Destaca-se ainda a importância conferida pelos sujeitos à participação dos diferentes atores – professor, estudante e supervisor clínico – nas diferentes fases do processo avaliativo enquanto condição de transparência, objectividade, rigor e justiça.

2.7 Trabalho colaborativo com o supervisor clínico

A qualidade da formação em Enfermagem é da responsabilidade das instituições de formação, no entanto esta só atingirá os níveis desejados, se existir uma boa articulação entre os contextos formativos e de trabalho e entre os diversos atores, nomeadamente, entre professor e enfermeiro supervisor (Araújo *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2010; Simões *et al.*; 2008; Abreu, 2007, 2001). Neste âmbito, os docentes sublinham a importância da sua ação quer em termos de suporte ao supervisor clínico quer no âmbito da programação e desenvolvimento de formação destinada a este (Figura 30).

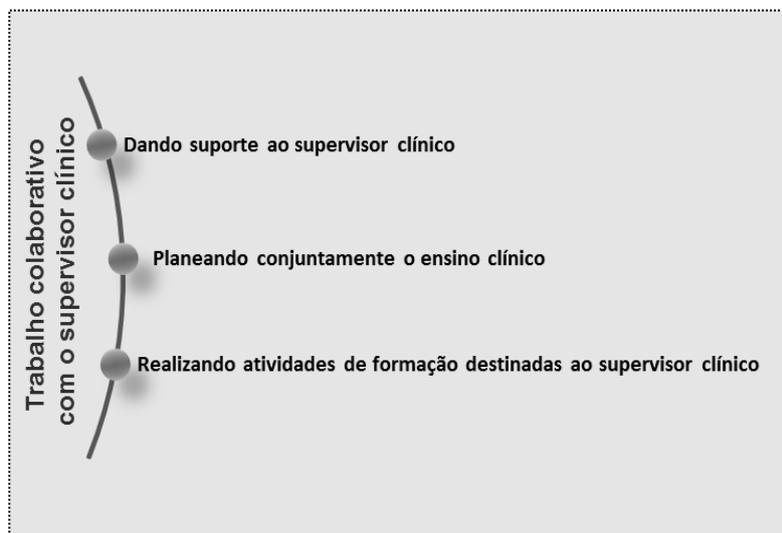


Figura 30 - Categoria "Trabalho colaborativo com o supervisor clínico"

Dando suporte ao supervisor clínico

Ao problematizar a relação supervisiva enquanto processo biunívoco, multidimensional e multidirecional, alguns autores, chamam à atenção para a necessidade de existência de

um trabalho conjunto entre docentes e enfermeiros supervisores tendo em vista a formação e o desenvolvimento do estudante (Mestrinho, 2011, 2008; Gonçalves, 2012; Abreu, 2007, 2003; Nascimento, 2007; Dixe, 2007; Carvalho, 2006; Carvalhal, 2003). Tal pensamento parece ser reiterado pelos docentes deste estudo, ao frisarem que no desempenho da atividade supervisiva, procuram suscitar um clima de proximidade, manifestando-se disponíveis para apoiar e orientar os enfermeiros dos contextos, quer por via da facilitação atempada de toda a documentação inerente ao desenvolvimento do ensino clínico quer pelo envolvimento do enfermeiro supervisor nas diversas atividades académicas promovidas pela escola.

“Eu, pessoalmente, procuro sempre criar um clima de proximidade e envolver o enfermeiro orientador desde o início do ensino clínico em todo o processo pedagógico. Desde logo, entrego-lhe toda a documentação: os objetivos, o guia de orientação, os instrumentos pedagógicos relativos aos trabalhos a serem desenvolvidos durante o estágio, enfim, tudo o que é documentação. Em termos de interação e de apoio, procuro estar sempre disponível para o ajudar nalguma questão menos bem entendida ou algum problema que surja com o aluno... Procuro também que ele participe nas atividades na escola, convidando-o sempre a estar presente nas reuniões ou conferências por nós promovidas, (embora a maioria nunca vai)... Faço tudo isto, enquanto coordenadora de ensino clínico, para que ambos estejamos conscientes das nossas tarefas e, sobretudo, para que consigamos responder às necessidades do aluno...” (FG4:19).

Para os docentes, o estabelecimento de uma parceria efetiva entre professor e supervisor clínico parece constituir uma condição *sine qua non* para que este último não se sinta “desacompanhado”, não se desmotive ou tome iniciativas|decisões desadequadas relativamente ao processo de ensino-aprendizagem ou ao estadio de desenvolvimento do estudante.

“Para que não me esquecesse, tomei aqui um apontamento que foi: “muitas das vezes é fundamental o reforçar de uma parceria ainda mais efetiva com o orientador, demonstrando-lhe apoio e disponibilidade total”. Isto é importante, é importante que o orientador não se sinta sozinho no processo supervisivo, para que não se desmotive ou tome iniciativas desadequadas relativamente aos estadio de desenvolvimento do aluno...” (FG5:55).

Para Carvalho (2004), o apoio|suporte docente ao enfermeiro supervisor deveria ter como finalidade única os superiores interesses de aprendizagem dos estudantes e uma prestação de cuidados de Enfermagem aos utentes|famílias segura e de qualidade. Mestrinho (2008), por seu lado, propõe um conjunto de atividades a serem desenvolvidas pelo docente com vista a apoiar o enfermeiro supervisor no desenvolvimento da função supervisiva, nomeadamente: o estabelecimento de contratos|trabalho conjunto com os parceiros (supervisores); implicação dos

supervisores em projetos comuns; discussão de situações da prática profissional com os supervisores e pares; promoção da comunicação interdisciplinar, partilha de conhecimentos e equilíbrio entre autonomia e cooperação; participação em projetos de investigação conjuntos e, ainda, promoção de comunicações multiprofissionais e conferências.

Da Tabela 68, constam os indicadores relativos à subcategoria examinada.

Dando suporte ao supervisor clínico - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Apoiando / orientando o enfermeiro supervisor no seu trabalho de supervisão</i>• <i>Mantendo um clima de proximidade com o supervisor</i>• <i>Estabelecendo uma parceria efetiva entre supervisor e professor</i>

Tabela 68 - Subcategoria "*Dando suporte ao supervisor clínico*"

Planeando conjuntamente o ensino clínico

Os professores, reiteram a importância que atribuem ao trabalho colaborativo com os diferentes intervenientes no processo formativo, nomeadamente, com os enfermeiros supervisores e chefias dos contextos, no âmbito do planeamento dos ensinamentos clínicos e enquanto forma de acautelar algumas dificuldades por si experienciadas anteriormente. Vejamos uma passagem reveladora do que acabámos de enunciar:

“Para colmatar algumas dificuldades que de antemão já sabemos existirem, que se prendem com aspetos como a diferença de paradigmas entre os contextos e a escola, utilizamos como estratégia chamar à escola, ou trazer às reuniões preparatórias dos estágios, os tutores e até os enfermeiros chefes dos locais onde esses ensinamentos clínicos irão decorrer.” (FG4:46).

A participação dos enfermeiros dos contextos profissionais na supervisão dos estudantes em ensino clínico tem vindo a assumir um papel crescente e preponderante, sendo-lhe reconhecida a importância enquanto agentes facilitadores da integração dos estudantes nos contextos profissionais. Porém, curiosamente, a generalidade das pesquisas que vêm sendo feitas nas últimas décadas, no âmbito da supervisão clínica em Enfermagem, é unânime em afirmar que os supervisores clínicos ou não são incluídos nas atividades preparatórias aos ensinamentos clínicos, ou quando o são, “são colocados” numa posição de sujeito passivo, ao qual é dada informação sumária acerca daquilo que de si é esperado em termos de orientação do estudante (Araújo *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2010; Martins, 2009; Garrido *et al.*, 2008; Simões *et al.*, 2008; Dixe, 2007; Longo, 2005; Silva e Silva, 2004; Simões, 2004; Franco, 2000; D`Espiney, 1997; Espadinha, 1997, entre outros).

Neste âmbito, termos como “complementaridade”, “co-responsabilidade” ou “articulação” entre docente e supervisor clínico, parecem não passar de “meras intenções”, se considerarmos o atual panorama da formação clínica em Enfermagem.

Realizando atividades de formação destinadas ao supervisor clínico

Um dos fatores evidenciados pela literatura, como determinante da qualidade da experiência de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional do estudante é a preparação|formação do enfermeiro do contexto profissional para o exercício específico da supervisão clínica (Silva *et al.*, 2011; Mestrinho, 2011, 2008; OE, 2010; Cunha *et al.*, 2010; Martins, 2009; Simões *et al.*, 2008; Garrido *et al.*, 2008; Dixe, 2007; Abreu, 2007, 2003, 2001; Longo, 2005; Simões, 2004). Assim, considerado o défice de preparação verificado, um dos grupos de professores deste estudo, tem vindo a desenvolver na respetiva escola, diversas atividades formativas com um caráter mais ou menos formal. Entre essas atividades, distinguem-se reuniões, seminários, jornadas, conferências e *workshops*, nos quais procuram, sempre que possível, envolver os enfermeiros do contextos que habitualmente assumem o papel de supervisores clínicos.

“Além disso [do convite para os supervisores dos contextos participarem nas atividades pedagógicas durante os estágios] convidamo-los e procuramos envolve-los em reuniões cujas temáticas tenham a ver com a supervisão clínica... Este ano, por exemplo, temos programados dois seminários, um workshop e uma conferência com uma personalidade internacional, tudo no âmbito da supervisão clínica, e vamos convidar os supervisores que orientam alunos da nossa escola a estarem presentes, sendo-lhe oferecido um certificado de presença com atribuição de ECTS que, inclusive, poderão ser creditados na frequência da respetiva pós-graduação...” (FG13:37).

Ainda no âmbito do contributo docente para a formação do supervisor clínico, os professores dizem que, sempre que sentem que é oportuno, procuram sensibilizar o supervisor clínico para a necessidade do desenvolvimento de uma prática baseada na evidência recorrendo, por exemplo, à discussão conjunta de artigos científicos.

“(...) muitas vezes o processo supervisivo, passa também por nós sermos um bocadinho formadores dos colegas da prática e sensibilizá-los para a necessidade da utilização de modelos teóricos de abordagem sistémica nas suas práticas... Neste aspeto, eu por exemplo procuro, sempre que oportuno, levar alguns artigos sobre as mais diversas temáticas inerentes às práticas do ensino clínico e discutí-los com os colegas orientadores... É uma forma discreta de os induzir a uma prática baseada na evidência...” (FG4:48).

Estes achados encontram eco nos trabalhos desenvolvidos por Garrido *et al.* (2008), uma vez que também estes autores são da opinião de que deve haver um esforço de

aproximação entre professores e supervisores clínicos na criação de parcerias em diversas áreas que passam, entre outras coisas, “(...) *pela formação pedagógica dos supervisores, realização de seminários, participação dos colaboradores na elaboração dos guias orientadores de estágios clínicos, participação dos profissionais na formação em diversas unidades curriculares, contratação de profissionais da prática para a atividade docente, etc.*” (p.67).

A Tabela 69, congrega os indicadores relativos à subcategoria debatida.

Realizando atividades de formação destinadas ao supervisor clínico - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Realizando seminários destinados no âmbito da supervisão clínica</i>• <i>Sensibilizando os supervisores para a utilização dos modelos teóricos de Enfermagem</i>

Tabela 69 - Subcategoria "*Realizando atividades destinadas ao supervisor clínico*"

Em **síntese**, preocupados com a qualidade da formação clínica dos estudantes, com a qualidade dos cuidados e também com o fomento da aproximação|articulação entre contextos de trabalho e a Escola, a estratégia formativa desenvolvida pelos docentes deste estudo parece passar também pelo fornecimento de suporte aos supervisores clínicos previamente e durante os ensinamentos clínicos e, ainda, pela realização de atividades de formação especificamente destinadas a estes.

2.8 Trabalho colaborativo entre a equipa docente

Autores como Roldão (2002) e Trindade (2002), a propósito do trabalho colaborativo docente, têm vindo a sublinhar o pensamento de que não se colabora para, ou por, colaborar. Colabora-se para ampliar as possibilidades de êxito face a determinada tarefa|situação. Sob esta moldura, a presente categoria, congrega as referências dos professores relativas colaboração/apoio entre docentes em ensino clínico e à análise conjunta das experiências supervisivas após o mesmo, com vista a alcançar os melhores resultados possíveis, quer do ponto de vista do sucesso académico do estudante quer do desenvolvimento profissional docente (Figura 31).

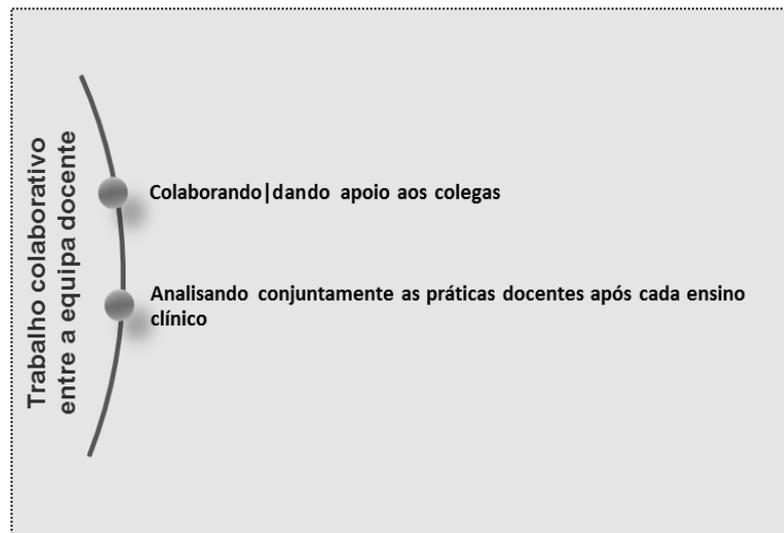


Figura 31 - Categoria "Trabalho colaborativo entre a equipa docente"

Colaborando|dando apoio aos colegas

O novo paradigma da docência exige uma preocupação real com a eficácia, a eficiência e a qualidade da educação. Neste âmbito, os professores reiteram a importância que atribuem ao trabalho colaborativo entre docentes, nomeadamente por via do apoio dado e/ou solicitado e da tomada de decisão “no colectivo”, tendo em vista a aprendizagem dos estudantes e a segurança e melhoria da prática dos cuidados.

“(...) aqui, na nossa escola, procuramos ter uma cultura colaborativa, segundo a qual, procuramos discutir... negociar...propor... validar... inovar... Procuramos não trabalhar individualmente, contrariamente, fazemos questão de que as decisões, sempre que possível, nasçam de consensos...” (FG6:60).

O trabalho colaborativo docente pode assumir formas diversas. Little (1990) sistematiza as formas de colaboração profissional entre professores em quatro categorias: (i) narrar e procurar ideias, (ii) ajuda e apoio, (iii) partilha, e (iv) trabalho em copropriedade. De acordo com a autora, a “ajuda e apoio” constituem, a forma de colaboração mais comum e expectável entre professores, especialmente quando em início de carreira ou em situações de resolução de casos difíceis. Habitualmente esta “ajuda e apoio” são prestados por colegas mais experientes; com maior responsabilidade no processo formativo ou, inclusive, por entidades externas à Escola.

Para além do apoio direto entre pares, Mestrinho (2008), destaca a importância de algumas estratégias colaborativas mais formais, que visam estimular a articulação entre o coletivo profissional, designadamente: a promoção da comunicação com os pares

através de publicações e conferências e a promoção da internacionalização do trabalho docente em Enfermagem, dando como exemplo, as conferências desenvolvidas no âmbito da FINE.

Analizando conjuntamente as práticas docentes após cada ensino clínico

A análise conjunta do trabalho desenvolvido pelos docentes após o termo de cada ensino clínico, independentemente do enfoque que lhe é atribuído (reflexão sobre a ação, análise do desempenho docente, melhoria contínua das práticas supervisivas ou contributo do acompanhamento discente para desenvolvimento profissional docente), emerge como uma atividade fortemente valorizada pelos professores.

“(...) acho que as reuniões que temos tido, após os estágios, são uma mais-valia para analisar os vários aspetos que durante os ensinamentos clínicos não correm tão bem: (...) a linguagem; as conceções; os princípios e as filosofias, dificuldades e conhecimento da realidade, são alguns exemplos... Por outro lado, são também úteis para estabelecer as estratégias a implementar no próximo estágio ou nos estágios do ano lectivo seguinte. (FG6:59).

Ao sublinhar a importância e valor dessa mesma análise, das narrativas docentes, sobressaem ainda as duas principais fontes de informação que possibilitam aos professores refletir e analisar as suas práticas clínicas quotidianas, são elas: o *feedback* dos supervisores, da equipa de Enfermagem dos contextos e dos estudantes, como se pode constatar nos seguintes excertos:

*“(...) outro aspeto que também tomo muito em consideração para o planeamento de estágios futuros, é o *feedback* quer dos colegas dos locais de estágio, quer da equipa de Enfermagem, quer dos próprios estudantes. Por vezes, os seus contributos podem ser muito úteis... É a tal coisa: quem vê de fora, vê sempre melhor...” (FG6:102).*

A literatura tem vindo a enfatizar o papel da colaboração entre professores, ao evidenciar as suas potencialidades no desenvolvimento profissional docente (Santos, 2013; Roldão, 2007; Lima, 2002; Caetano, 2003; Day, 2001; Hargreaves, 1998). A reforçar este pensamento, Flores & Veiga Simão (2009), sublinham que a *“(...) responsabilidade partilhada de planear, ensinar e relatar as experiências torna-se num catalisador para uma valiosa aprendizagem através da experiência, sendo essa qualitativamente diferente daquela em que se faz estas mesmas coisas sozinho”* (p.31).

Na Tabela 70, mostram-se os indicadores referentes à subcategoria discutida.

Analisando conjuntamente as práticas docentes após cada ensino clínico - Indicadores

- *Analisando conjuntamente com os colegas as práticas docentes*
 - *Avaliando anualmente, em conjunto, quer as estratégias quer as metodologias utilizadas*
 - *Utilizando o feedback dos alunos para introduzir mudanças no processo supervisivo*
 - *Utilizando o feedback dos supervisores e da equipa de Enfermagem dos contextos para introduzir mudanças no processo supervisivo*
 - *Validando processos com os outros docentes*
-

Tabela 70 - Subcategoria "Analisando conjuntamente as práticas docentes após cada ensino clínico"

Em **síntese**, das narrativas docentes parece evidenciar-se a importância atribuída à colaboração entre pares. De entre as atividades colaborativas comumente desenvolvidas destacam-se a ajuda|apoio durante os ensinos clínicos e a análise conjunta das práticas após o término de cada ensino clínico.

2.9 Utilização de “competências pessoais”

A presente categoria, tal como o próprio nome indica, inclui referências que expressam a valorização atribuída pelos professores e estudantes a algumas “competências pessoais” manifestadas pelos docentes durante os períodos de orientação|supervisão em ensino clínico. São competências que remetem essencialmente para o domínio sócio-afetivo, onde a motivação, o interesse e a vontade do professor ganham especial destaque durante o processo supervisivo. Especificamente, referem-se a competências tais como: “ser directivo”; “ser assertivo”; “ser criativo”; “ser intuitivo” e “ser pedagógico” (Figura 32).

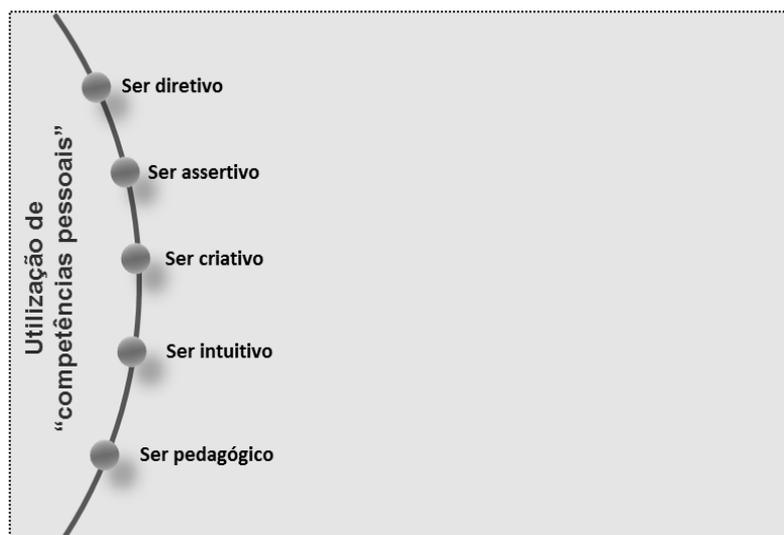


Figura 32 - Categoria "Utilização de competências pessoais"

Ser diretivo

Estudantes e professores são unânimes em considerar que durante os ensinamentos clínicos, em diversas circunstâncias, o docente age de modo bastante diretivo, concentrando essencialmente a sua ação em dar orientações, no estabelecimento de critérios ou no condicionamento das atitudes do estudante.

“Ultimamente, sinto que sou muito mais diretiva, isto também se deve ao facto de eu sentir que nas últimas turmas o comportamento deles é muito “deixa andar”, portanto, há que colocá-los nos trilhos [os estudantes], caso contrário eles acabam por não entender os propósitos e objetivos para que estamos ali...” (FG9:72).

“(...) Eu já apanhei professores muito diretivos. Quando as coisas não eram feitas como eles achavam que deviam ser, não hesitavam em definir muito bem qual era o nosso espaço...” (EA3:22).

Associado à ideia anterior, os professores assumem ainda que são exigentes e que essa exigência advém do dever e responsabilidade éticos de formar profissionais competentes e ativos, capazes de intervir assertivamente nos mais distintos processos de saúde-doença em que o enfermeiro de cuidados gerais é chamado a intervir.

“Eu penso que em geral, o professor ao construir o seu percurso profissional, com o passar do tempo e experiência profissional, vai-se tornando cada vez mais exigente consigo mesmo e, necessariamente, com aqueles a quem ensina... Porém, esta exigência não é gratuita, ela decorre do desejo e responsabilidade de transmitir a melhor preparação possível de modo a que os alunos venham a ser profissionais competentes e ativos na profissão...” (FG9:82).

A identificação de posicionamentos diretivos sobre o estudante durante o ensino clínico, quer por parte do supervisor clínico quer do docente é um resultado quase transversal à generalidade dos estudos efetuados no âmbito da supervisão clínica (Cunha *et al.*, 2010; Martins, 2009; Rua, 2009; Fernandes, 2007; Longo, 2005; Simões, 2004; Belo, 2003). Porém, alguns desses mesmos autores chamam à atenção para o facto de o estudante, especialmente nos primeiros ensinamentos clínicos, “defender-se um pouco” e esperar que o professor tome a iniciativa ou lhe diga o que deve fazer porque se sente perdido, não sabendo “o que” e “como fazer”, para responder às múltiplas solicitações com que é confrontado (Rua, 2009; Fernandes, 2007). Outras vezes, quando o estudante apresenta características como falta de iniciativa, timidez ou até ausência de conhecimento, o professor toma um estilo mais diretivo, enquanto estratégia para “impelir” o estudante a implicar-se no processo de ensino-aprendizagem e, naturalmente, tal atitude é lida pelo estudante como autoritária (Martins, 2009). Seja qual for o estilo de supervisão adotado,

cabe ao professor ajudar a estabelecer um clima favorável e apropriado ao aperfeiçoamento de um espírito de reflexão e autoconhecimento, que possibilite o desenvolvimento humano e profissional do estudante, criando ou mantendo neste o gosto por aprender (Alarcão & Tavares, 2003; Sá-Chaves, 2002, 2000).

Os indicadores relativos à subcategoria analisada são os constantes da Tabela 71.

Sendo diretivo - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sendo directivo</i> • <i>Sendo exigente relativamente ao processo de ensino-aprendizagem</i>

Tabela 71 - Subcategoria "*Sendo diretivo*"

Ser assertivo

O comportamento assertivo está diretamente relacionado com a capacidade que cada indivíduo tem de exprimir as suas ideias, opiniões, pontos de vista, mas também os gostos, sentimentos, necessidades e vontades, sem que com isso desrespeite ou viole as necessidades do outro. Embora não haja receitas, para o sucesso no relacionamento interpessoal, os docentes entrevistados consideram que “ser assertivo” é uma competência fundamental ao professor de Enfermagem, uma vez que é aquela que apresenta maior probabilidade de viabilizar uma relação construtiva, humana e bem-sucedida entre professor e estudante.

(...) Eu penso que se conseguirmos ser assertivos e mantivermos uma relação com o aluno baseada na assertividade, independentemente do resultado final que este tiver, ele vai sempre ver no professor uma pessoa humana, que está ali para o ajudar e apoiar e, por isso, vai respeitá-lo...” (FG11:42).

Reconhecida a importância da assertividade na relação interpessoal com o estudante, os professores descrevem alguns exemplos concretos de como os docentes manifestam esta competência no decurso do acompanhamento dos estudantes em ensino clínico:

- mantendo uma atitude positiva

“Porque eu estou lá para ajudar os alunos a aprenderem e a desenvolverem-se – naturalmente que há erros que não se podem perdoar, isso é óbvio, não é? – mas tento ver sempre tudo pelo lado positivo e inculcar essa mesma atitude no estudante...” (FG11:30).

- usando “tato e bom senso”

“[Criar um clima de confiança] (...) *leva muito tempo. Porque, por exemplo, num plano de uma ação de formação para a saúde em que o aluno mostra à enfermeira e esta diz: “Ah, está tudo muito bem! Avança com isto!” E depois quando nós vemos o plano, que o aluno manda por e-mail e diz: “ Olhe, já discuti com a senhora enfermeira e ela disse que está muito bem!” e nós verificamos que contém diversas incongruências. Nestas situações é preciso ter muito bom senso e tato para depois dar a volta a isto ...*” (FG4:59).

- sendo calmo e paciente

“(...) *orientar na prática também exige uma calma e uma paciência muito grande, porque senão o aluno não aprende. Amedronta-se e não avança. Eu sinto que há muita dificuldade no princípio.*” (FG7:29).

Na Tabela 72, estão reunidos os indicadores relativos à subcategoria antes discutida.

Sendo Assertivo - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Mantendo uma atitude positiva</i>• <i>Utilizando as “competências pessoais”</i>• <i>Usando a assertividade</i>• <i>Usando “tato e bom senso”</i>• <i>Ensinando com calma e paciência</i>

Tabela 72 - Subcategoria "Sendo assertivo"

Sendo criativo

A adoção de posturas criativas pelos docentes em ensino clínico parece constituir um aspeto muito valorizado por estes, enquanto estratégia para fazer face às dificuldades e imprevisibilidades com que se confrontam quotidianamente nos contextos profissionais.

“*Dificuldades? Tentamos sempre superar-nos e isso, às vezes, exige muita criatividade da nossa parte... Ou melhor, considerando a imprevisibilidade constante dos contextos, era impossível sobreviver aos estágios, se não tivéssemos uma grande dose de criatividade...*” (FG12:45).

A criatividade é um fenómeno complexo, multifacetado e pouco explorado, sobretudo em termos educacionais (Alencar e Oliveira, 2008; Alencar e Fleith, 2003). Porém, como referem as autoras, não há como negar a sua importância nos contextos formativos e a necessidade da sua promoção na formação dos estudantes. Tal exige do professor que esteja aberto a novas experiências e que, simultaneamente, seja ousado, curioso e tenha confiança em si próprio, para adotar uma postura facilitadora das aprendizagens.

Intrinseco à criatividade, o recurso ao improviso, é também valorizado pelos professores, uma vez que no desenvolvimento da sua atividade em ensino clínico, a imprevisibilidade e a urgência de agir obrigam o professor a trabalhar com “o que tem à mão” quer em termos de recursos materiais quer de conhecimentos ou até de experiência|inexperiência em determinada área clínica.

“A área que eu de facto sinto alguma dificuldade e que em diversas situações recorro ao improviso, é por exemplo a área de saúde mental pois, nós temos pessoas com problemas de saúde mental também em contextos comunitários uma vez que estão integradas nas famílias e nos grupos. (...) Neste âmbito, porque a nossa capacidade de controlo da situação é praticamente nula, há que ter muita capacidade de improviso... Claro está, que não é propriamente um “improviso às cegas”, já que tivemos alguma formação nesta área...(FG4:58).

Esta perspetiva acerca da atividade docente em ensino clínico, encontra eco nas metáforas que definem o professor como “artesão” (Sachs, 2009; Rodrigues, 2006; Paquay e Wagner, 2001; Altet, 2001) ou como “bricoleur” na acessão proposta por Lévi-Strauss, apresentada por Perrenoud (1993).

Na Tabela 73, podem observar-se os indicadores relativos à subcategoria analisada.

Sendo Criativo - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Improvisando</i> • <i>Usando a criatividade</i>

Tabela 73 - Subcategoria "*Sendo criativo*"

Sendo intuitivo

Os professores deste estudo, dizem “utilizar a intuição” enquanto recurso para resolver as diversas situações problemáticas com que se deparam no seu quotidiano clínico. Sublinham que a intuição facilita a apropriação instantânea de um conjunto de elementos que lhe permitem tomar decisões no calor da própria ação e definir o rumo a tomar, replaneando se necessário toda a atividade, de modo a dar uma resposta eficaz, efetiva e atempada às solicitações e dificuldades percebidas no estudante.

“Muitas das vezes é quase intuitiva esta questão ler o contexto, tomar decisões, replanear e ajudar o aluno a desenvolver-se na sua aprendizagem... Às vezes, não sei se isto é correto, mas é minha sensibilidade, que muitas das coisas que fazemos são quase intuitivas. No meio de toda aquela confusão dos contextos, perceber que determinado aluno não compreendeu a situação; outro tem dificuldades nesta ou naquela técnica e conseguir

arranjar exemplos e os termos certos para esclarecer as suas dúvidas no próprio momento... é muitas vezes intuitivo...” (FG10:87).

A intuição remete a “novas racionalidades de sentir|saber|fazer” que têm, em comum, a falta de uma compreensão articulada, clara ou racional das situações pedagógicas (Da Silva, 2009; Perrenoud, 2001, 2000). Trata-se da apreensão imediata de uma situação ou realidade, sem a intervenção de nenhum tipo de racionalização (Claxton, 2002), que resulta em reflexão, sentimento, impressão ou sensação e que podem vir seguidos (ou não) de decisão ou ação (Eraut, 2002).

Essa ação, resultado da intuição, que não se resume a um fazer do *habitus* (Perrenoud, 2001), mas sim a um saber, um saber-ser e um saber-fazer no momento, é a que possibilita que o docente apreenda direta, profunda e globalmente o problema “(...) *sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis*”, conferindo-lhe a segurança e a afirmação que lhe permitem ser reconhecido como perito (Benner, 2001:54).

Sendo pedagógico

De acordo com a opinião discente, o professor, no seio da tríade supervisiva – supervisor clínico, estudante, docente – é aquele que tem a responsabilidade pedagógica pela condução do processo educativo, pelo que a sua ação deve focalizar-se na mediação entre o conhecimento e o estudante. Nesta perspetiva, o professor é tido como o interlocutor que auxilia o estudante a descodificar reflexivamente os conteúdos e os “comos” e “porquês” das práticas profissionais à luz do conhecimento teórico aprendido previamente na escola.

“O orientador da escola, para mim, é uma pessoa mais – como é que eu hei-de explicar – mais pedagógica. É mesmo isso, mais pedagógica, uma vez que a sua preocupação base é com os aspetos mais teóricos, mais com a transmissão dos conteúdos e dos “comos” e os “porquês” da aprendizagem dos alunos (...). A preocupação é assegurar que sigamos e façamos as intervenções de Enfermagem conforme aprendemos na escola” (EA10:19).

Entende-se, pelos seus discursos, que as conceções destes estudantes, futuros enfermeiros, vão no sentido da perspetiva de Shulman (2005; 1987), ao reconhecerem que no exercício da sua atividade os professores utilizam e articulam diferentes tipos de conhecimento. Especificamente, mencionam o recurso ao conhecimento do conteúdo e ao conhecimento pedagógico do conteúdo, através dos quais o professor desconstrói os conceitos e as zonas menos óbvias da prática profissional ajudando os estudantes a

constuir significados sobre os mesmos, preferencialmente numa “(...) *ação reflectida, humanizada, oportuna, pertinente e ajustada (...) que se acredita ser o melhor para aquela situação e momento*” (Sá-Chaves, 2000:90). Nascimento (2007) apresenta a ideia de que o docente deverá ajudar o estudante a observar a sua própria ação e os contextos onde ela ocorre; a questionar e confrontar; interpretar e refletir e a procurar as melhores soluções para as dificuldades e problemas de que vai tendo consciência, (re)construindo assim o conhecimento.

Em **síntese**, com base num sentimento de responsabilidade ética de formar profissionais competentes, parece existir um conjunto de “competências pessoais” (quijá traços de profissionalidade), das quais os professores fazem uso frequente durante os períodos de orientação de estudantes em ensino clínico. Entre as competências identificadas estão, por exemplo: ser directivo; ser assertivo; ser criativo; ser intuitivo e ser pedagógico.

3. OBSTÁCULOS CORRENTES QUE RESTRINGEM O VALOR FORMATIVO QUE A PRÁTICA PODERIA TER

Apesar do valor e centralidade concedidos pelos sujeitos do estudo à componente prática da formação inicial de enfermeiros, não deixam contudo de reconhecer que este espaço-tempo não é isento de algumas fragilidades, contradições e ambiguidades que, muitas vezes, podem constituir-se como verdadeiros obstáculos e inibir o valor formativo que a prática poderia ter. No caso dos professores os obstáculos prendem-se essencialmente com a interação com os atores envolvidos no processo formativo (supervisor|equipa de Enfermagem|equipa multidisciplinar); com a falta de preparação para a função supervisiva e com as dinâmicas organizativas dos contextos. Do ponto de vista organizativo, são ainda salientados constrangimentos inerentes à falta de articulação organizacional e conceptual entre a academia e as organizações de saúde e às sucessivas reformas legislativas decorrentes da integração da formação em Enfermagem no ensino superior que, de acordo com os professores auscultados, vieram condicionar a atividade e disponibilidade docente para supervisionar os estudantes durante os ensinamentos clínicos.

Relativamente aos estudantes, esses obstáculos parecem estar associadas essencialmente a três ordens de motivos: a primeira, tem a ver com o choque com a realidade e com a dificuldade de adaptação do estudante às dinâmicas organizativas dos diferentes contextos; a segunda, está relacionada com as dificuldades inerentes à interação|relação com os diversos atores que “coabitam” os contextos de trabalho, sejam eles formadores (supervisor|professor), utentes|família ou outros profissionais que compõem a equipa multidisciplinar. Por último, são ainda evidenciadas dificuldades inerentes ao próprio processo formativo.

3.1. Obstáculos percebidos|sentidos pelos docentes nos contextos profissionais

De forma esquemática, apresentamos na Figura 33, o subtema que reúne o conjunto das categorias resultantes da leitura circunstanciada dos obstáculos percebidos|sentidos pelos docentes nos contextos profissionais no decurso dos ensinamentos clínicos. Especificamente, os dados coligidos permitem-nos inferir que esses obstáculos se relacionam fundamentalmente com aspetos tais como: a articulação interinstitucional; a preparação para o exercício da função supervisiva; a interação com o enfermeiro supervisor; a interação com o estudante; a organização e gestão do ensino clínico; a

interação com os contextos e, ainda, com os aspetos normativos intrínsecos ao próprio ensino clínico.

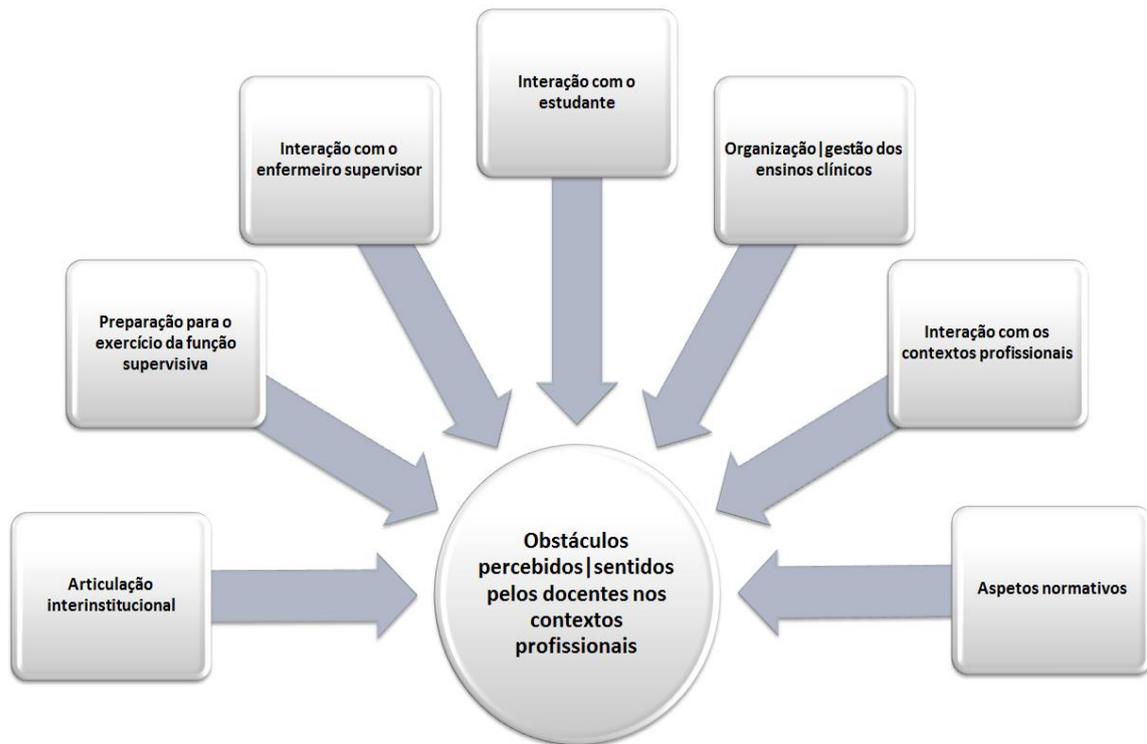


Figura 33 - Subtema "*Obstáculos percebidos|sentidos pelos docentes nos contextos profissionais*"

3.1.1 Articulação interinstitucional

Um dos constrangimentos à docência em ensino clínico, amplamente referido pelos docentes nas suas narrativas, prende-se com a desarticulação percebida|sentida entre a academia e as organizações de saúde. Pese embora a importância reiteradamente atribuída ao papel docente enquanto elo promotor dessa articulação, esse papel parece ser bastante dificultado face à persistência de diversos tipos de obstáculos, nomeadamente: ausência de parcerias efetivas entre as instituições de ensino e as organizações de saúde; desarticulação conceptual entre a academia e os contextos profissionais e, ainda, a instabilidade político-organizativa atual nas organizações de saúde (Figura 34).

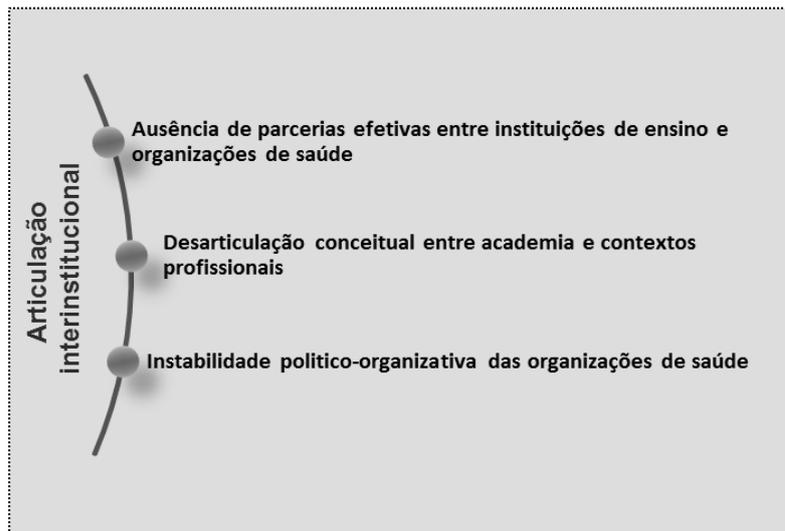


Figura 34 - Categoria "Articulação interinstitucional"

Ausência de parcerias efetivas entre as instituições de ensino e organizações de saúde

Para os professores a ausência de parcerias efetivas entre as instituições de ensino e as organizações de saúde consitui deveras um forte constrangimento ao normal desenvolvimento da atividade docente em ensino clínico. Os sinais e sintomas da frágil articulação entre atores (professores e enfermeiros dos contextos profissionais) e, em sentido mais lato, entre as organizações (academia e contextos profissionais), são perceptíveis nos mais pequenos detalhes do quotidiano supervisivo docente, desde o planeamento do ensino clínico até à sua implementação no terreno, como se pode inferir do conjunto dos seguintes excertos:

- dificuldade na obtenção de locais de estágio

“(...) penso que há uma outra questão, que progressivamente também se tem vindo a colocar: temos cada vez mais dificuldades em conseguir campos de estágio, porque há muitos estudantes de várias escolas em ensino clínico e há muitos colegas [enfermeiros orientadores] que não estão disponíveis para assumir estudantes face às elevadas cargas de trabalho que têm...” (FG2:4).

- a resposta às solicitações de contextos para a realização dos ensinos clínicos é dada “em cima da hora”

“Depois é tudo a correr ... É para ontem... É tudo em “cima do joelho”! É verdade! Por muito boa vontade que eu tenha, por mais que eu procure planear o estágio atempadamente e que o serviço manifeste vontade em receber o aluno, quer o serviço quer a escola nada podem fazer, pois, geralmente, os estágios são autorizados pelas administrações hospitalares e dos Aces em “cima da hora”...” (FG8:61).

- ausência de planeamento conjunto dos ensinamentos clínicos

“Isso para mim [o planeamento], é o mais complicado, tenho muita dificuldade em conseguir planear os estágios, (...), muito raramente tenho um conhecimento exacto dos serviços que irão participar nos estágios e, claro, muito menos quem são os orientadores... Nestas circunstâncias, eu pergunto: como podemos planear os estágios com os orientadores e com as chefias de Enfermagem se todas essas variáveis constituem perfeita incógnitas para nós?...” (FG5:16).

- os estágios são acordados apenas nos aspetos burocráticos, havendo uma completa dissociação dos contextos relativamente aos aspetos pedagógicos

“(...) o que nós fazemos agora, no fundo, é uma preparação do ensino clínico, que é uma reunião com os enfermeiros-chefes, na qual apenas são discutidos os aspetos burocráticos do estágio e pouco ou nada os aspetos académicos e pedagógicos (...). Nessas reuniões normalmente com os orientadores nem sequer estão presentes, logo como é que se podem discutir os aspetos pedagógicos, se aquele que irá ser responsável pela condução do ensino clínico nem sequer está presente na reunião...” (FG3:77).

- afastamento e indisponibilidade dos profissionais para apoiar o professor

“Eu sinto que às vezes nós, orientadores da escola, vamos aos Serviços e, como hei-de dizer, as pessoas parece que não nos veem... Percebe?!... Você chega e nem o cumprimentam, não param para perguntar nem quem é, nem o que pretende ou se precisa de ajuda... Não há disponibilidade, há um distanciamento muito grande... Mesmos os enfermeiros-chefes que antes se mostravam sempre muito calorosos, atualmente, demonstram uma constante indisponibilidade para nos receber e apoiar... Cada vez é mais difícil chegarmos às pessoas nas organizações de saúde.” (FG1:31).

- incapacidade docente para intervir localmente em termos de condução do processo supervisiivo ou na escolha dos supervisores

“(...) embora em alguns locais essa gestão [do ensino clínico] possa ser aparentemente partilhada, na generalidade dos contextos até isso é difícil, pois, quer as chefias de Enfermagem quer os próprios orientadores, estão pouco permeáveis à influência do professor e da escola, portanto, aí não conduzes o processo, fazes o que te permitem fazer... o que normalmente é pouco ou mesmo nada...” (FG2:15).

- indisponibilidade dos serviços para dispensar os enfermeiros supervisores para frequentar a formação disponibilizada pela Escola

“(...) nós nos últimos tempos fizemos apenas uma formação para os orientadores que iam orientar os alunos nesse ensino clínico, não conseguimos fazer mais... Não fizemos a formação porque as chefias dos serviços, por um lado, têm dificuldade em dispensar os enfermeiros para a formação, por outro lado, não nos conseguem dizer com a devida antecipação quem vão ser os orientadores em determinado estágio.” (FG7:15).

A formação dos estudantes de Enfermagem em ensino clínico, pela sua singularidade, exige dos profissionais dos contextos de trabalho uma profícua colaboração com os

docentes da escola, o que obriga a que sejam potenciadas sinergias entre as instituições de ensino e organizações de saúde/unidades de cuidados. Isto conduz à necessidade de (re)centrar o debate na problemática das parcerias institucionais na medida em que se considera que só uma articulação co-responsável (que envolva professores, estudantes e enfermeiros dos contextos profissionais) pode garantir a qualidade da formação dos estudantes de Enfermagem. Sob esta moldura, a supervisão clínica dos futuros enfermeiros não será mais vista como um projeto da escola, mas sim, como um projeto conjunto Escola – Organização de Saúde (Souza *et al.*, 2015; Mendes *et al.*, 2012; Dixe, 2007; Carvalho, 2006; Carvalhal, 2003).

Na Tabela 74, apresentam-se os indicadores que estiveram na origem da subcategoria discutida.

Ausência de parcerias efetivas entre as instituições de ensino e organizações de saúde - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Falta de proximidade /deficiente articulação interinstitucional (Academia – Contextos)</i> • <i>Incapacidade de intervir nos locais de estágio em termos de condução do processo supervisorio ou na escolha dos supervisores</i> • <i>Dificuldade de obtenção de locais de estágio</i> • <i>Inexistência de continuidade na relação supervisiva inter-institucional</i> • <i>Os estágios serem apenas combinados com os contextos relativamente aos aspetos burocráticos e não pedagógicos</i> • <i>Relacionadas com a falta de planeamento conjunto prévio dos ensinios clínicos</i> • <i>Indisponibilidade / falta de tempo para resolver questões burocráticas inerentes à preparação do ensino clínico</i> • <i>Relacionadas com o facto de a escola não providenciar formação aos supervisores</i> • <i>Os ensinios clínicos serem “autorizados em cima da hora”</i>

Tabela 74 - Subcategoria "Ausência de parcerias efetivas entre as instituições de ensino e organizações de saúde"

Desarticulação conceptual entre academia e contextos profissionais

A articulação entre as escolas e os contextos profissionais é uma necessidade desde sempre sentida na formação em Enfermagem mas com maior acutilância nos dias de hoje. Sendo o ensino clínico uma importante fonte de conteúdo para o curriculum dos estudantes, sabemos contudo, que a articulação conceptual entre a academia e os contextos profissionais parece ser inexistente ou residual e, quando existe, ela é fruto de iniciativas pontuais normalmente associadas a projetos académicos ou investigativos. A legitimar o referido anteriormente estão as narrativas docentes ao reconhecerem que existe um “verdadeiro desencontro conceptual” que “urge colmatar” na medida em que, na generalidade das situações, os profissionais desconhecem os modelos teóricos de Enfermagem nos quais a escola alicerça as suas práticas de ensino e, por seu lado,

também os professores não procuram inteirar-se das dinâmicas organizativas dos contextos nem da sua missão, visão, valores e objetivos.

“(...) nem sempre tem havido uma simbiose (...) entre a prática clínica e a docência, no sentido de todos estarmos muito entrosados em termos conceptuais. Quando essa interação existe, normalmente, é resultado de algum projeto académico ou investigativo, mas são sempre coisas muito pontuais... Na generalidade das situações os enfermeiros dos contextos desconhecem os modelos teóricos pelos quais regemos o nosso ensino e qual a visão da escola relativamente a esse ensino. Por outro lado, também nós desconhecemos as dinâmicas dos serviços, a sua missão, visão, valores e objetivos seja no hospital ou centro de saúde, portanto, considero que há um verdadeiro desencontro conceptual que urge assumir e reconhecer e trabalhar no sentido de o colmatar...” (FG9:7).

Associado à questão anterior, os professores salientam também a falta de sustentação teórica e a forma rotineira com que alguns profissionais desenvolvem a sua atividade assistencial no seu dia-a-dia.

“Por vezes, parece inglório perceber que apesar do esforço que é feito em contexto académico, os colegas [enfermeiros dos contextos profissionais], particularmente os que estão na saúde comunitária, apesar de detentores de bases teóricas que lhes permite agir de forma sustentada em contexto comunitário (sabem o que significa a importância da prevenção e de capacitar e empoderar o cidadão, a família ou mesmo a comunidade), agem de modo rotineiro e acrítico e todos estes conceitos estão ausentes quer no planeamento quer na execução das suas práticas...” (FG4:34).

Ainda a propósito da desarticulação conceptual percebida entre academia e contextos profissionais, os professores destacam a excessiva focalização dos profissionais nas competências instrumentais e no modelo biomédico. Simultaneamente, enfatizam a importância do papel docente e da escola na mudança de atitudes e esquemas de pensamento e ação dos enfermeiros dos contextos de trabalho.

“(...) Os enfermeiros orientadores estão muito preocupados apenas com o fazer: se administra bem o injetável, se faz bem o penso, se aplica bem uma ligadura, se... O enfoque primordial é no saber-fazer e nas intervenções interdependentes – o modelo biomédico... Penso que cabe-nos a nós fazer aqui um esforço e trabalhar estas questões de modo a contribuir para a modificação das práticas nos contextos...” (FG4:22).

A interação entre academia e contextos profissionais não está livre de alguns problemas e dificuldades e por vezes até de conflitos, sendo por isso caracterizada na literatura como “pontual e distante” (Merighi *et al.*, 2014; Espada, 2013; Martins, 2009; Longo, 2005; Simões, 2004; Abreu, 2003; Mestrinho, 2000). No entanto esta é uma realidade que urge modificar e, como tal, há que procurar o maior sucesso desta pedagogia de alternância. Sob esta perspectiva, distintos autores apontam para a necessidade de uma revolução de mentalidades, quer ao nível dos docentes quer dos enfermeiros dos

contextos, que conduza a uma interação dialogante, isto é, à análise e à discussão conjunta de problemas e formas de colaboração com vista a uma formação prática mais eficaz e à melhoria da qualidade dos cuidados (Garrido *et al.*, 2008; Silva e Silva, 2004; Franco, 2000).

Na Tabela 75, apresentam-se os indicadores relativos à subcategoria analisada.

Desarticulação conceptual entre academia e contextos profissionais - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relacionadas com a desarticulação conceptual entre academia e contextos</i> • <i>Excessiva centração das práticas nas competências instrumentais (modelo biomédico)</i> • <i>Relacionadas com a falta de sustentação teórica da atividade de Enfermagem nos contextos</i>

Tabela 75 - Subcategoria "*Desarticulação conceptual entre academia e contextos profissionais*"

Instabilidade político-organizativa das organizações de saúde

A atual instabilidade político-organizativa vivida no seio dos contextos da saúde é encarada pelos docentes como um constrangimento com elevado potencial de influência no normal desenvolvimento do ensino clínico.

“É claro que os contextos neste momento estão muito maus. Do meu ponto de vista, há várias coisas: umas que têm a ver com os profissionais e a forma de encarar a profissão; outras têm a ver com o próprio funcionamento das organizações, todas estas reformas nas organizações de saúde acabam por condicionar não só a qualidade dos cuidados mas também as aprendizagens dos alunos, seja na formação graduada ou pós-graduada...” (FG4:56).

São várias as condicionantes decorrentes dessa instabilidade. Por exemplo, o défice de recursos humanos e o conseqüente aumento da carga de trabalho bem como o tipo de responsabilidades assumidas pelo enfermeiro supervisor, parecem afetar não só a sua disponibilidade para o acompanhamento efetivo do estudante mas, também, a desejável e necessária articulação com docente, seja ela no âmbito do planeamento, do ajuste das estratégias formativas ou do *feedback* relativo às aprendizagens e desenvolvimento do estudante.

“(...) os serviços andam muito pesados, os ratios enfermeiro doente andam desproporcionados, chegam a ter 8 a 10 doentes numa manhã, independentemente do seu grau de dependência... Nestas circunstâncias, ter alunos é uma sobrecarga adicional, não têm quase tempo para o aluno, quanto mais para nós... Não conseguimos planear nem combinar o que quer que seja com eles... Às vezes até um simples feedback é difícil de obter, pois andam sempre a correr...” (FG3:85).

Por outro lado, a precaridade dos vínculos laborais e a conseqüente instabilidade das equipas de Enfermagem, associada à elevada rotação dos seus elementos e ao

absentismo ao trabalho, poderão, nalguns casos, constituir dificuldades acrescidas à supervisão docente.

“As equipas actualmente são muito instáveis, os vínculos são muito precários, há muitas entradas e saídas de pessoal, a maioria dos enfermeiros são todos muito novos... Depois, andam todos muito insatisfeitos e, talvez por isso, metem atestados, faltam ou trocam de turno inopinadamente, enfim...” (FG1:50).

Decorrentes das circunstâncias contextuais anteriormente identificadas, os professores veem-se ainda confrontados com mais algumas contradições e ambiguidades. Com efeito, sobretudo no segundo semestre, devido às férias dos profissionais, cada estudante pode ser orientado por um, dois ou mesmo três orientadores, num mesmo ensino clínico. Por outro lado, existem também referências que nos permitem inferir que, em alguns contextos, o estudante é utilizado como recurso humano suplementar, no sentido de colmatar a carência de profissionais nesses contextos.

“(...) no 2º semestre, por motivo das férias e consequente redução de pessoal, eu não consigo que os alunos fiquem sempre com o mesmo enfermeiro. Acabam por ter um, dois e, às vezes, três orientadores, durante o estágio... Embora isso possa ser positivo em termos do aluno poder contactar com diferentes profissões, da minha experiência eu não acho que seja assim tão positivo, especialmente aquando da avaliação sumativa...” (FG12:29).

“Eu sublinho bem esta ideia nos serviços: o estudante não substitui profissionais, nem mesmo no quarto ano, não tem que fazer todas as tarefas... O estudante está no contexto para aprender e para desenvolver as competências fundamentais do enfermeiro de cuidados gerais, não pode, nem deve ser utilizado como recurso para compensar a carência de profissionais, pois é isso que se verifica em alguns contextos...” (FG7:68).

Os achados anteriores vêm corroborar os resultados obtidos em outras investigações, nas quais, a opinião dos sujeitos independentemente de se tratar de estudantes (Martins, 2009; Belo, 2003), supervisores clínicos (Longo, 2005; Simões, 2004) ou docentes (Fonseca, 2004) é semelhante.

Sistematizam-se na Tabela 76 os indicadores relativos à subcategoria acabada de discutir.

Instabilidade político-organizativa das organizações de saúde - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Relacionadas com reorganizações e alterações das políticas das organizações de saúde</i>• <i>Relacionadas com instabilidade das equipas / contextos</i>• <i>Limitações organizativas e de recursos humanos dos contextos</i>• <i>Utilização do aluno para suprir as necessidades dos contextos em recursos humanos</i>• <i>A supervisão do aluno ser feita por múltiplos orientadores durante o mesmo ensino clínico</i>

Tabela 76 - Subcategoria "Instabilidade político-organizativa das organizações de saúde"

Em **síntese**, de acordo com os docentes ouvidos existe uma certa desarticulação entre os contextos profissionais e a academia. Subjacente a essa desarticulação parecem estar fatores como: a ausência de parcerias efetivas entre as instituições de ensino e as organizações de saúde; a desarticulação conceptual entre ambas as organizações e, também, a atual instabilidade político-organizativa das organizações de saúde.

3.1.2 Preparação para o exercício da função supervisiva

À semelhança dos resultados obtidos por Nascimento (2007), os docentes sublinham algumas dificuldades que, no seu conjunto, parecem indiciar a existência de um sentimento genérico de impreparação para o exercício da função supervisiva. Entre as dificuldades inferidas encontram-se, designadamente: a preparação deficitária para avaliar os adquiridos na prática pelo estudante; o afastamento docente da prática clínica; a dificuldade em perceber os limites do seu papel; o lidar com a componente emocional do ensino clínico e, ainda, a ausência de formação em supervisão clínica (Figura 35).

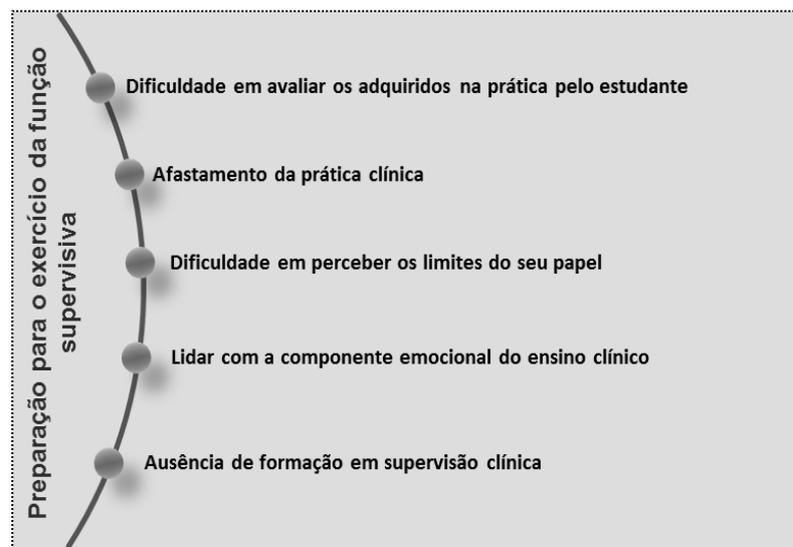


Figura 35 - Categoria "Preparação para o exercício da função supervisiva"

Dificuldade em avaliar os adquiridos na prática pelo estudante

A ausência de preparação ou uma preparação deficitária para o exercício supervisivo parece emergir de forma contundente na hora de proceder à avaliação do estudante em contexto clínico. Os docentes argumentam que apenas têm experiência de avaliação de “saberes teóricos”, pelo que, sempre que têm que avaliar os “adquiridos da prática” sentem-se “constrangidos” e até “desconfortáveis” nesse papel.

“Entre os aspetos menos positivos (...) referiria os momentos da avaliação do estágio. Na avaliação sumativa eu sinto-me um pouco constrangida... Nós só temos experiência de avaliação de saberes teóricos... Nos estágios a natureza da avaliação é diferente e nós não tivemos qualquer preparação para avaliar as aquisições efetuadas pelos estudantes nos estágios... Existem situações em que me sinto desconfortável com o facto de ter que avaliar...” (FG12:1).

Aprofundando o referido anteriormente, os professores assumem ter dúvidas quanto à justiça dos seus critérios e juízos aquando da avaliação do estudante, pela simples razão de que não acompanharam o estudante em permanência. Sublinham ainda, o carácter “solitário” da atividade avaliativa em ensino clínico, pelo que, sugerem que a partilha entre colegas poderia constituir uma ferramenta útil no sentido de tornar o processo avaliativo “mais justo” e “transparente” quer para os avaliados quer para os avaliadores.

“Eu fico sempre na dúvida se estou a ser justa ou não nos meus critérios e juízos, pois eu não estava lá para ver... Era bom haver ali um colega com quem nós partilhássemos as questões da avaliação... Afinal de contas, nos estágios estamos “sozinhos”, isso torna a avaliação num ato muito solitário... Era bom podermos partilhar as nossas dúvidas com um colega (...). Esse tipo de interação docente, poderia ser muito útil no sentido de que as avaliações fossem mais escrutinadas e transparentes... Acho que era mais justo, para nós e para os alunos.” (FG3:44).

De modo similar, no seu estudo, Nascimento (2007) concluiu que os “docentes-supervisores” sentem necessidade de supervisão da sua ação (por pares) durante o exercício da mesma, como forma de colmatar a “(...) indefinição de critérios e de parâmetros avaliativos” (p.34) ou a “(...) inexistência de uma linha orientadora comum para a operacionalização da supervisão em ensino clínico” (Idem).

Na Tabela 77, apresentam-se os indicadores que originaram a subcategoria discutida:

Preparação deficitária para avaliar os adquiridos na prática pelo estudante - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Relacionadas com a avaliação dos alunos</i>• <i>A supervisão docente não ser presencial</i>• <i>Relacionadas com a impossibilidade de fazer uma “real avaliação” dos adquiridos da prática</i>• <i>Medo de ser injusto</i>• <i>Lidar com a diferença de exigência, em termos de fundamentação das práticas, entre professor e supervisor</i>

Tabela 77 - Sucategoria "Preparação deficitária para avaliar os adquiridos na prática pelo estudante"

Afastamento docente da prática clínica

O afastamento docente da prática clínica, parece ser percebido pelos docentes como uma condição desfavorável à docência, sendo mesmo apontado como um aspeto pedagogicamente “negativo”, quer em termos de “processo” quer de “resultado”.

Argumentam os docentes, que o facto de praticarem uma supervisão “não presencial” é gerador de sentimentos de insegurança e de incapacidade nos docentes, considerada a necessidade de rigor e de um “absoluto controlo” do processo de ensino-aprendizagem clínico.

“(...) em relação aos aspetos que podem ser menos positivos, é que nós, após a integração na carreira docente, passámos de uma supervisão clínica em que era o professor que estava nos contextos de trabalho em permanência, para uma supervisão delegada num enfermeiro... O facto de eu não estar lá, na minha opinião, é negativo quer em termos do processo quer do resultado final... Em algumas situações fico mesmo insegura e com a sensação de que, por mais que me esforce, nunca conseguirei controlar o processo formativo em absoluto e com algum rigor...” (FG9:5).

Contrariando a opinião anterior, alguns autores defendem que a orientação dos estudantes não pode ser apenas função docente mas deve ser também de quem está na prática dos cuidados, numa orientação em parceria (Mestrinho, 2011; Cunha *et al.*, 2010; Dixe, 2007; Carvalhal, 2003; Longarito, 2002; Franco, 2000). Sublinham os autores, que a importância deste tipo de orientação reside fundamentalmente na possibilidade que cada um dos atores tem de poder contribuir com os saberes e competências que melhor domina, tornando a formação dos estudantes mais rica, completa, coerente e consistente. Para Mestrinho (2011), opinião que partilhamos, é evidente a necessidade de reestruturação dos ensinamentos clínicos com base em estudos de avaliação sobre a pertinência de modelos presenciais ou não presenciais dos professores.

Por outro lado, os docentes sentem também que o afastamento da prática limita as possibilidades de aquisição de conhecimento de conteúdo (Shulman, 2005, 2004, 1986), constituindo isso um fator contributivo para a sua desatualização em termos de conhecimento prático.

“No estágio há coisas em que eu não estou atualizada... Vai-se perdendo um bocadinho o conhecimento e a “mão” relativamente aos aspetos mais práticos... Nós estamos afastados da prática e isso é incontornável em termos de desatualização relativamente aquilo que se passa realmente nos contextos...” (FG12:92).

A este propósito alguns autores salientam que os docentes estão alheios à prática clínica e, por isso, não possuem a destreza exigível para a prática de cuidados (Simões *et al.*; 2008; Silva e Silva, 2004) e praticam um ensino desinserido da realidade ou demasiado teórico face à realidade (Pedro, 2011; Silva e Silva, 2004). De facto a pedagogia do futuro não pode ser alheia à procura de um equilíbrio dinâmico e dialético entre a teoria e a prática, e jamais a aglutinação de uma pela outra, até porque, ser professor de

Enfermagem é desenvolver a atividade docente com foco na área disciplinar, e tal só é possível se existir uma forte vinculação à prática, pois é esta que dá conteúdo à função docente (Pedro, 2011).

Por último, o afastamento docente da prática parece ainda condicionar ou mesmo impossibilitar que o professor se constitua como “modelo profissional” para o estudante.

“Eu [professor] não sou o modelo profissional do estudante, eu não estou lá... Quem é o modelo profissional é o enfermeiro do contexto. Sinto isso, mesmo por experiência própria, apesar de saber que isso vem descrito na literatura e nos resultados da investigação efetuada no âmbito da supervisão clínica, custa-me muito a aceitar isso, pois acho que deveríamos ser nós os modelos profissionais dos alunos...” (FG7:21).

Muito embora a responsabilidade do acompanhamento do estudante seja mútua (do orientador e do professor), a verdade é que é sobre o orientador do contexto que recai a maior “fatia” de responsabilidade, uma vez que é este a pessoa que acompanha mais de perto o trabalho do estudante, tornando-se, naturalmente, o seu modelo de mestria (ao invés do docente) e o elemento-chave de todo o processo formativo clínico (Silva *et al.*, 2011; Cunha *et al.*, 2010; Martins, 2009; Abreu, 2007, 2003, 2001; Simões *et al.*, 2008; Dixe, 2007; Paulino, 2007; Longo, 2005; Silva e Silva; 2004; Simões, 2004; Franco, 2000).

Numa perspetiva de mudança nos processos formativos em ensino clínico e de aproximação docente à prática, Mestrinho (2011) propõe a criação de uma Unidade Orgânica nas Escolas, com funções de coordenação conjunta com os contextos clínicos, em articulação com as comissões coordenadoras de cursos e direções das organizações de saúde, cuja finalidade seria diagnosticar e disseminar no terreno o trabalho conjunto desenvolvido e minimizar, dessa forma, os constrangimentos entre parceiros.

Na Tabela 78, apresentam-se os indicadores que originaram a subcategoria discutida:

Afastamento docente da prática clínica - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• Relacionadas com o afastamento docente da prática• Relacionadas com a desatualização relativamente ao conhecimento prático• Relacionadas com a “sensação de incapacidade” para controlar o processo supervisivo• Não poder constituir-se modelo de prática

Tabela 78 - Subcategoria "Afastamento docente da prática clínica"

Dificuldade em perceber os limites do seu papel

De acordo com os testemunhos colhidos, os professores admitem não se sentir totalmente preparados e confiantes para assumir a supervisão de estudantes em ensino clínico. Um dos aspetos subjacentes a tal sentimento parece estar relacionado com a ausência de definição legal dos papéis de docente e de supervisor clínico.

“Às vezes penso assim: “será que não estou a ultrapassar um bocadinho o meu papel enquanto professora?...”. (...) Fico na dúvida quanto aos limites do meu papel, uma vez que estamos no contexto de trabalho e é o enfermeiro orientador que conduz a supervisão dos alunos e é ele o responsável pelos doentes a quem os estudantes prestam os cuidados... Todas estas questões por vezes, levantam-me dúvidas e dificultam a perceção das fronteiras e responsabilidades de cada um de nós...” (FG3:20).

Esta questão tem sido amplamente referida na literatura (Abreu, 2007; Serra, 2007; Nascimento, 2007; Carvalhal, 2003; Ferreira, 2002; Franco, 2000), concluindo os autores sobre a necessidade de abordar o tema, com o objetivo de clarificar os desempenhos esperados dos vários atores intervenientes no processo formativo dos estudantes em contexto de prática clínica. Concretamente Ferreira (2002) alerta para a necessidade de *“(...) delimitar de uma forma clara as funções atribuíveis a enfermeiros dos serviços e a docentes das Escolas Superiores de Enfermagem, já que a actual situação é perturbadora para o processo de ensino-aprendizagem e pode conduzir a equívocos e a falsas expectativas entre os intervenientes”*(p.5).

Em consequência da dificuldade anteriormente referida, alguns professores declaram sentir necessidade de validar (sempre que possível) com os colegas mais experientes ou com a coordenação do ensino clínico as suas decisões.

“Eu tinha muita dificuldade em tomar decisões. Foi uma dificuldade que eu tive, tomar decisões, pensava: “Será que esta decisão que eu estou a tomar é a mais correcta?” Eu estava sempre a “chatear”, quer os colegas mais experientes quer a coordenadora de estágio, na procura de validar as minhas decisões... Não sabia se estava a transcender ou não o meu papel, não é? Tinha sempre medo de estar a fazer algo errado ou estar a ir além daquilo que era suposto ir, especialmente nos aspetos que de modo directo ou indirecto tivessem a ver com o orientador e com questões relacionadas com as dinâmicas dos serviços...” (FG3:74).

Os constrangimentos que docentes e enfermeiros supervisores sentem face à ausência de normalização das práticas de supervisão, colocam-nos num terreno inconsistente, onde muitas vezes são as influências pessoais e o bom relacionamento entre atores que fazem com que o processo supervisivo seja eficaz (Silva *et al.*, 2011; Pires, 2004). Contudo, num momento em que se pretende afirmar o ensino de Enfermagem no seio do ensino

superior, a sua componente prática não pode ficar ao sabor de “informalidades” e de “boas vontades”. Transparece assim, que embora os docentes e enfermeiros dos contextos não estejam na mesma situação profissional e assumam saberes diferentes, a colaboração e cooperação na partilha de recursos, de responsabilidades, de papéis interdependentes e a mútua confiança são indispensáveis (Zay, 2000).

Na Tabela 79, estão reunidos os indicadores fundadores da subcategoria discutida:

Dificuldade em perceber os limites do seu papel - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Impreparação para a função supervisiva</i> • <i>Relacionadas com a dificuldade docente em perceber os limites do seu papel</i> • <i>Relacionadas com o exercício supervisivo fora da respetiva área de especialidade</i> • <i>Relacionadas com a dificuldade de tomada de decisão</i>

Tabela 79 - Subcategoria "*Dificuldade em perceber os limites do seu papel*"

Lidar com a componente emocional do ensino clínico

Um constrangimento que surgiu de uma forma nem sempre clara nos discursos docentes foi a dificuldade docente em lidar com a componente emocional do ensino clínico. Os professores dizem-se angustiados e divididos, quando confrontados com problemas relacionados com questões comportamentais, de indisciplina ou, ainda, com o insucesso académico do estudante durante o ensino clínico. De um lado, a razão apela a uma tomada de decisão congruente e sustentada; de outro lado, a emoção, parece impelir o professor a proteger e cuidar do estudante, manifestando atitudes paternalistas.

“Aí [quando há problemas comportamentais com o estudante] apesar da experiência entra aquela coisa que não se aprende nos laboratórios (...), que são os aspetos subjetivos e emocionais do estágio: o tal cuidar do estudante, a tal relação empática, vêm ao de cima, tudo isto entra na relação e na avaliação e condiciona bastante a nossa atitude... Quando reprovamos alguém, sentimos sempre aquela sensação de ângustia... Somos professores mas sobretudo somos humanos, somos enfermeiros, pelo que temos que cuidar e proteger o estudante... Eu sinto que por vezes não consigo o distanciamento necessário e acabo por às vezes ter atitudes muito paternalistas.” (FG3:48).

Outro aspeto que parece influenciar emocionalmente o docente é o sentimento de isolamento vivido, durante os períodos de ensino clínico. A intensividade dos estágios, o elevado número de estudantes para orientar e as múltiplas atividades docentes inerentes à condução|gestão do próprio processo supervisivo, parecem não deixar muito tempo livre para que o professor possa interagir com os seus pares, sendo estes aspetos

reconhecidos como causadores de um elevado “desgaste docente” e consequente fechamento “na sua concha” com os “seus estudantes”.

“Neste aspeto sinto que o ensino prático é algo muito “fechado e solitário”, cada professor fica dentro da sua “concha”, com os seus alunos e, ainda por cima, nem sequer vai à escola... Passa a vida de local para local de estágio, tem muitos alunos dos vários anos para orientar, tudo isso isola o professor, não permite grande partilha nem pedidos de ajuda pois sabemos que todos andam assoberbados de trabalho... Esta intensividade é, por vezes, desgastante e até deprimente...” (FG3:26).

As múltiplas contrariedades decorrentes do próprio processo supervisivo e a falta de apoio institucional na resolução de problemas, parecem também estar na génese de algum desalento e desmotivação docente.

“Sim, é verdade que, às vezes, também nós ficamos desmotivados face aos problemas com que nos vemos confrontados nos estágios e com a falta de apoio que temos por parte da escola... No fundo, “apanhamos” dos dois lados, da escola e dos contextos... Da escola, porque, apesar da aparente valorização da prática, facto é que o estágio é secundarizado relativamente às disciplinas teóricas... Por outro lado, os contextos responsabilizam-nos por todas as coisas menos positivas que acontecem durante o estágio... Tem dias em que tudo isto, não vou negar, me provoca algum desalento...” (FG3:16).

Para Nascimento (2007), a falta de apoio institucional “(...) *pode contribuir para que os docentes supervisores sintam dúvidas, inseguranças, receios na sua ação, alimentando o cansaço, o desânimo e a insatisfação profissional*” (p.34). No sentido de limitar tais possibilidades a autora sugere que sejam criadas parcerias efetivas entre as organizações de saúde e escolas e que, paralelamente, sejam desenvolvidos nestas últimas, mecanismos colaborativos e de supervisão de pares.

Na Tabela 80, mostram-se os indicadores resultantes da análise dos dados que originaram a subcategoria analisada.

Lidar com a componente emocional do ensino clínico - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relacionadas com as exigências da própria função supervisiva</i> • <i>Lidar com a componente emocional do ensino</i> • <i>Relacionadas com o isolamento docente</i> • <i>Relacionadas com a desmotivação do professor face às múltiplas contrariedades que surgem no decurso do processo supervisivo</i>

Tabela 80 - Subcategoria "*Lidar com a componente emocional do ensino clínico*"

Ausência de formação em supervisão clínica

Um dos motivos conducentes ao sentimento de impreparação docente para o exercício da função supervisiva, parece estar associado à falta de formação pedagógica em termos gerais e, especificamente, ao défice de formação em supervisão clínica.

“Nós sentimos sempre a necessidade de formação em todas as áreas, não é?! Porém há uma que se evidencia: a necessidade de formação pedagógica e mais concretamente em supervisão clínica. Nós fomos formados para ser enfermeiros e não professores ou orientadores de estágio... A única formação pedagógica que tivemos foi no âmbito da especialidade... Porém, após entrarmos na carreira docente não tivemos qualquer formação pedagógica... Isso para mim constitui uma lacuna grave...” (FG2:14).

O sentimento de impreparação pedagógica para o exercício supervisivo em ensino clínico parece ser ainda estimulado pela escassez de literatura em língua portuguesa em algumas áreas mais especializadas da prestação de cuidados. Poderá então inferir-se do discurso docente que, associado às insuficiências de preparação pedagógica, os professores sentem também algumas dificuldades|lacunas no âmbito da sua área disciplinar.

“Ao nível da Enfermagem comunitária, em português ou publicados em Portugal, artigos ligados aos cuidados de saúde primários, à intervenção comunitária, são muito poucos ou quase inexistentes, então, baseados em modelos teóricos de intervenção comunitária, quase não há nada. Eu, pelo menos, não tenho conhecimento...” (FG4:85).

A questão das necessidades de formação pedagógica dos docentes no ensino superior em geral (Almeida, 2012; Pinto, 2008; Esteves, 2005; Zabalza, 2004; Cruz Tomé, 2003; Reimão, 2001) e, especificamente, no ensino de Enfermagem (Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Nascimento, 2007), como tivemos oportunidade de evidenciar na primeira parte do estudo, “(...) *ainda não constitui uma prioridade na cabeça das pessoas*” (Gonçalves, 2012:260). Sob esta moldura, a formação na área pedagógica, nomeadamente, ao nível pós-graduado, apresenta-se como um “possível caminho a seguir”, enquanto espaço de desenvolvimento e de construção de conhecimento profissional docente em Enfermagem (Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Shulman, 2005).

Na Tabela 8, apresentam-se os indicadores relativos à subcategoria discutida.

Ausência de formação em supervisão clínica - Indicadores

- *Falta de formação pedagógica para o exercício supervisivo*
 - *Relacionadas com a pouca literatura disponível em algumas áreas de especialidade em Enfermagem*
-

Tabela 81 - Subcategoria "*Ausência de formação em supervisão clínica*"

Em **síntese**, as narrativas dos professores parecem salientar a existência de um sentimento de impreparação para o desempenho da função docente de orientação de estudantes em ensino clínico. Entre as razões fundadoras desse sentimento parecem estar a fraca preparação para avaliar os adquiridos da prática; o afastamento docente da prática clínica; a dificuldade de delimitação de papéis entre docente e supervisor clínico; lidar com a componente emocional dos ensinamentos clínicos e, ainda, com a ausência de formação em supervisão clínica.

3.1.3 Interação com o enfermeiro supervisor

A literatura no âmbito da supervisão clínica tem vindo a defender que o diálogo, o apoio e o *feedback* entre docentes e enfermeiros supervisores para além de promover um bom clima afetivo-relacional, constituem a pedra angular do desenvolvimento pessoal e profissional dos sujeitos diretamente envolvidos no processo formativo. Porém, alguns autores, reconhecendo que esta realidade nem sempre se verifica, não hesitam em caracterizar a relação docente – enfermeiro supervisor como “superficial”, “distante” ou “inconsistente” considerada a falta de comunicação efetiva entre ambos os atores (Silva *et al.*, 2011; Cunha *et al.*, 2010; Longo, 2005; Silva e Silva, 2004; Simões, 2004). Por vezes esta comunicação é referida como satisfatória, mas nunca como boa (Simões *et al.*, 2008). Legitimando os resultados obtidos nos trabalhos anteriormente citados, os professores do presente estudo referem que as divergências verificadas entre supervisor clínico e docente poderão estar relacionadas com fatores tais como: Impreparação do enfermeiro supervisor para a função; diferentes visões acerca do cuidar em Enfermagem; indisponibilidade do supervisor para o exercício da função supervisiva; e as características pessoais do supervisor clínico (Figura 36).

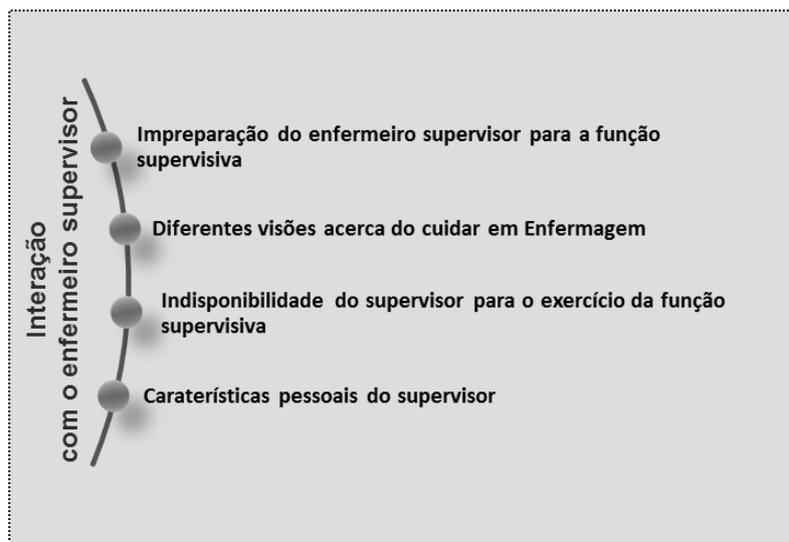


Figura 36 - Categoria "Interação com o enfermeiro supervisor"

Impreparação do enfermeiro supervisor para a função supervisiva

A avaliar pelos relatos de alguns dos grupos de docentes entrevistados, a impreparação do enfermeiro supervisor para a função supervisiva pode constituir um forte constrangimento à interação entre ambos os atores e, por conseguinte, à atividade supervisiva docente. Essa impreparação parece ser percebida pelos docentes sob múltiplas e distintas formas no quotidiano supervisivo. Entre as mais apontadas encontram-se, por exemplo:

- a dificuldade em colaborar na avaliação do estudante

“(...) A generalidade [dos orientadores] tem dificuldades em avaliar e por isso não utiliza os instrumentos, não sabe e não quer avaliar... alguns até verbalizam que não têm nada a ver com a avaliação do aluno, que isso é função exclusiva do professor...” (FG7:30).

- a ausência de motivação para a função supervisiva

“(...) o que me parece, é que os orientadores estão super desmotivados e super cansados e muito cépticos ao desenvolvimento da nossa profissão, incluindo as chefias, e isso acaba por condicionar o ter ou não vontade de orientar alunos...” (FG1:8).

- a ausência de consciência acerca da natureza e importância do seu papel

“Às vezes, tenho as minhas dúvidas... Não sei se os orientadores têm a verdadeira noção da responsabilidade que é ser orientador de estágio, se sabem verdadeiramente qual é o seu papel no processo de formação do aluno... Temos tido alguns problemas com orientadores que não sabem bem os limites do seu papel... ..” (FG1:27).

- a manifestação de comportamentos “menos éticos” diante do estudante

“Esta minha dificuldade decorre daquilo que vou escutando nas reuniões de estágio... Os alunos narram situações em que claramente os orientadores manifestam atitudes e comportamentos “muito pouco éticos” diante do estudante...” (FG4:78).

- a falta de experiência (supervisiva e/ou clínica)

“(...) orientadores clínicos muito novos em termos de carreira, e com pouca experiência, são muito inseguros e transmitem essa insegurança ao aluno. Esta situação exige uma maior atenção da nossa parte... Na realidade, temos que apoiar o estudante na sua natural insegurança, mas, simultaneamente, temos que apoiar também o profissional...” (FG8:13).

Nos seus estudos também Figueiredo (2013), Mestrinho (2011) e Serra (2007) detetaram alguns constrangimentos profissionais entre o ideal de ensino e a prática profissional, minimizados por um olhar atento de ambos os atores intervenientes, na procura da aproximação tantas vezes exercitada porém poucas vezes conseguida (Nunes, 2010, 2007).

Os indicadores que seguidamente se apresentam na Tabela 82, são os que deram corpo à subcategoria antes discutida.

Impreparação do enfermeiro supervisor para a função supervisiva - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Impreparação dos supervisores para a função</i> • <i>Impreparação dos supervisores para colaborar na avaliação do aluno</i> • <i>Desmotivação dos supervisores</i> • <i>Supervisores que não sabem os limites do seu papel</i> • <i>“Falta de responsabilidade” do orientador pela função supervisiva</i> • <i>Comportamentos “menos éticos” dos supervisores</i> • <i>Supervisores muito jovens ou em início de carreira</i>

Tabela 82 - Subcategoria *“Impreparação do enfermeiro supervisor para a função supervisiva”*

Diferentes visões acerca do cuidar em Enfermagem

De acordo com os professores, os supervisores clínicos evidenciam uma profissionalidade orientada segundo o modelo biomédico, focada na tarefa e na sobrevalorização dos aspetos técnicos da profissão. Contrariamente, os docentes defendem um modelo de prática mais conceptualista. Essa diferença de visão acerca do “cuidar em Enfermagem”, “dissintonia” segundo os professores, parece ser percebida por estes não só como um obstáculo a uma boa interação entre ambos os atores mas, também, como um possível constrangimento ao desenvolvimento do estudante, designadamente, no que se relaciona com o “fazer a ponte entre teoria e prática”.

“Os orientadores centram-se muito nas técnicas, nos pormenores destes, no modelo biomédico... Talvez por isso, induzem os alunos no pensamento de que se dominarem bem

as técnicas serão melhores enfermeiros e mais influentes e bem vistos no seio da equipa. Portanto, há aqui uma “dissintonia” muito grande quanto ao que é ensinado na escola e o que é realmente ensinado e feito na prática... Por isso, o aluno sente muita dificuldade em fazer a ponte entre a teoria e a prática. Esta é a realidade que nós temos, e ponto final, parágrafo!” (FG6:21).

A resistência do supervisor clínico à mudança de hábitos de trabalho e à adoção de uma perspectiva mais conceptualizada dos cuidados de Enfermagem se, por um lado, emerge das narrativas docentes como um reiterar dos constrangimentos à docência anteriormente apresentados, por outro lado, faz com que os professores se confrontem com as suas próprias limitações e com as dificuldades decorrentes da atual conjuntura político-económica, forçando-os a procurar limitar essas resistências, ainda que através de iniciativas pontuais e pouco formalizadas.

“(...) muitas vezes encontramos da parte do orientador bastante resistência aos modelos teóricos ensinados na escola... Para derrubar essas resistências era necessária uma disponibilidade que não temos e a conjuntura político-económica não é favorável a que tal mudança ocorra ... Resumimo-nos assim, através de iniciativas pontuais, a tentar limitar essas resistências...” (FG7:4).

São vários os autores que apontam a clivagem conceptual e ideológica existente entre a teoria e a prática como uma das prováveis razões para essa diferença de visões entre docentes e enfermeiros supervisores acerca do cuidar em Enfermagem, (Araújo *et al.*, 2012; Serra, 2011; Cunha *et al.*, 2010; Rua, 2009; Martins, 2009; Simões *et al.*, 2008; Fernandes, 2007; Abreu, 2007, 2003, 2001; Dixe, 2007; Silva e Silva, 2004; Carvalhal, 2003; Mestrinho, 2000, 1997; Franco, 2000). Na busca de contribuir para a solução deste problema, Abreu (2003) sugere que um dos caminhos a seguir poderá ser o estabelecimento de parcerias entre escolas e organizações de saúde, de cujo processo ambas organizações podem beneficiar.

Seguidamente, na Tabela 83, sistematizam-se os indicadores que originaram a presente subcategoria.

Diferentes visões acerca do cuidar em Enfermagem - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Supervisores com uma profissionalidade muito orientada ao modelo biomédico</i>• <i>Resistência do supervisor à mudança de hábitos de trabalho e à adoção de uma perspectiva mais conceptualizada dos cuidados de Enfermagem</i>

Tabela 83 - Subcategoria "*Diferentes visões acerca do cuidar em Enfermagem*"

Indisponibilidade do supervisor para o exercício da função supervisiva

Coincidindo com as dificuldades sentidas pelo estudante, como adiante se verá, também os docentes reconhecem na indisponibilidade/falta de tempo do enfermeiro supervisor para a função supervisiva, um forte obstáculo quer a uma efetiva supervisão|acompanhamento do estudante quer ao estabelecimento de uma comunicação eficaz com o docente.

“(...) Nunca têm disponibilidade para nos receber [os orientadores]... Eu sei que não é fácil!... Há várias condicionantes que favorecem essa indisponibilidade e, tanto quanto me tenho vindo a aperceber, nestes últimos 3 anos, as coisas ainda se agravaram mais... eles [orientadores] nem têm tempo para orientar convenientemente os alunos, quanto mais para estarem connosco...” (FG1:44).

Subjacente a essa indisponibilidade parece estar a carência de enfermeiros nos contextos profissionais e o conseqüente aumento do volume de trabalho dos supervisores, já que estes acumulam a função supervisiva com a cuidativa. Os docentes sublinham ainda, que esta sobrecarga de trabalho tem conduzido os supervisores à exaustão e, por isso, ultimamente, alguns deles têm vindo a recusar participar na supervisão de estudantes.

“(...) eles têm um volume de trabalho muito elevado, têm muitos doentes e há falta de enfermeiros nos serviços (...). Os orientadores estão exaustos e recusam-se a ter alunos... É verdade! Se antes era prestigiante e toda a gente queria ter alunos, atualmente as pessoas não querem e recusam-se, alguns chefes de serviço têm partilhado isto comigo...” (FG7:24).

Face à não adesão dos enfermeiros à função supervisiva, situações têm existido em que a essa função lhes é imposta como se pode inferir do seguinte trecho das narrativas docentes:

“É horrível para os alunos, já nos aconteceu várias vezes os orientadores dizerem diretamente aos alunos que não queriam ser orientadores, mas que essa supervisão lhes foi imposta... Isto é muito complicado para os alunos...” (FG6:39).

A evidência tem vindo a mostrar que uma prática consistente de supervisão clínica, está condicionada por uma multiplicidade de variáveis, entre as quais, a pluralidade de funções do supervisor, com a inerente sobre-ocupação e falta de tempo para o desempenho das mesmas. No sentido de colmatar as dificuldades constatadas, alguns autores inspirados em realidades anglo-saxónicas, como por exemplo, o Reino Unido, os Estados Unidos ou a Austrália, defendem a formalização da atividade supervisiva, não só pela via da criação de um pacote legislativo que vise regular esta atividade,

como, ainda, através da formação contínua e a criação de um leque de apoios e incentivos (Silva *et al.*, 2011; Serra, 2007; Carvalho, 2006; Pires, 2004).

Na Tabela 84, apresentam-se os indicadores relativos à subcategoria discutida.

Indisponibilidade do supervisor para o exercício da função supervisiva - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Relacionadas com a “falta de tempo” dos orientadores para o exercício da função supervisiva</i>• <i>Imposição da função supervisiva aos supervisores</i>• <i>Recusa dos supervisores em participar na supervisão dos alunos</i>

Tabela 84 - Subcategoria "*Indisponibilidade do supervisor para o exercício da função supervisiva*"

Características pessoais do supervisor

A qualquer processo supervisivo parece ser vital o diálogo e a articulação entre docente e supervisor clínico. Neste âmbito, as características pessoais de ambos os atores podem ser determinantes do êxito ou insucesso do processo formativo clínico. Focalizando-se especificamente nos supervisores clínicos, os professores do presente estudo, consideram que características como “pouca abertura ao diálogo”, “pouca disponibilidade” ou “excessiva diretividade” na relação com o estudante, podem constituir importantes impedimentos a um normal desenvolvimento do processo colaborativo entre ambos os agentes formativos.

“(…) Há enfermeiros cujas características pessoais condicionam muito, não só a relação com o estudante mas, inclusive, connosco... Começa logo pela manifestação de pouca vontade para dialogar ou para ouvir o que tenhamos a dizer... São excessivamente directivos com os alunos e na relação connosco impõem uma barreira enorme, mostram-se sempre indisponíveis para o que quer que seja, dificultando todo o processo de colaboração que procuremos estabelecer...” (FG3:50).

A este respeito, são vários os estudos que se referem às características que idealmente os supervisores clínicos deverão possuir. Entre as características julgadas como imprescindíveis, encontram-se as que remetem para a dimensão interpessoal da relação supervisiva, nomeadamente: disponibilidade para interagir com os diferentes intervenientes no processo supervisivo e para ajudar a identificar e solucionar problemas; saber ouvir; capacidade de diálogo; compreensão; simpatia; espontaneidade na expressão e autenticidade no comportamento (Sim-Sim *et al.*, 2013; Martins, 2009; Garrido *et al.*, 2008; Abreu, 2007; Cottrel, 2002; Franco, 2000).

Em **síntese**, apesar de reconhecerem a importância do papel do supervisor clínico no processo de desenvolvimento do estudante durante o *practicum*, os docentes auscultados

não deixam contudo de apontar a existência de algumas divergências entre docentes e supervisores clínicos com potencial para condicionar não apenas a relação entre ambos os atores mas o próprio processo de ensino-aprendizagem clínico. Entre os fatores explicativos de tais divergências parecem estar: a impreparação do supervisor clínico para a função supervisiva; a diferença de visão acerca do cuidar em Enfermagem; a indisponibilidade do supervisor para o desempenho da função; as suas características pessoais e o exercício da função supervisiva, em algumas situações, não ser voluntário.

3.1.4 Interação com o estudante

De modo geral, ensinar designa a atividade do professor e o conceito de ensino refere-se à interação professor – estudante, tendo como produto final a aprendizagem. Porém, esta interação nem sempre é linear, podendo ser vários os fatores conducentes a algumas “incompatibilidades” ou “falhas de comunicação” que poderão estar na base de uma experiência clínica menos positiva quer para o supervisando quer para o docente. Entre os fatores mais salientados encontram-se, por exemplo, as características pessoais do estudante; o ambiente afetivo-relacional desfavorável; a impreparação (teórica) do estudante para a frequência do ensino clínico e a falta de implicação deste no processo de ensino-aprendizagem clínico (Figura 37).

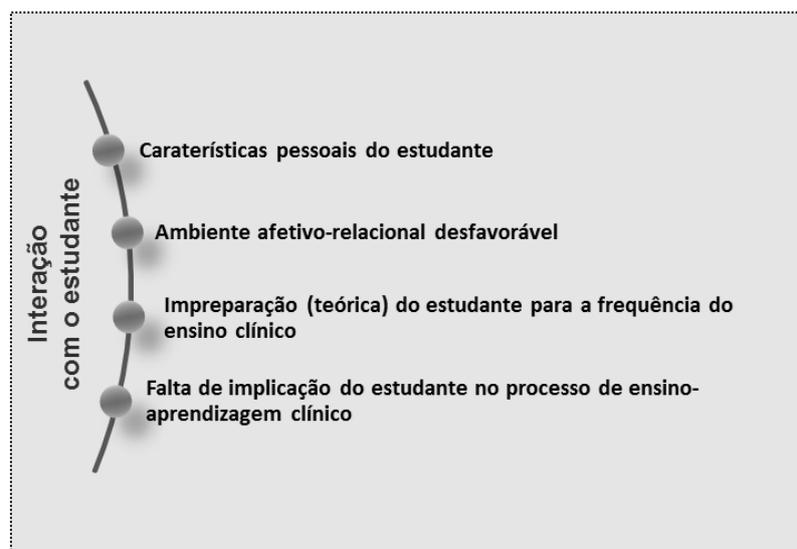


Figura 37 - Categoria "Interação com o estudante"

Características pessoais do estudante

As características do estudante parecem influenciar de forma significativa o tipo de interação que é estabelecida com o docente. Assim, características como “ausência de

maturidade”, “falta de humildade”, “falta de iniciativa”, “insegurança”, “desonestidade”, “manipulação” e “individualismo”, são encaradas pelos docentes como dificultadoras e, em alguns casos, até inibitórias do desenvolvimento de uma relação interpessoal e pedagógica construtiva, baseada no respeito mútuo.

“Uma das dificuldades que nós, professores, sentimos, é que os estudantes são cada vez mais jovens e também cada vez mais imaturos, talvez por isso, muito inseguros. (...) Entre colegas, muitas das vezes nos questionamos se alguns dos jovens que terminam o curso estão capazes de cuidar de alguém, quando muitas vezes revelam não sequer saber cuidar de si mesmos...” (FG4:52).

“A falta de humildade do estudante, é para mim, algo com que tenho dificuldade em lidar e sinto que condiciona duas coisas: a longo prazo, o desenvolvimento do aluno; a curto prazo, o processo avaliativo seja ele formativo ou sumativo. Eu sinto isto nitidamente...” (FG7:40).

“Verdadeiramente eu acho que especialmente nos últimos cursos sinto uma grande falta de iniciativa... Tem muito a ver, (...) com as características pessoais do aluno...” (FG11:36).

“(...) porque isto de dizer que a culpa é de não sei quem e não sei que mais... é sempre do outro, é sempre das matérias que não foram dadas, é sempre do orientador... o que mais me incomoda é isto, é a manipulação que fazem dos dados, é a falta de honestidade e de veracidade... e parece-me que cada vez é mais comum...” (FG1:19).

“(...) alguns [estudantes] até trabalham em equipa, mas outros, são muito individualistas, só funcionam pelas simpatias e pelas preferências... Em geral manifestam muita relutância em trabalhar em grupo e em partilhar informação... São muito individualistas!” (FG12:33).

São vários os estudos que evidenciam as características dos estudantes como fator potencialmente condicionador da relação entre estudante-supervisor clínico e/ou docente (Cunha *et al.*, 2010; Martins, 2009; Belo, 2003; Caires, 2003, 2001). Porém, se na perspetiva docente, as características pessoais do estudante poderão ser uma variável com potencial efeito condicionador da relação entre ambos os atores, o inverso parece também ser verdadeiro. Com efeito, num estudo desenvolvido por Belo (2004), os estudantes salientam algumas atitudes docentes que consideram não só constituir barreiras a uma “boa comunicação”, como também passíveis de conduzir a inibições que poderão traduzir-se em incapacidade do estudante para executar as tarefas, responder a questões ou colocar dúvidas. Entre as atitudes docentes mencionadas encontram-se, por exemplo: autoritarismo, exaltação, intimidação, injustiça, impulsividade, coercividade e incompatibilidade.

De acordo com Alarcão e Tavares (2003), o processo de supervisão, tem como objetivo fulcral ajudar o estudante a desenvolver-se, pelo que a interação entre os atores deve

assentar em três atitudes essenciais: realismo, aceitação e empatia. Sublinha ainda a autora, que só através dessas três atitudes é possível estabelecer uma atmosfera de confiança autêntica e colaborante, propiciadora de uma interação positiva, congruente, responsável e comprometida entre professor e estudante.

Os indicadores que deram corpo a esta categoria podem ser observados seguidamente na Tabela 85.

Características pessoais do estudante - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de maturidade do aluno • Falta de humildade do aluno • Lidar com alunos manipuladores • Falta de honestidade do aluno • Lidar com alunos muito críticos • Lidar com o individualismo do aluno • Lidar com a insegurança do aluno

Tabela 85 - Subcategoria "Características pessoais do estudante"

Ambiente afetivo relacional desfavorável

Lidar com “estudantes difíceis”, que “não sabem-estar” ou que têm “dificuldades em assumir os seus erros”, parece constituir um elemento não só perturbador do normal desenvolvimento do ensino clínico como, também, uma fonte de dificuldade, preocupação e até de descontentamento docente. Vejamos algumas reflexões que suportam os referidos contributos:

“(...) para mim, são “alunos difíceis” quando não sabem estar... Preocupam-me muito os alunos que não sabem estar nas ocorrências; não sabem falar com os familiares; não sabem abordar o doente de uma forma assertiva, já para não falar na forma como alguns se dirigem aos orientadores e inclusive a nós...” (FG11:38).

“Alguns alunos têm muita dificuldade em assumir os seus erros e isso acaba por condicionar o processo avaliativo. (...) Eu penso que essa recusa em assumir os seus erros poderá ser um sinal ainda de imaturidade...” (FG7:45).

Se nos relatos anteriores os professores expressam genericamente a dificuldade em lidar com comportamentos e atitudes menos corretas de alguns estudantes, nos seguintes, os discursos tornam-se mais precisos, percebendo-se que os elementos de constrangimento docente prendem-se, por exemplo, com a manifestação de “comportamentos menos éticos diante dos utentes ou profissionais” ou a “desvalorização|ocultação de incidentes críticos” que possam vir a constituir-se como problemáticos e de difícil resolução.

“(...) estou-me a lembrar de dois casos que tive, para além dos poucos conhecimentos que detinham, (...) eram mesmo “mal-educados” com os profissionais e doentes... Houve inclusive uma situação, em que do ponto de vista ético passou dos limites e tivemos que intervir e interromper o estágio, houve queixas dos profissionais nesse sentido... É muito difícil para nós gerirmos estas situações, lembro-me de que fiquei particularmente aborrecida com essa situação...” (FG13:7).

“Quando há omissão, por parte do aluno, de “incidentes críticos”, eu fico mesmo aborrecida e desapontada com o estudante ... O problema é que quando eles ocultam algo, quando nós damos conta do problema, ele já ganhou dimensões incontrolláveis... Em estágio, eu aprendi desde muito cedo isto: “Por mais insignificante que o problema pareça, é sempre de valorizar, para que mais tarde não sejamos apanhados de surpresa ou fiquemos reféns desse problema...” (FG9:35).

Também o desconhecimento do estudante e do seu “background teórico”, parece constituir um elemento de incerteza e, simultaneamente, de desafio à docência em ensino clínico.

“(...) ter alunos que nós não conhecemos em termos do seu background de conhecimento teórico, porque não os leccionamos ou vieram de outras escolas, isto pode trazer-nos algumas incertezas, algumas dificuldades durante o estágio, mas temos que encará-las como um desafio...” (FG13:11).

Surgem ainda referências relacionadas com a dificuldade docente em “fazer a ponte” entre estudante e supervisor clínico, quando entre ambos existe alguma espécie de constrangimento impeditivo a uma boa atmosfera afetivo-relacional.

“(...) Quando não há uma boa relação entre o orientador e aluno isso pode... isso traz-nos sempre algumas dificuldades e algumas angústias, é muito difícil “fazer a ponte” entre ambos, é necessário estar muito atento a todos os detalhes...” (FG9:21).

Tal como já referido anteriormente, volta-se a reiterar que um ambiente afetivo-relacional positivo é uma variável determinante em todo o processo superviso em ensino clínico. Nesse sentido de estimular esse ambiente, Alarcão e Tavares (2003) sugerem um conjunto de capacidades, das quais professores e supervisores devem fazer uso regular na interação com o estudante. Entre estas destacam as capacidade de: prestar atenção e saber escutar; de compreender e de manifestar uma atitude adequada; de integrar as perspetivas dos estudantes; de buscar a clarificação dos sentidos e a construção de uma linguagem comum; de comunicar verbal e não verbalmente; de parafrasear e intervir; de cooperar e de interrogar.

Os indicadores anteriormente discutidos e analisados são agora apresentados de forma organizada na Tabela 86.

Ambiente afetivo-relacional desfavorável - Indicadores

- *Relacionadas com a excessiva dependência do aluno relativamente ao supervisor*
 - *Lidar com o designado “aluno difícil”*
 - *Relacionadas com comportamentos “menos éticos” do aluno*
 - *Relacionadas com a desvalorização e/ou ocultação por parte do aluno de incidentes críticos no decurso do ensino clínico*
 - *Lidar com a dificuldade de o aluno assumir o seu erro*
 - *Relacionadas com dificuldades relacionais entre aluno e supervisor*
 - *Relacionadas com o desconhecimento do aluno até ao momento do ensino clínico*
-

Tabela 86 - Subcategoria "Ambiente afetivo-relacional desfavorável"

Impreparação (teórica) do estudante para a frequência do ensino clínico

A impreparação do estudante para a frequência do ensino clínico, manifesta no défice de conhecimento teórico durante o mesmo, é tomada pelos docentes como um constrangimento, uma barreira à interação entre ambos os atores e ao normal desenvolvimento do processo supervisivo. Refletindo sobre o fenómeno, os professores sugerem que os estudantes durante os períodos de ensino teórico limitam-se a “decorar a matéria” e, por isso, quando chegam ao estágio, não conseguem mobilizar situadamente os conhecimentos aprendidos. Por outro lado, admitem também que os conteúdos ministrados no ensino teórico poderão não estar “adequados às exigências da prática” nos contextos profissionais.

“(...) sinto que os alunos se preocupam cada vez menos em se preparar para os ensinos clínicos... Elem vão para o estágio com grandes défices teóricos, embora tenham passado com sucesso na Unidade Curricular respectiva... Dá a sensação o que os conteúdos não estão adequados às exigências da prática actual ou, simplesmente, que eles decoram a matéria para os testes mas, em seguida, “apagam tudo “e quando chegam ao estágio não conseguem lembrar-se de nada do que lhes foi ensinado ...” (FG11:31).

Decorrente da questão anterior, os professores dizem ainda sentir uma “dificuldade extraordinária” em induzir os estudantes a refletir. Por outro lado, constatam que, em em algumas situações, o próprio estudante não tem consciência das suas “reais” dificuldades. Vejamos alguns dos excertos em que surgem algumas “confissões” neste âmbito:

“Sinto também que há falta de reflexão por parte dos alunos... É extraordinariamente difícil coloca-los a refletir... Depois quando induzidos, lá caem em si: “Ah! Pois é professor, já me estava a esquecer dessa parte!...”, mas todo este processo não é fácil e implica muita disponibilidade da nossa parte o que também constitui uma dificuldade...” (FG12:11).

“No início é muito difícil (estou a pensar no 2º ano)... Às vezes até é stressante para o professor a incapacidade que os estudantes têm para efetuar um diagnóstico de Enfermagem por mais simples que seja...” (FG5:4).

“Eu acho que chegar ao reconhecimento das dificuldades aí, aí é que é a parte mais difícil pois, muitas vezes, nem o próprio aluno tem consciência das suas reais dificuldades. O assumir as suas necessidades de formação, para mim enquanto docente, é a parte mais valorizável na atitude do estudante...” (FG7:64).

Alguns autores, têm vindo a apontar alguma crítica ao hiato existente entre a “formação teórica” e a “formação prática”, nomeadamente, no que respeita à excessiva centração das aprendizagens em estratégias demasiado racionais e “tecnologizadas”, que dão lugar a processos de tomada de decisão e à aplicação de estratégias rígidas e “muito presas” aos modelos teóricos aprendidos (Korthagen, 2009; Abreu, 2007, 2003, 2001; Zabalza, 2013, 2011, 2004; Caires, 2003, 2001; Canário, 1997; D’Espiney, 1997). Como resultado, deparamo-nos frequentemente com estudantes que, quando confrontados com situações caracterizadas por alguma ambiguidade, imprevisibilidade ou baixos níveis de estruturação, sentem-se impotentes, inseguros e com sérias dificuldades em avançar respostas que viabilizem a resolução dos problemas. A este propósito, a citação de Canário (1997) permanece bem atual, ao citar Palmeiro (1995), relativamente às insuficiências e limitações que os enfermeiros apontam à sua formação inicial: *“(...) os enfermeiros em estudo mantêm uma posição quase unânime no que se refere à insuficiência e inadequação da formação inicial, face às realidades profissionais com que se confrontam no contexto de trabalho”* (p.138).

Na Tabela 87, apresentam-se os indicadores que originaram a subcategoria discutida.

Impreparação (teórica) do estudante para a frequência do ensino clínico - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relacionadas com a possibilidade de ocorrerem práticas “menos corretas”</i> • <i>Dificuldade de fazer o aluno refletir na ação</i> • <i>Relacionadas com a dificuldade de fazer o aluno reconhecer as suas necessidades de formação</i> • <i>Lidar com o défice de conhecimento do aluno</i> • <i>Incapacidade dos alunos, nos primeiros anos, na mobilização de conhecimentos e construir um diagnóstico</i>

Tabela 87 - Subcategoria *"Impreparação (teórica) do estudante para a frequência do ensino clínico"*

Falta de implicação do aluno no processo de ensino-aprendizagem

Lidar com a falta de iniciativa e de investimento no processo formativo ou com a desmotivação do estudante, parece constituir outra dificuldade e “fonte de desgaste” para os docentes entrevistados. Dizem que, ao longo dos anos, têm vindo a perceber

que, cada vez mais, os estudantes demonstram menor implicação com o processo formativo e sublinham não compreender a falta de “curiosidade científica” manifestada por estes, quer relativamente às patologias quer aos casos clínicos que lhes são propostos. Os excertos que se seguem exemplificam o que acabámos de referir:

“É preciso dizer isto!... É verdade! Não há investimento, será uma percentagem mínima de estudantes que verdadeiramente investem no estágio... Eu às vezes questiono-me: “Aqui não devia haver mais um bocadinho de esforço para investigar, em perceber o doente no seu todo e refletir? Não deveria haver mais curiosidade científica acerca das patologias e das problemáticas inerentes ao doente?” A resposta é invariavelmente a mesma: “Oh professora, não tive tempo de ir ler; eu chego a casa sempre muito tarde; em casa sabe como é...”. Eu não consigo compreender este tipo de atitudes...” (FG7:61).

“(...) parece que com o passar dos anos eles [estudantes] têm menos motivação para fazer o curso... É preciso estar sempre a dizer-lhes tudo, andam sempre desmotivados, sem interesse por nada, por mais que lhes sejam dados casos clínicos interessantes eles não ligam, eles tratam tudo como “trivialidades”, isto acaba por também ser muito desgastante para nós...” (FG13:21).

Resultados semelhantes são relatados no trabalho desenvolvido por Sim-Sim *et al.* (2013). Segundo as autoras “(...) é notório que actualmente os estudantes têm fraca capacidade reflexiva e pouco desenvolvimento do pensamento crítico, aspetos que dificultam a adaptação e a prestação académica, nomeadamente, em ensino clínico”(p.57). Por seu lado, Simões (2004) sublinha que é no ensino clínico que o estudante vai construindo o seu saber profissional. Saber esse, que é construído por via de interações com os profissionais de saúde e pela análise conjunta com os docentes das práticas quotidianas, relacionando-as com os saberes teóricos. Porém, frisa o autor, para que a construção de conhecimento ocorra, não pode existir uma participação passiva da parte do estudante, ele tem que participar ativamente nessa construção, necessitando também de possuir uma base científica na qual possa fundamentar a sua prática.

Na Tabela 88, apresentam-se os indicadores resultantes da análise de dados e que originaram a presente subcategoria.

Falta de implicação do estudante no processo de ensino-aprendizagem clínico - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de iniciativa do aluno • Lidar com a desmotivação do aluno para aprender em contexto • Alunos que não gostam/não querem trabalhar em equipa

Tabela 88 - Subcategoria "Falta de implicação do estudante no processo de ensino-aprendizagem clínico"

Em **síntese**, entre os aspetos considerados com potencial para condicionar a relação entre professor e estudante durante o *practicum* encontram-se, por exemplo: características pessoais do estudante tais como, a ausência de maturidade, a falta de humildade, a falta de iniciativa, a insegurança, a desonestidade, a manipulação e o individualismo; o tipo de ambiente afetivo-relacional estabelecido entre ambos os atores; a impreparação do estudante para o ensino clínico e, ainda, a falta de implicação deste no processo de ensino-aprendizagem clínico.

3.1.5 Organização|gestão dos ensinos clínicos

A universitarização do ensino de Enfermagem e as sucessivas reformas que têm vindo a ser implementadas, têm vindo a acentuar a necessidade de melhoria dos programas curriculares e das atividades que docentes e estudantes desenvolvem nesse âmbito, nomeadamente, no que diz respeito à componente prática da formação inicial. Apesar dos normativos legais apontarem para a urgência de tais mudanças, a análise das evidências discursivas docentes vem demonstrar a persistência de “velhas dificuldades” que não só contrastam com, como podem colocar em causa essas “novas exigências”. Entre as dificuldades apontadas, salientam-se as associadas à organização|gestão dos ensinos clínicos, nomeadamente, no que respeita: à massividade de estudantes nos contextos de trabalho; à ausência de disponibilidade docente para o apoio efectivo do estudante; à atomização geográfica dos locais de ensino clínico; à duração dos ensinos clínicos e, ainda, à ausência de disponibilidade para colaborar|apoiar os pares (professores) (Figura 38).

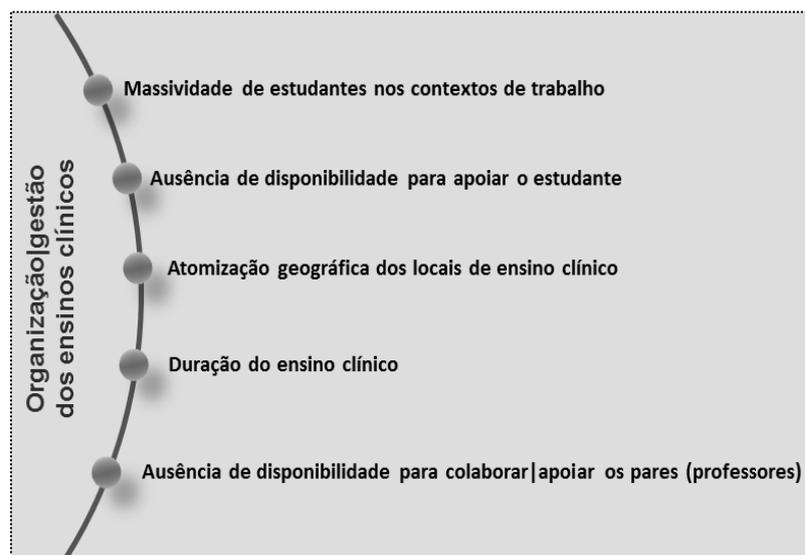


Figura 38 - Categoria "*Organização|gestão dos ensinos clínicos*"

Massividade de estudantes nos contextos de trabalho

De acordo com os docentes ouvidos a expansão do número de escolas verificada nas últimas duas décadas, especialmente no setor privado, tem tido como consequência direta um significativo aumento do número de estudantes nos contextos profissionais. Tal realidade parece constituir um constrangimento à atividade docente, uma vez que, cada vez mais, parece ser difícil encontrar contextos apropriados, dotados de recursos materiais e humanos, com conhecimentos e competências adequados ao exercício supervisiivo.

“(...) massificou-se o ensino de Enfermagem. Hoje há muitos alunos em estágio ao mesmo tempo... As escolas cresceram que nem cogumelos no sector privado, há demasiadas escolas de Enfermagem, se não me engano são cerca de 42 ou 43... É claro que quando digo de Enfermagem estou a incluir as de saúde...Agora vejam num país tão pequeno, necessitaremos de tanta escola?...” (FG12:8).

Vários são os autores que vêm defendendo a necessidade de diminuição do número de estudantes por contexto profissional, na medida em que a presença destes não é completamente isenta de alterações às suas dinâmicas internas, nomeadamente, no que toca a exigências em termos de recursos humanos (Fernandes *et al.*, 2012; Novo, 2011; Serra, 2007; Antunes, 2007; Carvalho, 2004). Porém, se tal proposta é reiteradamente apontada pela investigação como desejável, da nossa experiência pessoal, constatamos que pouco ou nada se tem feito ou alterado nos últimos anos. Inclusive, é nossa convicção de que a situação se tem agudizado, mercê da ausência de tomada de medidas por parte da tutela e da crise económico-social que o país tem vindo a atravessar.

Da Tabela 89, constam os indicadores relativos à subcategoria cuja discussão análise agora se termina.

Massividade de estudantes nos contextos de trabalho - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Massividade de alunos em ensino clínico</i> • <i>A massividade de escolas</i>

Tabela 89 - Subcategoria "*Massividade de estudantes nos contextos de trabalho*"

Ausência de disponibilidade para apoiar o estudante

Um constrangimento que, de alguma forma podemos considerar transversal, surgindo de uma forma mais ou menos clara em quase todos os discursos docentes, é a falta de

tempo e de disponibilidade destes para apoiar o estudante, devido à sobreocupação a que estão sujeitos.

“(...) sinto que não temos disponibilidade para os acompanhar devidamente [os estudantes], temos muitas tarefas, estamos sempre sobrecarregados de trabalho. Não sei se é este o vosso sentimento, mas durante os estágios, eu fico sempre com esta sensação...” (FG7:5).

Subjacente ao problema anteriormente identificado, parece estar o défice de recursos humanos docentes para assegurar a supervisão dos estudantes. Com efeito, de acordo com os professores entrevistados, parece ser prática corrente nas escolas o recurso à contratação externa de enfermeiros, de modo a que seja assegurada a supervisão dos estudantes nos períodos de ensino clínico, nomeadamente, em áreas clínicas especializadas, como a Saúde Comunitária, a Saúde Materna e Obstétrica ou Saúde da Criança e do Jovem, em que ocorre uma atomização dos locais de ensino clínico, face à incapacidade dos contextos receberem grandes volumes de estudantes. Vejamos algumas expressões que atestam tal realidade:

“(...) Há 20 anos, tínhamos dentro da escola todos os recursos de docentes, entenda-se para fazer todo o acompanhamento dos estudantes... Hoje isso não existe, há um claro défice de docentes, especialmente no que toca aos ensinamentos clínicos...” (FG2:6).

“Em Saúde Comunitária, Saúde Materna e Obstétrica e Saúde da Criança e do Jovem, tivemos que colocar cento e tal alunos em estágio. Foi obra! Claro que o corpo docente nessas áreas clínicas não podia orientar esse número de alunos, pois somos muito poucos e cada campo de estágio também não comporta muitos alunos... Tivemos que recorrer à contratação de enfermeiros externos para nos apoiarem na supervisão desses estudantes todos...” (FG12:58).

As solicitações que atualmente são feitas aos professores de Enfermagem são múltiplas e bastante variadas, deixando-lhes, por vezes, pouco tempo para desenvolver aquela que em nossa opinião constitui a especificidade da ação docente, isto é, ensinar, ou parafraseando Roldão (2007), fazer aprender alguma coisa a alguém. A falta de disponibilidade para apoiar o estudante durante os períodos de prática clínica, vem sendo evidenciada na literatura não só como um obstáculo à docência em ensino clínico, mas, também, como um constrangimento à própria relação pedagógica entre professor e estudante e, em última análise, ao desenvolvimento pessoal e “profissional” deste (Lopes *et al.*, 2013; Gonçalves, 2012; Pedro, 2011; Mestrinho, 2011; Pires *et al.*, 2004).

A Tabela 90, reúne os indicadores relativos à subcategoria analisada:

Ausência de disponibilidade para apoiar o estudante - Indicadores

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Falta de disponibilidade docente para supervisionar os alunos • Necessidade de recorrer à contratação externa de supervisores • Défice de recursos humanos docentes para assegurar a supervisão dos alunos |
|--|

Tabela 90 - Subcategoria "Ausência de disponibilidade para apoiar o estudante"

Atomização geográfica dos locais de ensino clínico

Nos últimos anos, com o aumento de escolas e, conseqüentemente, de cursos e do número de estudantes, tem sido cada vez mais difícil encontrar contextos profissionais disponíveis e adequados à realização dos ensinamentos clínicos. Na tentativa de contrariar esta situação, as escolas têm procurado diversificar e alargar o número de locais de estágio, situação que tem conduzido a uma atomização geográfica dos locais de ensino clínico. Naturalmente, tal situação nem sempre parece ser do agrado dos professores, na medida em que, tal dispersão, implica um esforço docente acrescido para garantir um acompanhamento|supervisão efetivo. Vejamos uma expressão bem ilustrativa a este respeito:

“(...) ainda por cima os alunos estão de tal maneira espartilhados pelos contextos em termos geográficos que torna a supervisão difícil. Para ter uma ideia, neste momento, tenho um aluno em São Francisco Xavier, dois em Santa Maria, dois em São José... Nas zonas limítrofes de Lisboa, tenho ainda mais uns quantos: dois no Hospital de Setúbal; um no Hospital Garcia de Horta e um nas Caldas da Rainha. Às vezes tenho no Baixo Alentejo e no Algarve. O ano passado tive duas alunas no Hospital de São João no Porto” (FG4:67).

Associado à atomização dos locais de estágio por múltiplas organizações de saúde e vastas áreas geográficas, bem como a constante mudança de contextos de prática clínica, parecem constituir fortes constrangimentos à atividade docente, nomeadamente, porque lhes transmite uma sistemática sensação de insegurança e de “estar sempre a começar do zero”.

“(...) a dificuldade que eu tenho, nos ensinamentos clínicos, é andar constantemente a mudar de campo de estágio, mesmo nos mesmos hospitais, parece que estamos sempre a “começar do zero”, é sempre uma grande insegurança...” (FG4:29).

Os indicadores que justificam a pertinência da problemática abordada nesta subcategoria são os constantes da Tabela 91.

Atomização geográfica e contextual dos estudantes - Indicadores

- *Dispersão dos contextos de prática clínica por áreas geográficas muito alargadas*
- *Relacionadas com a constante mudança de contextos de prática clínica*

Tabela 91 - Subcategoria "*Atomização geográfica e contextual dos estudantes*"

Duração do ensino clínico

Coincidentemente com a opinião dos estudantes, como adiante se verá, os docentes consideram que os estágios são “muito curtos” constituindo esse facto um entrave à atividade pedagógica, nomeadamente, no que se refere ao cumprimento dos objetivos e metodologias de avaliação previstos para o ensino clínico.

“(…) Os estágios são efetivamente muito curtos, em alguns contextos o tempo não chega para que eles [estudantes] consigam atingir os objetivos traçados. Por outro lado, em estágios curtos, é mais complicado utilizar algumas metodologias de avaliação...Eu penso que esta questão deveria ser revista...” (FG11:14).

Tais resultados parecem estar em linha com os obtidos por Sim-Sim *et al.* (2013) e Abreu (2003). Para o segundo autor, uma maior permanência dos estudantes num determinado serviço poderá ser muito positiva, na medida em que permite “(…) *um trabalho mais prolongado entre os formadores e os formandos, aspeto que favorecerá a segurança, a qualidade da supervisão, a autoestima o sentimento de pertença e o próprio sucesso académico do estudante*” (p.46).

Ausência de disponibilidade para apoiar|colaborar com os pares (professores)

Numa atividade complexa, como é a docência em ensino clínico, os docentes sentem necessidade de partilhar experiências e saberes, de colocar dúvidas, para diminuir inquietações e ultrapassar receios, medos e conflitos. Apesar de os professores reconhecerem que o apoio e colaboração entre docentes é fundamental ao seu desenvolvimento profissional e ao sucesso do processo de ensino-aprendizagem clínico, na prática, tal desiderato parece ficar “apenas pela intenção”. Subjacente a tal constrangimento parece estar a sobreocupação docente (já anteriormente aludida), nomeadamente pela carga letiva teórica e prática e pela dispersão por diversas funções e tarefas que lhe estão associadas, condições que limitam a possibilidade de interação e a disponibilidade para prestar apoio|colaboração aos seus pares. Segundo os docentes, os professores deveriam “estar envolvidos em menos atividades” e “orientar menos estudantes”, de modo a terem disponibilidade não só para apoiar|colaborar com os pares

mas, também, fazer um acompanhamento|supervisão dos estudantes com maior “rigor e profundidade”.

“(...) às vezes, mesmo que a gente queira (...), eu não conseguia ter tempo, andava sempre cheia de trabalho e quando ia à escola raramente nos encontrávamos... Eu dizia: “Quando precisares liga, estás à vontade!”, porém, na prática, os colegas percebem que nós andamos atarefadas e mesmo que tenham dificuldades, só nos pedem ajudam em última instância... A vontade de ajudar e colaborar, às vezes, “fica mesmo só pela intenção”...” (FG3:64).

“Claro que há dificuldades, nós fazemos imensas coisas ao mesmo tempo: lecionamos teóricas, acompanhamos alunos em estágio, temos que colaborar na gestão do curso e ainda temos atividades no âmbito da comunidade... Eu gostava de estar envolvido em menos atividades (...) gostava de orientar menos alunos e gostava de ter mais tempo para colaborar com os meus colegas, sobretudo, gostava de poder acompanhar os alunos com maior rigor e profundidade...” (FG8:37).

Tais achados vêm corroborar os resultados obtidos no estudo de Pedro (2011), segundo os quais, um dos principais constrangimentos à atividade docente é a dificuldade de gestão de tempo e a consequente indisponibilidade para interagir|ajudar os pares, devido à enorme quantidade de atividades que os professores de Enfermagem têm de desenvolver. De acordo com Roldão (2007), a razão para a persistência de dificuldades colaborativas e de interação docente, deve-se essencialmente a fatores “(...) organizacionais, históricos, simbólicos e também pessoais, cuja desmontagem é necessária para se transformar o paradigma de trabalho individual em favor de uma colegialidade autêntica e mais eficaz” (p. 25). Ainda de acordo com a autora, apesar de o apoio|colaboração entre pares ser reconhecida pelos docentes como essencial ao seu desenvolvimento profissional e a “solução ideal” para efetuar mudanças educativas com sucesso, na realidade, a colaboração docente é, na sua generalidade, mais desejada do que realmente vivenciada e mantida pelos docentes, sendo poucas as práticas que se refletem em genuíno trabalho colaborativo.

Na Tabela 92, reúnem-se os indicadores que originaram a subcategoria discutida.

Ausência de disponibilidade para apoiar | colaborar com os pares (professores) - Indicadores

- *Falta de disponibilidade para apoiar os colegas “iniciantes” na função supervisiva*
 - *Relacionadas com a elevada carga de trabalho docente*
-

Tabela 92 - Subcategoria "Ausência de disponibilidade para apoiar | colaborar com os pares (professores)"

Em **síntese**, para além dos obstáculos associados às dimensões relacionais, os professores simultaneamente identificam um conjunto de constrangimentos relacionados com aspetos organizativos e de gestão do *practicum* que podem condicionar o valor formativo deste. Entre esses impedimentos encontram-se, nomeadamente, a massividade de estudantes nos contextos de trabalho; a ausência de disponibilidade docente para apoiar o estudante no seu desenvolvimento; a atomização geográfica dos contextos de ensino clínico; a duração do ensino clínico (“muito curta”) e, também, a ausência de disponibilidade para colaborar|apoiar os pares devido à sobrecarga de trabalho decorrente das múltiplas atividades em que estão envolvidos.

3.1.6 Interação com os contextos profissionais

O ensino clínico sem uma supervisão adequada não cria as condições necessárias à aprendizagem e ao desenvolvimento do estudante, uma vez que o sucesso da aprendizagem depende muito da ação conjunta do orientador do contexto e do professor (Araújo *et al.*, 2012; Simões *et al.*, 2008; Abreu, 2007, 2003; Silva e Silva, 2004; Franco, 2000, entre outros). Sob esta moldura, um dos desafios fundamentais para o docente é o de ser capaz de se articular com os contextos e fomentar uma colaboração dinâmica com os profissionais no sentido do desenvolvimento efetivo da aprendizagem do estudante. Se, discursivamente, tais premissas são desejáveis e essenciais, na prática, parecem existir vários impedimentos ao estabelecimento de uma interação efetiva entre os docentes e os contextos que, de acordo com a opinião docente, poderão estar relacionados com a deficiente integração docente na dinâmica organizativa dos contextos e no seio da equipa de Enfermagem e, ainda, com a ausência de implicação dos profissionais na preparação dos ensinos clínicos (Figura 39).

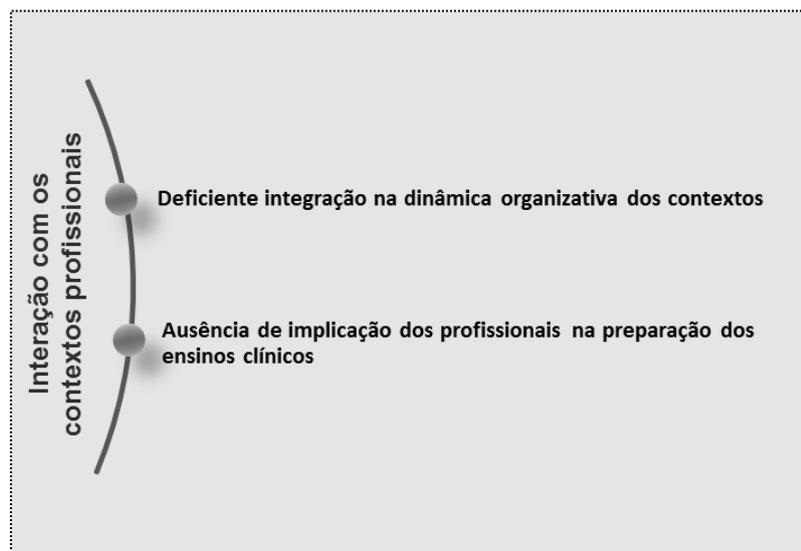


Figura 39 - Categoria "Interação com os contextos profissionais"

Deficiente integração na dinâmica organizativa dos contextos

O sentimento de dificuldade de integração no grupo profissional e na dinâmica organizativa dos contextos profissionais parece constituir um forte impedimento à atividade docente em ensino clínico. Procurando explicitar a fonte dessa dificuldade, os docentes contam que alguns contextos não demonstram qualquer “abertura” ou “espírito de colaboração” fazendo mesmo questão em que os professores se sintam como “intrusos”, limitando desde logo, a desejável interação. Por outro lado, a excessiva formalidade imposta pela equipa de Enfermagem na relação com o docente, é percebida pelos professores como sinónimo da fragilidade da sua integração na equipa e, por isso, em muitos contextos profissionais, estes sentem-se “estranhos” ou “convidados”, mas nunca elementos pertencentes à equipa. Esta situação é sentida como condicionante da atividade docente, na medida em que o professor se sente limitado na tomada de decisão e na espontaneidade do seu agir profissional. Vejamos algumas passagens que expressam bem o que acabámos de enunciar:

“Outra dificuldade é nossa própria integração no grupo dos profissionais nos contextos em geral. Em alguns contextos, isso é extraordinariamente difícil...Alguns profissionais fazem mesmo questão em que nos sintamos como se fossemos “intrusos”, não nos mostram qualquer abertura ou espírito de colaboração...” (FG11:68).

“(...) atualmente no centro de saúde, eu procuro saber, observar e estar atenta àquilo que os alunos fazem, mas nem sempre é fácil eu “entrar” no ambiente da equipa, especialmente quando são excessivamente formais na atitude. (...) há colegas que dizem assim: “Olhe tem ali aquela salinha, vá para lá enquanto espera que o aluno termine o que está a fazer!”. Eu já sei que o meu espaço de manobra nesse serviço é diminuto...” (FG4:102).

“Aliás, o nosso papel é um papel que não é fácil. É um papel muito ingrato! Nós nunca somos verdadeiramente integrados na equipa, é tudo muito frágil, somos sempre “convidados” nos contextos, (...) fazem-nos sentir sempre pessoas de fora, somos “estranhos” ao serviço e à equipa, portanto, não devemos nem podemos chegar ali e, de forma espontânea, decidir ou dispor acerca dos processos assistenciais dos doentes, devemos ter algumas cautelas para não ferir susceptibilidades...” (FG13:12).

Associada ao sentimento de “frágil” integração na equipa de Enfermagem, os professores queixam-se ainda da “pressão psicológica” exercida sobre estes durante os ensinamentos clínicos. Sublinham que reiteradamente a equipa de Enfermagem está sempre bastante atenta e é muito crítica relativamente a tudo o que o professor diz ou faz. Tais atitudes são percebidas e interpretadas pelos professores como um constrangimento ao seu exercício supervisivo durante os ensinamentos clínicos.

“(...) nos campos de estágio presenciais os colegas [docentes] queixam-se da pressão psicológica da equipa de Enfermagem sobre eles... Estão [os enfermeiros dos contextos] sempre a observar e a avaliar o desempenho do professor, a ver o que diz, como faz e que reparos faz ao aluno... Estão sempre muito atentos a tudo e são muito críticos a tudo o que nós fazemos...” (FG3:14).

Por outro lado, a especificidade|diversidade de contextos bem como o desconhecimento do enfermeiro orientador, da chefia de Enfermagem e restante equipa, parecem também constituir fatores dificultadores da integração docente, na medida em que exigem deste uma constante readaptação a cada contexto quer em termos relacionais quer organizativos.

“Vou para um sítio e tenho que me preparar de uma determinada maneira, vou para outro e tenho que me preparar doutra maneira, pois cada um organiza e gere os cuidados à sua maneira... Quem tem que estar em constante adaptação sou eu, e isso, por vezes, também é bastante desgastante...” (FG11:54).

“(...) eu chego aquele estágio onde vou supervisionar os estudantes e, muitas vezes, não conheço nem o local, nem enfermeiro-chefe, nem o orientador, nem a equipa... Por isso, inicialmente, é extraordinariamente difícil, pois, o desconhecimento de toda essa gente dificulta a nossa integração...” (FG11:42).

O desconhecimento da escola nos contextos profissionais parece ainda constituir outra barreira à integração docente. Com efeito, tal facto parece ser fonte de “dúvidas” e “desconfianças”, quer no que toca genericamente à qualidade da formação proporcionada pela instituição escolar quer, especificamente, no que respeita à qualidade da preparação dos estudantes para a frequência do ensino clínico:

“(...) Como era desconhecida, havia muitas dúvidas inicialmente relativamente a nós, à escola... Os enfermeiros dos contextos, olhavam-nos com desconfiança e pairava-lhes na cabeça a questão: “Será que eles preparam bem os alunos para o estágio?!” Não o

verbalizavam, mas nós sentíamos isso nas suas dúvidas e hesitações e, sobretudo, na forma distante com que nos abordavam a nós e aos estudantes...” (FG2:16).

As dificuldades anteriormente enunciadas pelos professores deste estudo, podem ser também encontradas em outros trabalhos no âmbito da componente prática da formação inicial de enfermeiros (Novo, 2011; Simões *et al.*, 2008; Nascimento, 2007; Silva e Silva, 2004; Franco 2000). Por exemplo, Silva e Silva (2004), baseados em diversas pesquisas realizados no final da década de noventa, concluem que as dificuldades de integração sentidas pelos professores poderão ter a sua gênese em fatores como: o desencontro verificado entre teoria e prática, o afastamento docente da prática clínica ou a desvalorização dessa mesma prática pelos docentes.

A Tabela 93, congrega os indicadores discutidos e que no seu conjunto deram forma à subcategoria discutida.

Deficiente integração na dinâmica organizativa dos contextos - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diversidade de contextos e respetivas formas de organização do trabalho</i> • <i>Desconhecimento dos contextos e respetivos atores</i> • <i>Dificuldade de integração docente nos contextos</i> • <i>Desconhecimento da escola nos contextos profissionais</i> • <i>Relacionadas com a excessiva formalidade da relação professor – equipa de Enfermagem</i> • <i>Relacionadas com a “pressão psicológica” que a equipa de Enfermagem exerce sobre o professor</i> • <i>Relacionadas com o “sentir-se convidado” nos contextos de prática clínica</i>

Tabela 93 - Subcategoria "*Deficiente integração na dinâmica organizativa dos contextos*"

Ausência de implicação dos profissionais na preparação dos ensinamentos clínicos

Uma dificuldade comumente sentida pelos docentes parece estar relacionada com a ausência de implicação dos enfermeiros supervisores nas atividades preparatórias aos ensinamentos clínicos. Segundo os professores auscultados, embora a escola procure envolver todos os agentes formativos implicados no processo supervisivo, usualmente, apenas as chefias dos serviços respondem a tal apelo. Vejamos um trecho ilustrativo a este respeito:

“Da minha experiência, na preparação do estágio, embora nós convoquemos todos os envolvidos no processo, normalmente só aparecem os chefes, os orientadores raramente estão presentes... Ou então o chefe manda outra pessoa em sua substituição. Os orientadores, é raro irem às reuniões, muito raro... Tenho muita pena, mas esta é a realidade...” (FG12:105).

Considerando esta realidade, diversos autores chamam a atenção para a necessidade de existência de um trabalho conjunto de complementaridade e co-responsabilidade entre

docentes e enfermeiros supervisores, contribuindo cada um com o melhor dos seus conhecimentos para uma aprendizagem integrada e integradora da teoria e prática, tendo em vista a qualidade final da formação dos estudantes (Macedo, 2012; Araújo *et al.*, 2012; Simões *et al.*, 2008; Abreu, 2007, 2003; Dixe, 2007; Carvalho, 2006; Carvalhal, 2003; Franco, 2000).

Na Tabela 94, mostam-se os indicadores que estiveram na gênese desta subcategoria.

Ausência de implicação dos profissionais na preparação dos ensinos clínicos - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• Pouca disponibilidade manifestada pelas instituições para colaborarem na formação clínica do aluno• Pouca implicação dos supervisores na fase preparatória do estágio

Tabela 94 - Subcategoria "*Ausência de implicação dos profissionais na preparação dos ensinos clínicos*"

Em **síntese**, referindo-se genericamente os professores aos obstáculos que podem restringir o valor formativo da prática, especificamente salientam alguns aspetos que podem condicionar a interação docente com os contextos profissionais. Entre esses aspetos encontram-se, por um lado, os decorrentes da deficiente integração dos professores nos contextos profissionais e, por outro lado, a ausência de implicação dos enfermeiros na preparação dos ensinos clínicos.

3.1.7 Aspetos normativos

A integração da formação em Enfermagem no ensino superior e posteriormente a publicação do RJIES aumentaram a pressão sobre as escolas de Enfermagem|Saúde, ao nível da formação oferecida, mas também ao nível organizacional e, sobretudo, ao nível dos docentes no quadro do ensino superior. Sob esta moldura, os dados coligidos levam-nos a destacar algumas dificuldades inferidas dos discursos dos professores entrevistados que de modo genérico se polarizam, por um lado, na reorganização do ensino de Enfermagem no quadro do ensino superior e, por outro lado, na inexistência de legislação reguladora da atividade de supervisão clínica (Figura 40).

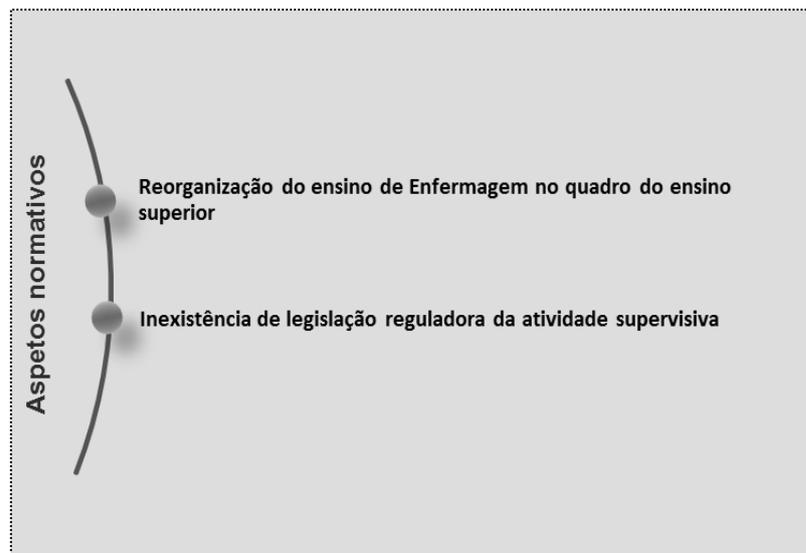


Figura 40 - Categoria "Aspectos normativos"

Reorganização do ensino de Enfermagem no quadro do ensino superior

Na procura de responder aos desafios propostos pelo processo Bolonha, as Escolas Superiores de Enfermagem|Saúde procederam a profundas reformas cuja influência se fez sentir quer em termos organizativos quer curriculares, conseqüentemente, também na componente clínica. No entanto, de acordo com os professores entrevistados, tais mudanças parecem não ter sido bem recebidas nos contextos profissionais, culpabilizando estes os docentes e as escolas pela "pouca" experiência clínica dos estudantes, nomeadamente, nos ensinamentos clínicos de quarto ano, fase em que as expectativas dos profissionais acerca da destreza e autonomia do estudante são habitualmente elevadas.

"(...) no início [os supervisores clínicos] têm muitas dificuldades e dizem-me mesmo: "Como é que estes alunos chegaram ao 4º ano?" Apesar de eu procurar explicar que estes alunos foram formados já de acordo com o que é preconizado por Bolonha e que têm estas características, assim e assim... os colegas não estão habituadas a ter alunos do quarto ano com pouca experiência clínica e, conseqüentemente, pouca destreza e acabam por não aceitar muito bem as reestruturações curriculares decorrentes da adaptação a Bolonha..." (FG8:7).

Para além do processo Bolonha, também a fusão ocorrida entre algumas escolas de Enfermagem, decorrente do respetivo reordenamento jurídico, parece não ter sido bem acolhida pelos docentes. Consideram que a fusão foi um processo "forçado" e que a tentativa de reduzir distintas culturas a uma "cultura única" levantou diversos tipos de constrangimentos, entre os quais, a dificuldade de identificação docente com os currículos dos cursos e conseqüente operacionalização dos mesmos.

“Os alunos do 4º ano são oriundos de sítios diferentes, devido à reorganização da nossa escola, portanto, a actual escola, resulta da junção de quatro antigas escolas de Enfermagem, de quatro culturas distintas, e isso, traduz-se no actual currículo do curso que também ele é o resultado dessa fusão (...), portanto, resulta de quatro lógicas diferentes que foram unidas “à força”, isso faz com que ninguém se identifique com ele... Nem nós próprias...” (FG4:14).

Num estudo desenvolvido por Marques (2005), também a autora concluiu que foram diversos as dificuldades sentidas pelos professores aquando da transição para o ensino superior e a subsequente fusão das escolas. Na análise dos principais argumentos apresentados como justificativas dessas dificuldades emergiram quatro principais fatores: Institucionais (relacionados com a deficiente comunicação inter-escolas e a institucionalização da reforma ter ocorrido sem período de adaptação docente); organizacionais (ligados à reestruturação das funções da equipa docente e à planificação das aulas ser de acordo com as disponibilidades dos professores externos); curriculares (associados à sobrecarga dos conteúdos programáticos e à distribuição das áreas do saber, com valorização dos saberes da Medicina em detrimento dos saberes de Enfermagem) e pessoais (ligados à redefinição da identidade profissional dos professores de Enfermagem e à motivação da equipa docente).

Por seu lado, Mestrinho (2011) encara positivamente as mudanças ocorridas e defende que: *“(...) as novas responsabilidades que [as mudanças operadas] acarretam e a necessidade de (re)situar os professores de Enfermagem como profissionais do ensino superior, trouxeram uma maior tomada de consciência dos novos papéis profissionais”* (p.23).

Nas palavras dos professores auscultados parece estar implícito que a entrada na Carreira Docente do Ensino Superior Politécnico constituiu um contributo decisivo para o afastamento dos professores da prática profissional. Sublinham no entanto, que tal distanciamento pode ser prejudicial, na medida em que os docentes deixam de aceder a uma das suas principais fontes de conhecimento profissional: a prática.

“(...) tenho muita pena que graças às alterações introduzidas no sistema educativo em Enfermagem, ou as suas evoluções, que já não façamos estágios presenciais, porque era aí que eu ia buscar muito conhecimento enquanto docente. Atualmente, sinto que cada vez estou mais afastada da prática, sinto que essa fonte de conhecimento está a “secar”, se é que me faço entender...” (FG11:88).

À semelhança de outros estudos realizados no âmbito da formação em Enfermagem (Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Chaves e Pinheiro, 2007; Marques, 2005), dos

discursos docentes parece evidenciar-se “algum queixume” relativamente às orientações políticas no ensino, ao nível das dinâmicas das Escolas Superiores de Enfermagem|Saúde, o que parece ir ao encontro do defendido por Barroso (2003) ao sublinhar que, a nível organizacional, a transformação ocorre, muitas vezes, desde o centro (orientações legais) para a periferia (funcionamento organizacional e dos profissionais), não tomando em consideração as realidades estrutural e humana das instituições.

Os indicadores que originaram a subcategoria agora analisada são os constantes da Tabela 95.

Reorganização do ensino de Enfermagem no quadro do ensino superior - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relacionadas com alterações decorrentes da reorganização curricular (Bolonha)</i> • <i>Relacionadas com as reorganizações do sistema de ensino/estabelecimentos de ensino</i> • <i>A carreira docente “afasta” os docentes da prática</i>

Tabela 95 - Subcategoria "Reorganização do ensino de Enfermagem no quadro do ensino superior"

Inexistência de enquadramento legal regulador da atividade supervisiva

A inexistência de um enquadramento normativo-legal que regule a atividade supervisiva e clarifique as funções de cada um dos principais atores no processo formativo clínico, parece não ser uma preocupação exclusiva dos supervisores clínicos mas, como vimos anteriormente, constitui também uma preocupação docente, como se pode inferir do seguinte excerto dos seus discursos:

“(...) as funções do orientador e do professor não podem nem devem ser necessariamente iguais, nem confundidas... ou melhor, o Wilson Abreu já definiu claramente as funções quer do orientador da escola quer do orientador da prática, porém, apesar da literatura as ter definido, falta o mais importante: que sejam definidas pela tutela em termos legislativos...” (FG1:29).

Apesar da componente prática da formação inicial de enfermeiros ter cada vez maior protagonismo na literatura da especialidade, paradoxalmente, a supervisão pedagógica desta componente tem sido deixada ao critério de cada escola e à boa vontade dos enfermeiros dos contextos profissionais, numa situação de completo “desordenamento”, situação que contribui para tornar “nublosa” a perceção das funções de supervisores clínicos e docentes. Neste âmbito, a implementação de normativos legais ou directrizes com vista a regular a supervisão de estudantes a nível nacional, como mostra a

evidência, parece ser uma necessidade premente (Silva *et al.*, 2011; Serra, 2007; Carvalho, 2006).

Associadas à questão anterior, outras dúvidas assaltam os professores, nomeadamente, de que forma o Modelo de Desenvolvimento Profissional, pode ser compatibilizado com a componente prática da formação inicial em Enfermagem, uma vez que quer a prática tutelada quer o ensino clínico, para a sua concretização, requerem de uma mesma realidade – campos de estágio – que como temos vindo a evidenciar são cada vez mais escassos face à massividade de estudantes.

“Outra questão ainda, tem a ver com os novos desígnios da Ordem dos Enfermeiros, com Modelo de Desenvolvimento Profissional, com a certificação dos locais de estágio, criando uma espécie de “Serviços Escola”, ou pelo menos foi assim que eu entendi... Como é que esses Serviços vão ser Certificados?! Como é que uma quantidade tão grande de internos por ano, vai ser encaminhada para esses serviços se eles já mal comportam os alunos das licenciaturas e de especialidade, etc., etc...” (FG1:58).

Na Tabela 96, são apresentados os indicadores relativos à presente subcategoria.

Inexistência de legislação reguladora da atividade supervisiva - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• Relacionadas com a inexistência de enquadramento legal para a função supervisiva• Relacionadas com a necessidade de clarificação dos papéis (professor e supervisor)• As novas orientações da profissão relativas ao Modelo de Desenvolvimento Profissional• Relacionadas com a perceção/frustração de que não ocorrerão mudanças políticas relativamente à forma como se concretiza a componente prática da formação em Enfermagem

Tabela 96 - Subcategoria "Inexistência de legislação reguladora da atividade supervisiva"

Em **síntese**, parecem existir alguns aspetos normativos que podem constituir-se como obstáculos ao normal desenvolvimento do *practicum*, podendo mesmo comprometer o seu valor formativo. Entre os obstáculos com maior expressão parecem estar os decorrentes da própria reorganização do ensino de Enfermagem no quadro do ensino superior e também a inexistência de legislação reguladora da atividade supervisiva clínica.

3.2 Obstáculos percebidos|sentidos pelos estudantes nos contextos profissionais

Apesar de poucas dúvidas existirem acerca da importância e centralidade da componente prática na promoção do desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético dos estudantes, parecem no entanto persistir alguns aspetos menos positivos, essencialmente relacionados com os contextos, os atores e os processos, cuja influência

pode comprometer o fim último desta componente formativa. A atestar tal inferência estão as categorias emergidas que expressam os obstáculos percebidos|sentidos pelos estudantes, durante os períodos de ensino clínico e que se relacionam, nomeadamente, com o choque da realidade; o tipo de interação estabelecida com o enfermeiro supervisor, o utente|família, o professor, a equipa de Enfermagem e os colegas (estudantes) ou, ainda, decorrentes do próprio processo formativo (Figura 41).

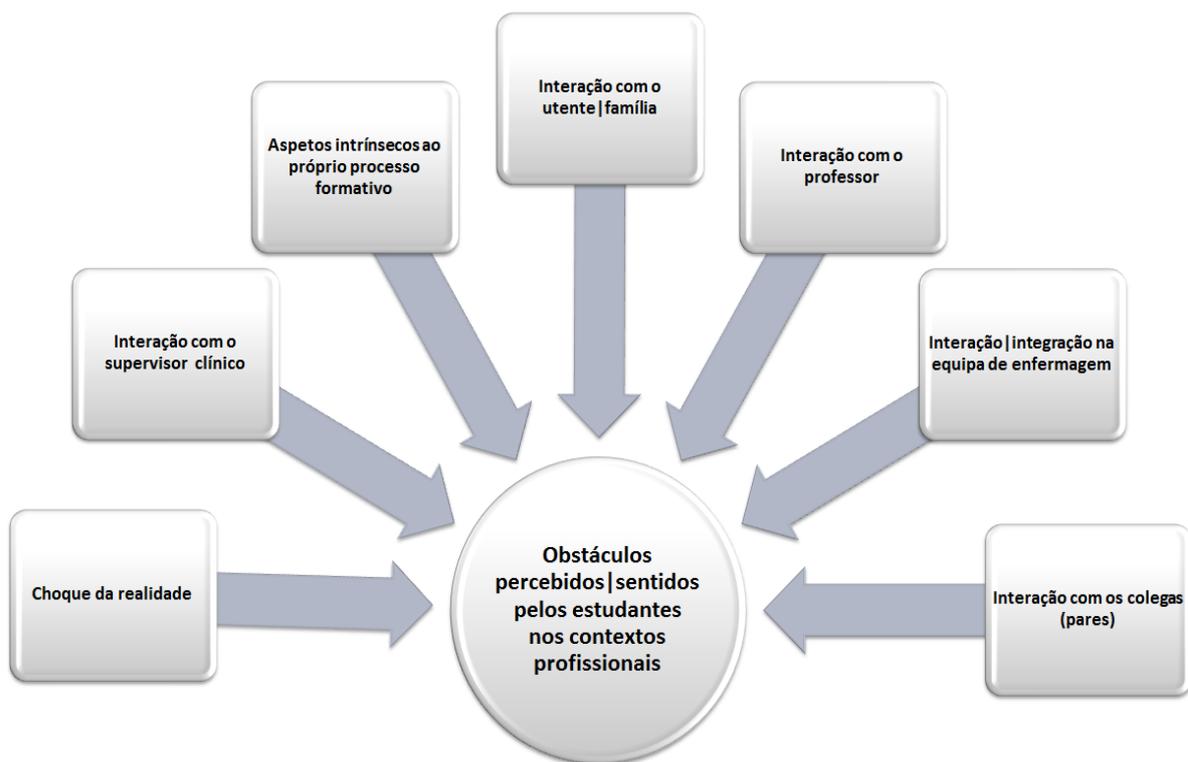


Figura 41 - Subtema "*Obstáculos percebidos|sentidos pelos estudantes nos contextos profissionais*"

3.2.1 Choque da realidade

Das narrativas dos sujeitos sobressai a ideia de que na formação inicial em Enfermagem, as escolas transmitem um modelo ideológico teórico de “como se deve fazer”, porém tomam pouco em consideração o “como se faz efetivamente no terreno”. Esta clivagem conceptual e ideológica percebida entre a formação escolar – Enfermagem ideal – e o exercício da prática clínica – Enfermagem real – pode fazer despelotar nos estudantes sentimentos de desamparo, impotência, insegurança, frustração e insatisfação que, quando não bem geridos, podem causar aquilo que alguns autores designam de *choque da realidade* (Mestrinho, 1997; Figueira, 1984; Sonnet *et al*, 1983; Kramer e Schmalenberg, 1976). Esta perceção de divergência entre o contexto

clínico e a academia está sobejamente documentada em diversos estudos (Araújo *et al.*, 2012; Serra, 2011; Cunha *et al.*, 2010; Rua, 2009; Martins, 2009; Simões *et al.*, 2008; Fernandes, 2007; Abreu, 2007, 2001; Dixe, 2007; Silva e Silva, 2004; Simões, 2004; Carvalhal, 2003; Longarito, 2002; Franco, 2000; Mestrinho, 2000, 1997; Costa, 1998; D'Espiney, 1999, Espadinha, 1997; Figueiredo, 1995; entre outros).

No presente estudo, as opiniões docente e discente parecem ser convergentes com as referências anteriores. Na fundamentação do choque da realidade percebido|sentido pelos estudantes, ambos os grupos de sujeitos apontam aspetos tais como: a dicotomia teoria – prática; a complexidade do real; a dificuldade em gerir “sentimentos profissionais”; a instabilidade politico-organizativa das organizações de saúde; a deficiente integração e acolhimento nos contextos clínicos e, ainda, o facto de alguns desses contextos serem pouco desafiantes em termos formativos (Figura 42).



Figura 42 - Categoria "Choque da Realidade"

Dicotomia teoria – prática

O pensamento de que existem “duas enfermagens”: a que foi transmitida pelos professores nas aulas teóricas, teórico-práticas e laboratórios e aquela que em ensino clínico é observada e vivida por docentes e discentes, está fortemente presente nas narrativas de ambos os grupos de entrevistados. Na busca de fundamentar a desarticulação conceptual percebida|sentida entre a escola e os contextos profissionais,

os professores dizem que os estudantes são literalmente “aculturados pelas práticas e ideias dos locais de trabalho”. Por sua vez, os discentes, sublinham que os enfermeiros supervisores “valorizavam pouco os objetivos do estágio” e que o importante é que o estudante consiga responder eficaz e eficientemente às tarefas que lhe são atribuídas durante o turno. Frisam ainda que, em alguns contextos, verificam que a comunicação interpessoal e a relação de ajuda são secundarizadas relativamente à execução das técnicas. Por tudo isto, dizem sentir-se entre “a espada e a parede”: de um lado sentem a pressão docente para desenvolverem o cuidado de Enfermagem de acordo com os modelos aprendidos na instituição escolar (valorização do saber, saber-ser e aprender a aprender); de outro lado, a pressão dos supervisores clínicos para que os acompanhem nas rotinas e hábitos estabelecidos (valorização do saber-fazer). Vejamos algumas afirmações elucidativas a este respeito.

“(...) subjacente a este contacto [com a prática] há aqui um senão, não direi negativo mas (...), menos positivo, desfavorável, ou mesmo, constrangedor, que tem a ver com as culturas dos serviços, pois, como todos sabemos, nós ensinamos a teoria, direitinha, explicamos os fundamentos das intervenções mas, depois no estágio, eles deixam-se aculturar e “até parece que constroem novas teorias”, sobre aquelas que lhes ensinámos (...) prevalece claramente “o fazer” sobre “o pensar” ...” (FG5:10).

“(...) Apesar de eu me guiar pelos objetivos de estágio, sentia que para os orientadores eles eram pouco importantes. Nós tínhamos é que fazer o que eles achavam que era melhor para o serviço e responder a todas as exigências dos turnos fosse, na manhã, na tarde ou na noite... Em alguns locais de estágio, eles [enfermeiro supervisores] valorizavam muito as técnicas, preocupavam-se pouco com as questões da comunicação interpessoal e da relação de ajuda, por isso, eu sentia uma grande discrepância entre o que era valorizado e exigido na escola pelos professores e o que era valorizado pelos orientadores nos estágios... Por vezes, eu sentia-me muito mal, sentia-me entre a “espada e a parede”, pois de um lado diziam-me para fazer de uma maneira e, do outro, eu via fazer e fazia as coisas de uma forma completamente diferente daquilo que tinha aprendido...” (EA4:61).

Para alguns autores, tais evidências parecem constituir condições determinantes para o estabelecimento de uma relação de distanciamento face ao “mundo da teoria” e até de “deslegitimação” da própria instituição escolar (Amaral, 2016; Serra, 2011; Canário, 2007; Fernandes 2007; Abreu, 2001). Contudo, este achado não parece constituir propriamente novidade, pois, já em 1995, Ribeiro salientava que esta situação constituía uma preocupação para muitos enfermeiros e docentes, devido ao efeito “esquizofrenizante” que tal perceção podia ter sobre os estudantes. Por seu lado, Abreu (2001) chama a atenção de que a desarticulação conceptual entre teoria e prática pode,

no limite, conduzir o estudante a um processo de socialização profissional inadequado ou até ao desenvolvimento de uma “identidade virtual”.

De acordo com os docentes e discentes ouvidos, os estudantes são particularmente sensíveis à mudança de campo de estágio, manifestando sistematicamente dificuldades de adaptação ao novo contexto profissional. Tal contrariedade parece estar relacionada com o facto de, em cada estágio, estes serem confrontados com contextos clínicos completamente distintos dos até aí conhecidos em termos conceptuais, organizativos e de complexidade e, ainda, com as distintas profissões aí existentes. Individualmente ou no seu conjunto, estas são variáveis que podem conduzir o estudante a sentimentos de insegurança e incapacidade para agir.

(...) nota-se nos relatórios de estágio aquela ansiedade, aquele stresse cada vez que mudam de contexto, pois cada contexto tem a sua forma específica de organizar o trabalho e os profissionais têm também distintas formas de estar e de ver a Enfermagem. Esta situação confunde os estudantes, (...), têm que começar o processo adaptativo “quase do zero”... Isto provoca-lhes uma sensação de incapacidade muito grande... Uma sensação de que não sabem fazer nada...” (FG5:44).

“Às vezes, no centro de saúde, era complicado pois não existia qualquer divisão de trabalho e nós, por vezes, não sabíamos o que fazer pois desconhecíamos completamente a dinâmica de funcionamento (...). Eu e a minha colega andávamos lá um pouco a “bater às portas” e a perguntar: “Podemos ficar aqui hoje?!”. Isto em termos de aprendizagem, é muito mau, é desmotivador pois transmite-nos a sensação de que a nossa ajuda não é bem-vinda e de que não confiam no nosso trabalho...” (EA2:30).

As situações anteriormente apresentadas parecem dificultar a experiência de ensino clínico e limitar a aquisição de conhecimentos, capacidades e atitudes pelo estudante, na medida em que este, quando confrontado com a ambivalência entre contextos e atores (professor|escola vs supervisor clínico|contexto), fica “a balançar” entre a “Enfermagem idealizada” aprendida na escola, que comporta uma conceção humanista, holística e autónoma da prática de cuidados e a Enfermagem de carácter funcionalista voltada para a produção praticada nos contextos. De acordo com autores como Serra (2011) e Abreu (2001), tal discrepância, pode contribuir para o desenvolvimento de um currículo oculto bastante fértil, de comportamentos, interações normas e procedimentos, pelo que, o seu impacto nas diversas dimensões da experiência dos estudantes não deve ser negligenciado na construção da sua identidade profissional.

Habitados a condições físicas e materiais relativamente satisfatórias no meio académico, a “discrepância entre teoria e prática” é também percebida pelos estudantes

e professores, através das diferenças estruturais e físicas verificadas entre a academia e os contextos. Com efeito, apesar da construção de novas unidades de saúde e das redes hospitalar e comunitária terem sofrido grandes reformas quer em termos qualitativos quer quantitativos, os sujeitos continuam a apontar a degradação da estrutura física de alguns contextos e a escassez de recursos materiais, como fatores menos positivos e até condicionantes da motivação discente e, conseqüentemente, das suas aprendizagens e desenvolvimento de competências:

“(...) Ainda existem serviços sem condições mínimas, a nível de estruturas, para receber os estudantes em estágio... Graças a Deus que o parque hospitalar nacional tem sido remodelado e apetrechado com novos hospitais... Há dez anos atrás era uma desgraça em alguns hospitais até havia buracos no chão...” (FG1:63).

“(...) A estrutura física é na generalidade das vezes má, é diferente de campo de estágio para campo de estágio. Apanhamos estruturas físicas, por vezes, bastante degradadas e sem quaisquer condições. Por exemplo, no Hospital X, os doentes ficam em macas e não temos biombos para proteger a sua intimidade durante as higiênes, não temos material... não há toalhas em suficiência e, por vezes, nem pijamas temos...” (EA14:16)

A necessidade de existirem condições de trabalho favoráveis ao desenvolvimento do processo supervisivo tem sido evidenciada em distintas investigações (Amaral, 2016; Silva *et al.*, 2011; Rua, 2009; Martins, 2009; Fernandes, 2007; Longo, 2005; Simões, 2004; Belo, 2003). Apesar das contrariedades resultantes do défice de condições físicas e materiais, alguns estudantes percebem esses constrangimentos não como uma limitação mas como uma oportunidade, na medida em que impele os profissionais a uma gestão imaginativa e parcimoniosa dos poucos recursos existentes, como evidencia a seguinte transcrição:

(...) havia outros sítios, que eram mais degradados e nem sequer havia material, era preciso saber rentabilizar os materiais e, às vezes, usar até de alguma imaginação... (EA6:17)

Em consonância com a ideia anteriormente expressa, um dos estudantes considera que a existência de condições físicas e materiais ideais não constitui condição *sine qua non* quer para o desenvolvimento do processo supervisivo quer para uma prestação de cuidados de qualidade aos utentes.

“Contrariamente, apanhei serviços com todas as condições, quer relativamente ao espaço físico quer ao tipo de materiais que nos era dado para cuidar dos doentes e, nem por isso, a nossa orientação foi melhor, nem os próprios cuidados aos doentes eram assim tão diferentes dos outros locais que tinham menos recursos...” (EA3:11)

À semelhança de outras investigações (Martins, 2009; Fernandes, 2007; Franco, 2000), os professores apontam como dificuldade para os estudantes as metodologias de trabalho de cariz taylorista utilizadas nos contextos. Argumentam que atualmente a intervenção de Enfermagem está muito focalizada na “tarefa” e em “rotinas standardizadas” seja nos turnos da manhã, da tarde ou da noite. Sob esta moldura, o processo supervisivo é também compreendido pelos estudantes como “rotineiro”, uma vez que estes são incorporados nos “esquemas de trabalho” dos contextos, não havendo assim lugar a qualquer reflexão sobre as atividades desenvolvidas. Vejamos dois segmentos dos discursos nos quais é feita uma clara menção a esta situação:

“Podemos falar aqui numa questão simples que são as metodologias de trabalho... Serviços há em que a organização do trabalho, por várias circunstâncias, não tem em atenção o facto de ter estudantes em estágio...enfim os colegas decidem como lhes parece melhor e muitas vezes trabalham ”à tarefa” ou segundo “rotinas”: rotinas do turno da manhã, do turno da tarde e do da noite... Se calhar, para o estudante, para o seu desenvolvimento, essa não será a melhor metodologia (...), mas não é fácil intervir nos contextos, é muito difícil mudar hábitos profundamente enraizados e os estudantes são “apanhados” por estas diferentes formas de trabalhar e de ler a realidade...” (FG2:16)

“A orientação deles era também uma rotina, todos os dias chegava lá, recebíamos o turno dos colegas da noite, fazíamos as higiènes, dávamos a medicação, dávamos a alimentação, posicionávamos os doentes, escrevamos as notas e pronto, estava tudo feito! Refletir?! Qualquê!... Nunca falávamos sobre nada do que tínhamos feito ao longo do turno, a não ser que eu tivesse feito alguma “asneira”... Era sempre tudo na base das rotinas...” (EA4:25).

“Não é fácil intervir nos contextos” e é “muito difícil mudar hábitos profundamente enraizados” afirmam os professores, e a nossa experiência no terreno corrobora tal opinião. As “rotinas” configuram-se aos “olhos dos profissionais” como um modelo securizante e fiável de organização, influenciando quer o contexto da ação, quer o contexto de aprendizagem e, por conseguinte, o pensamento e a ação dos atores, nomeadamente, daqueles que têm como responsabilidade liderar o processo de ensino-aprendizagem clínico. Sob esta ótica, as práticas que os estudantes desenvolvem nos contextos clínicos, tendencialmente, aproximar-se-ão mais do modelo de regulação local do que do modelo ideológico transmitido pela Escola, contribuindo para a perpetuação da dicotomia teoria-prática.

No sentido de contrariar tal constatação, urge que os enfermeiros supervisores saiam das suas “zonas de conforto”, que abandonem os modelos de gestão de cuidados “*standard*” e ajudem os estudantes a refletir e a construir saber através da tomada de consciência

das suas ações, experiências e sentimentos, o que necessariamente implica intencionalidade, sensibilidade ao contexto, controlo e monitorização das atividades desenvolvidas (Veiga Simão, 2013). Como sublinham autores como Perrenoud (2002), Altet (2001), Malglaive (1995) ou Vergnaud (1996), quando determinada atividade se transforma em rotina, é fundamental produzir um trabalho de racionalização sobre a mesma, no sentido de lhe ser apreendido o saber e a legitimar ou, dito de outro modo, proceder à sua formalização, pois, sem formalização conhece-se a *performance* mas não as estruturas operatórias que dão corpo à ação.

Um grupo de professores, numa análise macro da problemática sublinha, ainda, que a forma de organização do trabalho a nível local, em termos dos serviços ou da própria instituição, é o reflexo das políticas de saúde vigentes. Sob esse prisma, essas políticas “pressionam” de tal modo os enfermeiros, que estes não conseguem desenvolver um processo de trabalho centrado na pessoa alvo dos cuidados e acabam por realizar um conjunto de tarefas atomizadas que, no limite, podem inclusive colocar em causa o princípio da humanização dos cuidados.

“A questão de os estudantes trabalharem à tarefa, muitas vezes é incutida pelas próprias políticas da saúde. Se, por exemplo, pegar em indicadores que estão definidos para a avaliar o desempenho na realidade da saúde familiar, esses indicadores apenas visam avaliar objetivamente as tarefas executadas: Quantas tensões arteriais? Quantos injetáveis? Quantos pensos? Quantos isto? Quantos aquilo?... não é dada atenção à qualidade do cuidado, é pela quantidade do cuidado!... Quantidade de atos! Portanto, esta concentração no número de atos, leva a que os profissionais trabalhem de forma rotinizada e à tarefa e os estudantes orientados por esses profissionais são induzidos a trabalhar da mesma forma e a pensar que cuidar em Enfermagem é isso!...” (FG4:17).

Esta atomização do trabalho de Enfermagem é bem visível na própria gíria profissional dos enfermeiros supervisores quando abordam o estudante no sentido de descrever as atividades que se propõem realizar: “*vamos fazer as higiènes*”, “*vamos preparar a medicação*”, “*vamos posicionar os utentes*”, “*vamos fazer os pensos*”, “*vamos entubar*”, “*vamos algaliar*”, etc.. Parte-se das tarefas para padronizar as necessidades dos utentes e não o contrário. Sob esta lógica, o utente, torna-se assim tão-somente o “lugar” em que as mesmas são realizadas. Esta “forma de organização do trabalho” tem ainda como consequência, a ocultação dos espaços de indeterminação do trabalho de Enfermagem e dos elevados níveis de interpretação necessários à tomada de decisão, resultando na desvalorização do trabalho dos enfermeiros (Abreu, 2007; Carapinheiro, 1998).

A excessiva focalização nas tarefas, parece também contribuir para evidenciar as incertezas e inseguranças do estudante. É tanta coisa nova e as solicitações são tantas e distintas, que se impõe a necessidade de uma adaptação rápida e eficiente. Tal exigência, parece fazer suscitar no estudante um sentimento de incapacidade; de não possuir os conhecimentos necessários a um pleno desempenho; de estar “mal preparado” para a prática e que a formação recebida na escola é desadequada face às exigências da realidade profissional.

“O meu orientador muitas vezes dizia que eu só sabia teorias que não tinham qualquer interesse para a prática... Um dia disse-me uma coisa que me magoou muito: “Vêm para aqui a falar de holismo, muitos planos de cuidados, mas se um doente descompensa, parecem umas baratas tontas, não sabem fazer nada! Não sabem sequer picar uma veia!” (...) Dei algumas vezes comigo a pensar que os conhecimentos que tinha recebido na escola, na prática, não me serviam de nada...” (EA4:98).

Esta perceção encontra eco nos trabalhos de Fernandes (2007), Abreu (2001), Costa (1998) ou D`Espiney (1997), ao verificarem que as pesquisas que têm como objeto a formação inicial em Enfermagem tendem a dar visibilidade a uma certa ineficácia da formação. Porém, Abreu (2001), baseando-se em Canário (1997), defende que “(...) o desajustamento verificado entre o que foi ensinado na escola e as práticas profissionais observáveis só é lido como ineficaz porque a matriz conceptual de referência encara a prática profissional como um momento de mera aplicação” (p.52).

Em linha com outras investigações (Serra, 2011; Cunha *et al.*, 2010; Rua, 2009; Simões *et al.*, 2008; Fernandes, 2007; Dixe, 2007; Longarito, 2002; Abreu, 2001, entre outros), os estudantes referem existir uma excessiva focalização dos supervisores no modelo biomédico, sendo que a sua preocupação dominante é “tratar a doença” e dar cumprimento às intervenções interdependentes ao invés de procurar desenvolver intervenções autónomas e praticar um cuidado centrado na pessoa, assente na relação interpessoal e na relação de ajuda. Tal constatação parece limitar o desenvolvimento profissional dos estudantes e de algum modo condicionar a sua construção identitária.

“(...) quando estava a fazer o estágio de urgência senti que ali, naquele local, se preocupavam exclusivamente com as técnicas e trabalhavam à tarefa numa lógica bastante biomédica... O tal modelo holístico de que tanto falávamos na escola, naquela unidade, estava apenas na estante da pequena biblioteca que lá havia, ali os enfermeiros eram todos “pequenos médicos”...” (EA7:27).

Talvez por influência dos enfermeiros supervisores, os professores observam que também os estudantes se focalizam predominantemente nos procedimentos técnicos

(fazer pensos, administrar injetáveis, entubar, algaliar, administrar medicação, etc.). Tal situação é particularmente evidente nos primeiros ensinamentos clínicos, na medida em que existe uma “enorme inquietação” e até “deslumbramento” discente por experimentar esses procedimentos, ainda que, muitas vezes, “esquecendo-se” de os enquadrar no contexto global do cuidado à pessoa que dele necessita.

“Para mim chega a ser angustiante a focalização do estudante nas técnicas. É a primeira coisa de que eles falam: “Eu esta semana fiz esta técnica, fiz aquela técnica...”. Eu acho que eles próprios têm necessidade de descrever isso por uma questão de afirmação profissional ou, se calhar, contrariamente angustia-os, pois é aquela questão da efetivação da prática, do conseguir ou não conseguir fazer, não é?...” (FG10:9).

Vários autores que desenvolveram estudos na área da Enfermagem (Abreu, 2001; Hesbeen, 2000; Ribeiro, 1995; Collière, 1989), distinguem essencialmente duas orientações dominantes na profissão, relacionadas com o tratar (modelo biomédico) e com o cuidar (modelo holístico). A primeira orientação, de tipo instrumental, deriva da tecnicidade e está fortemente ligada às circunstâncias do desempenho profissional e aos contextos onde se prestam cuidados de elevada complexidade, surgindo o enfermeiro como um “técnico” que domina cada vez mais eficazmente os conhecimentos próprios da medicina (Abreu, 2001). Por oposição, a orientação para o cuidar, assenta em ideais humanistas e numa filosofia holística e está mais vocacionada para o bem-estar do utente, para “as pequenas coisas da vida”, sob a qual, o enfermeiro é visto como “artesão” (Hesbeen, 2000). No seu estudo, Abreu (2001), propõe uma orientação alternativa a esta tradicional dicotomia: o paradigma médico de orientação humanista.

Apesar de ser unanimemente reconhecido o valor da reflexão no processo de desenvolvimento do estudante, de acordo com alguns dos professores, os contextos são pouco favoráveis à reflexão, verificando-se um fraco compromisso com o processo de aprendizagem do estudante e com a formalização dos saberes intrínsecos a um bom desempenho.

“(...) Têm dificuldade em abrir-se aos estudantes não permitindo, por exemplo, que estes participem ativamente nas reflexões acerca dos doentes durante as passagens de turno... São pouco sensíveis às necessidades dos estudantes, não procuram momentos que estimulem os estudantes a refletir sobre as atividades que fizeram ou sobre alguma dúvida súbita, normalmente dizem para os estudantes irem estudar em casa, ou que esse esclarecimento é tarefa da escola...” (FG9:37).

Para alguns autores a fraca adesão à reflexão e à conceptualização das práticas, não pode ser atribuída exclusivamente à forte dimensão técnica que tem caracterizado a profissão. Apontam a pressão dos poderes instituídos e as excessivas expectativas das organizações de saúde em relação ao desempenho dos enfermeiros que, por um lado, exigem destreza na prestação de cuidados mas, por outro lado, não lhes concedem tempo para o questionamento das suas próprias práticas profissionais (Abreu, 2007, 2001).

Apesar de alguns avanços neste âmbito, verifica-se que o modelo da racionalidade técnica está ainda bem patente nas organizações de saúde e também nas escolares. Estes resultados opõem-se assim à epistemologia da prática defendida por Schön (1987, 1983) que acentua o valor da reflexão na e sobre a ação e a importância da imprevisibilidade dos contextos na construção de conhecimento profissional, pelo que deverão constituir motivo de reflexão (e de ação) para todos aqueles que estão envolvidos e detêm responsabilidades na formação inicial de enfermeiros.

Na Tabela 97, apresentamos o conjunto dos indicadores anteriormente analisados e discutidos.

Dicotomia Teoria-Prática – Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Discrepância teoria – prática</i>• <i>Desarticulação conceptual entre a escola e os contextos</i>• <i>Estrutura física dos serviços degradadas</i>• <i>Falta de recursos materiais nos contextos</i>• <i>“Trabalhar à tarefa” “por rotinas”</i>• <i>A forma diferenciada que os contextos têm de organizar/gerir a prestação de cuidados</i>• <i>A excessiva focalização nos procedimentos técnicos (modelo biomédico)</i>• <i>Contextos pouco favoráveis à reflexão</i>

Tabela 97 - Subcategoria "*Dicotomia teoria-prática*"

A complexidade do real

A complexidade dos contextos e das situações é apontada por professores e estudantes como um elemento gerador de insegurança nestes últimos. Tal conclusão emerge também em outros trabalhos de investigação desenvolvidos na área da formação inicial em Enfermagem (Serra, 2011; Rua, 2009; Martins, 2009; Fernandes, 2007; entre outros). Ter que atuar em ambientes de alta complexidade, marcados pela interação constante com utentes em situações de saúde-doença complexas e respetivos familiares;

com distintos profissionais de saúde e, ainda, lidar com o imprevisto e responder a múltiplas situações em simultâneo, são condições que, por si só, deixam o estudante confuso e desorientado.

“(...) as dificuldades perante as situações reais são enormes. Nos hospitais, por exemplo, os estudantes vêm-se confrontados com múltiplas e distintas situações em simultâneo: são os utentes, cada qual com as suas necessidades; o desenvolver as rotinas nos timings previstos; o grande número de diferentes profissionais a trabalhar em simultâneo; as visitas, cada qual, preocupada com o seu familiar, etc.. Tudo isto exige do estudante uma capacidade quer de grande concentração em determinados momentos e, de imediato, requer também dispersão dessa mesma atenção, e este exercício é muito complicado para o estudante...” (FG6:8).

(...) Eu não estava preparado para aquilo... Era uma grande confusão: os doentes a precisar de cuidados, os enfermeiros e os auxiliares a correr de doente para doente, os médicos a pedir exames “para ontem”... Foi de loucos, eu sentia-me completamente perdido no meio daquela confusão toda...” (EA2:6).

Ter que agir com rapidez, por um lado, e a destreza manual e a gestão de prioridades estar ainda pouco desenvolvida, por outro lado, parece condicionar, na opinião docente, a forma como o estudante organiza e gere as suas atividades. Não é fácil para este, sobretudo na fase inicial dos ensinamentos clínicos, estabelecer prioridades ou fazer uma gestão de tempo eficaz.

“Na generalidade dos estágios, os estudantes, em termos de organização do trabalho, não conseguem priorizar as ações e nas avaliações formativas esse é sempre um aspeto apontado como aspeto a melhorar. São muito poucos os estudantes que no final do 2º ano já conseguem ter a visão necessária e organizarem as suas atividades por forma a terminarem o turno sem deixarem nada por fazer...” (FG2:7)

Difícil parece ser também a elicitação das conceções que estiveram subjacentes ao planeamento das intervenções.

“(...) muitas vezes, quando questionamos os estudantes acerca do planeamento e priorização de cuidados por escrito eles respondem que fizeram isso mentalmente. Mas quando lhes pedimos para explicitarem que raciocínios estiveram na base das suas decisões, eles começam a “gaguejar” e só com muita ajuda nossa conseguem argumentar de uma forma sustentada as suas opções...” (FG5:9).

Mais difícil ainda, parece ser a tomada de decisão “*just in time*”, quando o estudante ainda não saiu da sombra do orientador e não conhece suficientemente bem as normas e os protocolos de atuação dos contextos.

“(...) as dificuldades que ele [estudante] vai ter são imensas, porque tem a ver com a tomada de decisão em tempo útil... Os estudantes numa fase inicial ficam quase sempre, para não dizer sempre, à espera que os orientadores lhes digam o que devem fazer e

quando, pois, ainda não interiorizaram completamente os procedimentos em uso naquele contexto...” (FG3:33).

Quando em unidades de cuidados intensivos, as dificuldades do estudante parecem ganhar uma dimensão acrescida. Dizem ser invadidos por um sentimento de incapacidade que os impede de saberem “quando”, “o que” e “como fazer”, traduzindo-se tais receios em medo de errar e/ou prejudicar o doente e, por conseguinte, tomar iniciativa.

“Eu creio o que faz dessa área [doente crítico], uma área um pouco mais complexa é justamente o facto de se ter de dominar uma série de tecnologias e, simultaneamente, dominar as patologias; o stresse de responder adequadamente às necessidades do doente e aos familiares (...). Em mim isso, por vezes gera um sentimento que me incapacidade de agir... É muito complicado explicar... É muita coisa a dominar...” (EA14:9).

Comumente, esta dificuldade é descrita pela literatura como estando associada à cultura e clima dos contextos, à própria personalidade|forma de estar do estudante ou ao estilo supervisivo predominante no enfermeiro supervisor (Rua, 2009; Martins, 2009; Fernandes, 2007; Belo, 2003; Simões, 2004), o que parece ser reiterado pela opinião docente deste estudo. Vejamos nas próprias palavras dos professores:

“Em algumas situações os estudantes sentem-se de tal modo inseguros que têm medo de tomar a iniciativa (...). Na minha opinião, esta situação tem a ver essencialmente com os contextos serem mais ou menos permeáveis à iniciativa do estudante; com a forma como o orientador gere o processo supervisivo, mas também, pode ter a ver com as características pessoais do próprio estudante e da segurança que ele tem...” (FG11:22).

Ainda neste âmbito, o estudante parece sentir dificuldades em interrelacionar os conhecimentos adquiridos e proceder à mobilização situada dos mesmos, bem como, na execução técnica situada dos procedimentos de Enfermagem. Sente insegurança relativamente à gestão situacional-relacional; sente que parece não possuir os conhecimentos suficientes para agir e, mesmo quando está seguro de que os possui, parecem não lhe servirem de nada, “(...) é como se não tivessem aprendido nada na teoria” (Fernandes, 2007:176).

“Muitas vezes eles em estágio necessitam de mobilizar conhecimentos teóricos dos anos anteriores, porém eles já não se recordam, porque eles memorizam esse conhecimento de forma estanque e não interrelacionada e, depois, como estão sobre a pressão do momento, não conseguem proceder à sua mobilização...” (FG6:36).

“Acho que, de início, apesar de irmos muito agarrados à teoria, tínhamos muita dificuldade em mobilizar os conhecimentos teóricos na prática... Lá é mais difícil, pois temos que mobilizar os conhecimentos e, simultaneamente, temos que cuidar das pessoas e resolver-lhe os problemas, e isso, às vezes é muito difícil...” (EA9:51)

A este propósito, Costa (1998) sublinha que a prática só se aprende na prática. Porém para que o estudante possa praticar, necessita primeiro de dominar a teoria pois “(...) a teoria não se projeta como um conhecimento generalizado e abstrato aplicado à teoria situacional que, em simultâneo, penetra e emerge da prática” (Usher e Bryan, 1992:87).

Paralelamente à dificuldade anterior, o estudante em contexto clínico, sente-se muito exposto e observado quer pelo supervisor quer pelos demais profissionais de saúde ou, ainda, pelos utentes/famílias alvos da sua intervenção. Assim, perante a necessidade de executar determinado procedimento, ele fica tão nervoso e inseguro, que falha a técnica e só com a repetição e acréscimo de auto-confiança consegue ganhar a segurança para ultrapassar esse obstáculo. Vejamos o que dizem os professores a este respeito:

“(...) o nível a que ele [estudante] está exposto é enorme. Tudo bem, o estudante tem um orientador que pode suavizar isso, mas ele está exposto a muitos e diversificados olhares. Por exemplo, o estudante está a realizar determinada técnica numa sala e entra um médico ou um enfermeiro, que não o orientador, e começa a colocar-lhe questões sobre o que está a fazer. O estudante fica de imediato inseguro e com dificuldade em responder... Outra situação: o estudante está em contacto com o cliente, com a pessoa, com as famílias... E a família chega, e aborda o estudante e questiona: “Ora, então o que é que se passa com o ou a doente tal?...”. Isto é um nível de exposição significativo para o estudante, pois ele tem que demonstrar que está bem documentado sobre esse doente, o que em alguns casos pode fazer o estudante sentir-se inseguro.” (FG2:30)

As dinâmicas adaptativas estão largamente documentadas nos trabalhos de Vigotsky (1986). Rua (2009) reforça no entanto que, quando um aluno contata com os contextos de trabalho é confrontado com sociabilidades, profissionalidades, utentes, luminosidades, odores e ruídos distintos e particulares, pelo que, de acordo com Abreu (2007), “(...) uma primeira tarefa para a qual necessita de apoio é a de encontrar “a sua forma” de se adaptar ao conjunto de novas situações com que é confrontado” (p.225).

Na Tabela 98, sintetiza-se o conjunto dos indicadores que sustentam a problemática do confronto com a complexidade do real.

A complexidade do real - Indicadores

- *No confronto com a complexidade do real*
- *Na mobilização do conhecimento teórico em situação*
- *Atuar em ambientes complexos*
- *Responder às múltiplas solicitações*
- *Associadas à tomada de decisão*
- *Medo de tomar iniciativa*
- *Lidar com o imprevisto*
- *Associadas ao estabelecimento de prioridades*
- *Na forma como o estudante organiza / gere as suas atividades*
- *Na execução técnica situada*
- *Associadas à gestão de tempo*
- *Associadas ao sentimento de "sentir-se muito exposto"*

Tabela 98 - Subcategoria "A complexidade do real"

Instabilidade político-organizativa nas organizações de saúde

O confronto com contextos e cenários que diferem substancialmente das expectativas dos estudantes, constitui na opinião dos sujeitos deste estudo, um fator gerador de incerteza e de insegurança nos estudantes, sobretudo acerca do tipo de atitude e desempenho a ter. As evidências obtidas são bastante sobreponíveis a outros estudos nesta área, de onde se destacam as investigações desenvolvidas por Sim-Sim *et al.* (2013) e Rua (2009), Martins (2009) e Fernandes (2007). Não obstante o enorme poder socializador dos contextos clínicos (Abreu, 2001; Serra, 2011), na opinião docente, os estudantes demonstram insatisfação e até algum sentido crítico face ao condicionamento do processo de ensino-aprendizagem resultante da instabilidade dos contextos e das sucessivas alterações político-organizativas nas organizações de saúde.

“Essa instabilidade [organizacional] que se verifica e avoluma nos últimos anos, acaba por afetar direta e indiretamente as aprendizagens e o desenvolvimento dos estudantes, seja nos ensinamentos clínicos em cuidados diferenciados, ao nível dos hospitais; seja no âmbito da saúde comunitária, nos Centros de Saúde.”(FG4:9).

Tal como evidenciado nas pesquisas desenvolvidas por Martins (2009), Longo (2005) e Belo (2003), no âmbito da supervisão clínica em Enfermagem, as limitações organizativas e de recursos humanos emergem neste trabalho como condicionantes da dinâmica do ensino clínico traduzindo-se, por vezes, em sub-aproveitamento das oportunidades de aprendizagem e, conseqüentemente, no condicionamento do desenvolvimento do estudante, veja-se o que dizem os professores e os estudantes a esse respeito:

“(...) há falta de meios humanos... Então, especialmente no final do segundo semestre, que coincide com o início das férias de verão, isso é por demais evidente e acaba por ter repercussões no normal desenvolvimento dos estágios. Os estudantes andam lá, muitas vezes, sem orientação e acabam por ser mandados para as consultas médicas para observarem, isto aconteceu-me num estágio de saúde materna...” (FG7:7)

(...) os recursos humanos eram escassos e o ratio enfermeiro-doente era muito elavado para poderem ser prestados cuidados de qualidade e simultaneamente orientar estudantes, esse aspeto influenciou o trabalho diário da equipa da Enfermagem e a minha própria aprendizagem... (EA3:18)

Eventualmente decorrente da problemática anterior, são identificadas pelos professores e estudantes situações em que estes últimos são utilizados como “mão-de-obra” para suprir os défices de recursos humanos dos contextos:

“Por outro lado ainda acontece hoje dizerem-nos descaradamente: “Olhe, o estudante não vai ficar com o doente que ele escolheu, mas vai para a outra sala, onde nós precisamos mais dele, pois estamos com menos um enfermeiro”... Quer dizer, tem que haver responsabilização (...), quer da parte de quem ensina quer de quem recebe os estudantes, os estudantes não podem ser utilizados como mão-de-obra barata ou para colmatar a carência de profissionais...” (FG7:16).

“(...) no estágio de integração à vida profissional, percebi que a partir de certo momento nós já não estávamos lá a desempenhar o nosso papel de alunos mas sim a trabalhar como profissionais, pois o serviço tinha muita falta de enfermeiros e nós éramos “mão-de-obra” muito bem vinda...” (EA2:39).

Vários autores têm vindo a chamar à atenção para a necessidade de evitar a utilização ou aproveitamento dos estudantes como “mão-de-obra” ou como “tapa-buracos”, em substituição de profissionais ou como “reforço puro e simples do pessoal dos serviços” (Martins, 2009; Silva e Silva, 2004; Carvalho, 2003; Caires, 2001; Vasconcelos, 1992).

A Tabela 99 congrega os indicadores relativos às dificuldades sentidas pelos estudantes, relacionadas com a instabilidade político-organizativa nas organizações de saúde.

Instabilidade político-organizativa nas organizações de saúde - Indicadores

- Instabilidade dos contextos
- As sucessivas alterações político-administrativas das organizações de saúde
- Limitações organizativas e de recursos humanos dos contextos
- A experiência prática confinar-se à observação
- Relacionadas com a dificuldade em atingir os objetivos de estágio por impedimentos organizacionais

Tabela 99 - Subcategoria "Instabilidade político-organizativa nas organizações de saúde"

Gestão de “sentimentos profissionais”

Ao longo dos diversos ensinamentos clínicos que compõem a componente prática da formação inicial em Enfermagem, os estudantes vivenciam diversas situações marcantes que, de algum modo, influenciam o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Poder-se-á afirmar que a prática em contexto de trabalho constitui um espaço-tempo privilegiado para a realização de aprendizagens acerca da vida no seu sentido mais lato. Sob esta moldura, o confronto com o sofrimento e a morte constitui, na opinião docente e discente, um evento inesquecível que perturba profundamente os estudantes, na medida em que os confronta com um sentimento de impotência e com a tomada de consciência da sua própria finitude ou dos seus familiares e amigos. Os relatos seguintes são particularmente ilustrativos desse confronto:

“Por exemplo, a morte para eles é algo que os perturba muito, e se tiverem apenas um doente atribuído pior, se se tratar de um adulto jovem, pior ainda. Eles sentem-se impotentes e, por vezes, existe até um processo de identificação que os deixa particularmente vulneráveis...” (FG1:9).

“(...) momentos difíceis houve muitos... Houve várias situações, por exemplo, a primeira vez que tive contacto com a própria morte, esse talvez seja um dos aspetos que não vamos tão preparados para o local de estágio e temos de saber lidar com essa situação no momento. Mesmo nos cuidados “pós-morte” e na relação com a família, são aquelas coisas que são difíceis e temos mesmo que estar preparados...” (EA15:4).

A prática em contexto de trabalho constitui, no dizer dos professores, um espaço-tempo de forte trabalho emocional para os estudantes. A justificar tal afirmação estão as múltiplas referências relativamente à dificuldade que os estudantes sentem em gerir os seus sentimentos e emoções quando confrontados com situações limite e, simultaneamente, terem de manter um desempenho adequado, eficaz e eficiente.

“Por exemplo, se forem colocados naqueles locais em que há muitas mortes, ou que há situações clínicas muito fortes emocionalmente, tipo: doença oncológica, amputações em pessoas jovens, AVC's muito incapacitantes, por exemplo, isto mexe muito com o lado emocional dos estudantes e pode ser condicionador do seu desempenho...” (FG3:35)

“(...) em situações terminais em que o doente não melhora nem piora é que eu me sentia um bocado frustrado... Ver a pessoa a morrer diariamente e o familiar, no seu luto e, muitas vezes, a chorar... Eu sentia-me impotente nessas situações... Eu não queria chegar ali e dizer palavras vãs como: “Tenha calma!... Não chore!...” (EA4:16).

Situações existem, em que os estudantes em função das suas características pessoais, da sua história de vida e do momento histórico que estão a viver não conseguem gerir os seus sentimentos e emoções e acabam por interromper ou mesmo abandonar o curso.

“Ainda que raras, têm existido situações em que o conflito interno de sentimentos é tão intenso que o estudante acaba por interromper o estágio e, no limite, até desiste do curso...” (FG8:20).

Também existem situações, em que as equipas de Enfermagem com mais experiência supervisiva, apercebendo-se das dificuldades dos estudantes em gerir as suas emoções e sentimentos, criam uma atmosfera de envolvimento e apoio ao estudante.

“(...) em geral, as equipas de Enfermagem que costumam colaborar na orientação dos estudantes, percebem a sua incapacidade para lidar com estas situações e preservam-nos um bocadinho, especialmente nos casos em que houve um maior envolvimento do estudante...” (FG7:18).

No domínio das dificuldades sentidas pelos estudantes relativamente à gestão das suas emoções e sentimentos no decurso dos ensinamentos clínicos, alinhámos os resultados deste estudo com os de outros autores que defendem que a exposição emocional dos estudantes durante os ensinamentos clínicos é muito semelhante àquela a que são sujeitos os enfermeiros profissionais (Serra, 2011; Rua, 2009; Antunes, 2007; Fernandes, 2007; Carvalho, 1996; Abreu, 2001). Sob esta ótica, os diversos trabalhos desenvolvidos têm vindo a demonstrar que a gestão das emoções quando experienciada de modo menos positivo pelo estudante, pode condicionar de forma determinante a sua relação com os pares, com os utentes, com a profissão e consigo próprio (Souza *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2011). Neste último caso, as consequências podem ser de tal modo violentas que o estudante começa a apresentar manifestações psicossomáticas, tais como, alteração do ritmo biológico, aumento dos níveis de stresse, insónia ou diminuição do número de horas de sono, náuseas, vómitos, etc. (Barroso, 2009; Rua, 2009; Fernandes, 2007; Carvalho, 1996). Numa tentativa de colmatar tais disrupções, Abreu (2001), sugere que ao nível da formação, a par das disposições e competências de ajuda, sejam trabalhadas as formas como estudantes e supervisores se compreendem a si próprios e gerem os seus sentimentos.

A dinâmica e a complexidade de cada contexto colocam o estudante perante situações eventualmente constrangedoras e nunca antes vivenciadas, para as quais ele necessita encontrar estratégias adaptativas. Segundo os professores, o contacto com o corpo dos utentes, durante prestação direta de cuidados, parece ser um fator gerador de desconforto, ansiedade e insegurança no estudante, particularmente, se esse corpo apresenta défices de higiene, feridas, hemorragias graves, queimaduras ou deformações causadas por acidente ou traumatismos.

“(...) lidar com o corpo do doente, sentir a “carne”, sentir se está fria, quente, seca ou húmida é complicado para eles [estudantes]... Então se tiver feridas e essas feridas forem muito sangrantes ou tiveram um aspeto repugnante e cheiro ativo, nos primeiros contactos, eles ficam indispostos e nem a curiosidade científica os faz querer participar nos cuidados às mesmas... Num estágio houve mesmo uma estudante que me perguntou se podia calçar dois pares de luvas... (risos)” (FG7:21).

Apesar de reconhecer todas as dificuldades e constrangimentos sentidos pelo estudante relativamente ao “toque”, Rua (2009) prefere colocar a tónica no valor formativo da prática decorrente da superação dessas mesmas dificuldades, afirmando que *“(...) só neste contexto, o estudante pode vivenciar essa sensação, porque apesar da experimentação, em laboratório, de procedimentos técnicos que pressupõem tocar o corpo, este não passa de um manequim, do qual não emerge qualquer reação, energia ou odor”* (p.83).

Associada à dificuldade anterior os estudantes sentem-se também embaraçados por entrar na intimidade do(s) utente(s). Este marcado sentido de invasão de privacidade “do outro” não se confina porém, apenas ao espaço físico (corporal), mas também, à sua vida privada. Os momentos em que esta dificuldade parece surgir com maior intensidade são, por um lado, as situações em que existe a necessidade de exposição total ou parcial do corpo durante a prestação de cuidados de higiene e conforto

“Eles ficam constrangidos por entrar na intimidade dos doentes. Isto é bem visível nos primeiros estágios, quando têm que prestar cuidados de higiene e conforto às pessoas, especialmente às que estão acamadas, e têm que lhes remover a roupa... Muitas vezes, são os auxiliares que tomam a iniciativa pois eles ficam muito acanhados... Estão sempre a colocar as toalhas de forma a proteger a privacidade das pessoas...” (FG8:10).

e, por outro lado, em situações de visitação domiciliária.

“Ainda relativamente à questão da invasão da privacidade dos doentes, eu queria salientar um aspeto: não se trata apenas da “invasão física”... Os estudantes referem muitas vezes também dificuldades associadas a uma certa “invasão do contexto familiar”. Por exemplo, nos estágios de saúde comunitária, quando fazem visitação domiciliária, sentem-se constrangidos quando entram no domicílio dos doentes; têm vergonha de pedir para ir à casa de banho lavar as mãos após a realização de um penso... Este é apenas um exemplo...” (FG8:11).

Para Serra (2011), este sentimento de invasão da privacidade alheia evidencia-se como o prenúncio da aprendizagem do papel profissional (e consequente separação do “eu profissional” do “eu pessoal”) ao qual está subjacente a capacidade de entrar assertivamente no espaço do outro numa lógica e intencionalidade estritamente profissional.

O desconhecimento de certas realidades sociais como, por exemplo, a precariedade da habitação e as condições de insalubridade em que muitas pessoas|famílias vivem, é também apontado como gerador de dificuldades para os estudantes no decurso dos ensinamentos clínicos. Essa realidade, por vezes chocante, leva-os a refletir sobre múltiplos aspetos que até então lhes eram alheios. O entrar na casa dos utentes, ver as condições deploráveis em que muitas famílias vivem e conhecer as suas histórias de vida, faz despoletar nos estudantes sentimentos de revolta e de angústia.

“(...) Quando vão [os estudantes] para o estágio de comunitária é que eles se apercebem da realidade social e das reais condições de vida das pessoas e, alguns deles, ficam muito tristes e até revoltados com as situações que observam: casas decrepitas, falta de higiene, falta de água, luz ou ambas... Eles não estão preparados para a vida. Ainda há pouco tempo, num estágio de saúde comunitária, tive uma aluna que me dizia: “fiquei perfeitamente angustiada quando entrei pela primeira vez na casa duma família e vi baratas a passar... Eu nunca tinha visto uma barata...” (FG4:5).

Por vezes, os sentimentos de tristeza e de revolta são tão intensos que fazem emergir uma consciência de responsabilidade social que os impele a querer agir.

“(...) o facto de eles [estudantes] fazerem uma visita domiciliária e verificarem a precariedade em que muitas pessoas vivem, eles não estão preparados para esse impacto e acabam por vivenciá-lo de uma maneira muito intensa e interpelam-nos: “Oh professora, como é possível que estas pessoas vivam nestas condições?!... Que podemos fazer para ajudá-los? A que organismos podemos recorrer?!... Tem que se fazer alguma coisa! Não podemos deixar que a situação permaneça desta maneira...” (FG2:35).

Apesar de aparentemente o confronto do estudante com as carências sociais poder apresentar-se como um obstáculo ao seu desenvolvimento pessoal e profissional, consideramos que tais momentos, quando “bem liderados” do ponto de vista pedagógico, poderão constituir ocasiões privilegiadas de aprendizagem, enquanto contributos decisivos para a aquisição da “visão holística” da pessoa|família|grupo ou comunidade alvo de cuidados e para a construção de uma profissionalidade que integra valores como a justiça social, baseados na imparcialidade, na não discriminação e igualdade de acesso aos recursos de cuidados de Enfermagem (Davis *et al.*, 2005).

Na Tabela 100, apresenta-se dos indicadores, agregados numa subcategoria, que revelam a pertinência da problemática relativa à gestão de sentimentos profissionais pelos estudantes durante os períodos de ensino clínico.

Gestão de “sentimentos profissionais” - Indicadores

- Lidar com o sofrimento e a morte
 - Gerir emoções e sentimentos
 - Desconhecimento de certas realidades sociais
 - Confronto com situações clínicas limite
 - Contacto com o corpo do utente
 - “Entrar na intimidade do(s) utente(s)”
-

Tabela 100 - Subcategoria "Gestão de sentimentos profissionais"

Deficiente integração nos contextos clínicos

Em ensino clínico a integração nos contextos de trabalho significa conhecer a constituição|organização do serviço quer em termos de estrutura física quer em termos de recursos humanos e materiais e, ainda, as normas e protocolos vigentes. A “aterragem no mundo do trabalho” implica assim o conhecimento e a adaptação à “atmosfera envolvente” (Rua, 2009), isto é, a novos espaços, culturas, regras, horários, papéis e distintos interlocutores num curto espaço de tempo, exigindo uma diferente forma de sentir, estar e interagir comparativamente ao meio académico. Qualquer uma das variáveis anteriormente discriminadas, individualmente ou de forma interligada, quando não bem interiorizada pelo estudante, poderá constituir uma dificuldade à sua integração nos contextos com repercussões na aquisição de uma visão global e contextualizada do *modus operandi* do contexto profissional. Vejamos o que nos dizem os próprios professores:

“Na minha opinião e da experiência que tive durante onze anos na Chefia de um Serviço, as integrações são sempre difíceis até para um enfermeiro, quanto mais para um estudante!... E quanto mais cedo isso acontecer no percurso académico mais difícil ainda se torna, eles não têm “estaleca”, é muita coisa para assimilar num curto espaço de tempo: tem de se adaptar aos horários, à estrutura física e rotinas do serviço, às pessoas que lá trabalham, aos doentes... é muita coisa ao mesmo tempo...” (FG1:27).

Situações há em que as dificuldades de integração sentidas pelo estudante têm a sua génese logo desde o primeiro contacto com o contexto clínico. Com efeito, o tipo de acolhimento que é feito pela equipa de Enfermagem e, num âmbito mais lato, pela equipa multidisciplinar, pode ser decisivo a uma “boa integração”, como se pode inferir do excerto de uma das narrativas dos estudantes:

“A equipa multidisciplinar influencia tudo, processos pedagógicos, processos relacionais quer com a própria equipa quer com os doentes... Se forem uma equipa acolhedora corre tudo bem, pois eles tomam a iniciativa de nos ajudar, porém já apanhei equipas

multidisciplinares nada abertas a terem estudantes e isso para além de ser desmotivante, “corta tudo”, principalmente as oportunidades de aprendizagem...” (EA2:27).

O tipo de acolhimento que é feito ao estudante nos contextos de prática clínica é apontado em diversos estudos como uma variável determinante da motivação e da aprendizagem do estudante (Sim-Sim *et al.*, 2013; Correia e Santiago, 2012; Fernandes *et al.*, 2012; Costa, 2008; Fernandes, 2007). No seu estudo Fernandes (2007), defende que no processo de integração, quer o enfermeiro supervisor quer a equipa de Enfermagem têm um papel preponderante acerca da informação a ceder ao estudante, nomeadamente, no que toca aos recursos humanos e materiais do contexto, horários, métodos de trabalho utilizados, articulações com outros contextos no seio da mesma organização e com outras organizações de saúde, etc. Por seu lado, o estudante, necessita de assimilar toda essa informação de modo a poder organizar as atividades de Enfermagem de acordo com as necessidades dos utentes nos diferentes turnos. Nesta perspetiva, a autora considera que “uma boa integração” deverá compreender os seguintes aspetos: integração no ritmo de trabalho (pressupõe a realização atempada e adequada do plano de trabalho do estudante, em que a assiduidade e a pontualidade são características essenciais); a integração no ritmo da organização (que pressupõe a aquisição e desenvolvimento de competências a nível técnico, científico e relacional, atendendo ao *ratio* enfermeiro|utente); demonstrar capacidade para fornecer ao estudante toda a informação necessária à sua boa integração no serviço com a finalidade de lhe reduzir a ansiedade resultante da intervenção de Enfermagem e|ou do internamento.

Quando o estudante muda de local de estágio o processo de integração é como se reiniciasse. Como refere Silva (2001:308) “(...) *não há uma prática de Enfermagem: há práticas de Enfermagem, não há um modelo em uso, mas vários modelos em uso*”, pelo que o estudante tem que se adaptar ao novo contexto: conhecer novos protocolos de atuação, as patologias mais recorrentes, novos materiais, novas pessoas, etc.. Em suma, a insegurança e ansiedade retornam com tudo o que constitui novidade e é feito pela primeira vez, ou aquilo que ficou menos bem consolidado em ensinamentos clínicos anteriores, até que se aproprie da dinâmica do “novo contexto” e da forma como este organiza o trabalho de Enfermagem.

“(...) depois quando mudam de serviço recomeçam todas as dúvidas e hesitações, no fundo é um recomeçar, pois eles [estudantes] não conhecem nem o espaço físico nem os atores e muito menos as formas de organização do trabalho daquele contexto...” (FG12:29).

O estudante não gostar do campo de estágio e/ou da área clínica, à semelhança dos resultados obtidos por Martins (2009), emerge dos discursos de ambos os grupos de sujeitos, como um forte impedimento ao seu desenvolvimento académico, na medida em que o estudante não só não investe no processo de ensino-aprendizagem como não se implica no mesmo.

(...) Eu acho que o grau de implicação do estudante com o estágio está diretamente relacionado com o estudante gostar ou não dessa área clínica. Eu não digo que seja transversal, mas observa-se na maioria dos casos... Alguns deles, durante as avaliações, expressam isso mesmo dizendo: “Era difícil eu ter boa nota neste estágio. Esta área clínica não me diz muito e por mais que eu me esforce, eu não consigo...” (FG10:7).

“(...) para já não era uma área clínica da minha preferência, nunca foi. Nunca gostei muito de pediatria... e senti que nesse estágio me prejudiquei pois, não tive a mesma atitude nem a mesma vontade de investir e isso acabou por se refletir na nota...” (EA12:2).

Das narrativas dos sujeitos ressaltam ainda alguns aspetos que, apesar de não serem amplamente referenciados, entendemos serem importantes por se constituírem como inibidores do desenvolvimento de competências pelos estudantes. Tais aspetos convergem numa ideia principal: a impreparação dos contextos para receber e integrar o estudante no seu seio. Com efeito, situações há, em que ambiente é pouco afável ou mesmo hostil.

“(...) há serviços difíceis, já tenho chegado com os estudantes aos locais, e apesar de ter tudo combinado previamente, simplesmente dizem-me: “Ah! É hoje que os estudantes se vêm apresentar?! Nunca mais me lembrei disso. Hoje nem sequer me dá muito jeito, porque tenho uma reunião e não tenho pessoal para os receber, será que podem apresentar-se amanhã de manhã?!”. E não pensem que esta situação é assim tão rara...” (FG3:40).

“Isso foi o que eu senti [dificuldade em integrar-me na equipa multidisciplinar], porque lembro-me de estar no bloco operatório, quando estava na cárdio-torácica e fui assistir a uma cirurgia, em que o médico logo de início me disse: “Não sei se vai aprender grande coisa, eu sou péssimo a explicar e gosto de estar calado enquanto estou a operar para estar concentrado naquilo que estou a fazer!...” (EA8:59).

Os esforços feitos pelo estudante no sentido de se ajustar a estas diferentes “formas de estar” e de não “ferir susceptibilidades” são motivo de stresse e ansiedade para o aprendiz. Tal como referem alguns autores (Rua, 2009; Martins, 2009; Fernandes, 2007; Franco, 2000), a assertividade e os desafios ao *status quo* nem sempre são bem aceites

nos contextos onde decorrem os ensinamentos clínicos. Assim sendo, o estudante tem que “dançar de acordo com a música que é tocada pelos profissionais dos contextos”, situação essa que poderá ser difícil de gerir, para além do desgaste que isso implica.

A Tabela 101, reúne os indicadores que deram sentido à problemática da deficiente integração discente nos contextos.

Deficiente integração nos contextos clínicos - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Deficiente interação no contexto clínico</i> • <i>Relacionadas com a mudança/adaptação a novos contextos</i> • <i>Área clínica/contextos que o estudante não gosta</i> • <i>Contextos pouco acolhedores</i> • <i>Défice na aquisição de uma visão global e contextualizada das situações</i> • <i>Relacionadas com a impreparação dos contextos para receber os estudantes</i>

Tabela 101 - Subcategoria "*Deficiente integração nos contextos clínicos*"

Contextos pouco desafiantes em termos formativos

O desenvolvimento pessoal e profissional do estudante não depende somente do seu conhecimento e das suas motivações para aprender, mas de toda uma conjuntura contextual e de toda uma dinâmica institucional que, como temos vindo a verificar, nem sempre é a ideal. Por exemplo, nos contextos de trabalho em que existem poucos utentes, ou que as atividades desenvolvidas são muito “rotineiras” e “pouco interessantes em termos técnico-profissionais”, o ensino clínico é percebido pelos estudantes como uma “perda de tempo” e até como um “retrocesso” em termos de aprendizagens e de desenvolvimento.

“Depois faço um estágio de pediatria, no hospital X, cerca de três meses, em que tive poucas oportunidades de aprendizagem... Era um contexto pouco interessante em termos técnico-profissionais... Senti que perdi ali um bocado de tempo em termos de aprendizagens e de evolução, pois o trabalho era muito rotineiro e como havia poucas crianças para cuidar, as enfermeiras assumiam o trabalho quase todo não nos deixando participar, passávamos grande parte do turno sem fazer nada...” (EA10:25).

A incapacidade dos contextos em propiciar experiências formativas adequadas ao nível de desenvolvimento do estudante é apontada pelos discentes como um constrangimento à aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores e, por conseguinte, ao seu desenvolvimento enquanto futuro profissional.

“(...) Estou a lembrar-me, por exemplo, do meu primeiro local de estágio, em lar de idosos, se calhar não é dos melhores que existem, para os alunos irem para lá estagiar...”

Eu sei que é útil em termos de aprendizagens no âmbito geriátrico, mas aquele contexto específico, não tinha condições para receber alunos, pois, nem sequer tinha profissionais de Enfermagem disponíveis para nos orientar, era só um por turno para aquilo tudo! Nós éramos orientados por auxiliares e isso comprometeu muito a nossa aprendizagem, pois nem chegamos a perceber quais eram as funções de um enfermeiro num lar...” (EA5:46).

De acordo com os professores, tal incapacidade chega a culminar, não raras vezes, na impossibilidade do estudante atingir os objetivos definidos para o ensino clínico e, em situações limite, no próprio insucesso em termos de aproveitamento no estágio seguinte.

“Por vezes, existem múltiplos constrangimentos quer ambientais, quer organizativos que impedem os estudantes de atingir os objetivos traçados aquando do planeamento do estágio. Esta situação pode tornar-se complicada na medida em que, em estágios posteriores, isso pode condicionar o estudante em termos de aproveitamento...” (FG4:26).

Por outro lado, as questões relacionadas com a autonomia parecem ser também fundamentais. Os estudantes desejam ser reconhecidos como competentes e responsáveis, pelo que pretendem realizar as atividades que planearam sem a constante presença dos supervisores clínicos. Assim, contextos considerados “controladores”, isto é, contextos onde a liberdade para agir é limitada, são identificados como obstáculos ao alcance dos objetivos do ensino clínico bem como ao desenvolvimento da autonomia discente.

“(...) se não nos é dada alguma liberdade de ação, como podemos tornarmo-nos competentes e autónomos?! Se não formos fazendo certas coisas sem a presença constante do orientador como podemos crescer enquanto alunos?! Em alguns locais de estágio eu senti essa dificuldade, eram muito “controladores” [os enfermeiros dos contextos] e eu precisava que me dessem espaço... (EA8:9)

De acordo com Fernandes (2007), cabe aos professores e supervisores clínicos, conjuntamente, desenvolver as estratégias necessárias para que o estudante “(...) se torne autonomamente responsável pelo que tem que fazer, pelo que tem que aprender, se esforce por refletir sobre o que faz e se torne curioso sem sentir que faz isso porque está a ser avaliado ou porque professor [ou supervisor clínico fazem] desse facto a sua luta”(p.224).

Na Tabela 102, mostram-se os indicadores que estiveram subjacentes à génese da subcategoria analisada.

Contextos pouco desafiantes em termos formativos - Indicadores

- *Contextos de trabalho pouco interessantes em termos técnico-científicos*
 - *Contextos de trabalho que não conseguem propiciar experiências formativas adequadas ao nível de desenvolvimento do estudante*
 - *Contextos de trabalho onde a autonomia do estudante para agir é reduzida*
-

Tabela 102 - Subcategoria "*Contextos pouco desafiantes em termos formativos*"

Em **síntese**, referindo-se os professores e estudantes aos obstáculos que restringem o valor formativo que a prática poderia ter para estes últimos, salientam alguns fatores que no seu conjunto dão corpo àquilo que na literatura é designado por choque da realidade. Entre os fatores mencionados encontram-se, nomeadamente: a persistência da dicotomia teoria-prática; a complexidade do real; a instabilidade político-organizativa vivida atualmente nas organizações de saúde; a dificuldade do estudante em gerir sentimentos profissionais; a deficiente integração dos estudantes nos contextos profissionais e, ainda, estes serem pouco desafiantes.

3.2.2 Interação com o supervisor clínico

Dada a sua intencionalidade formativa, a relação interpessoal estabelecida entre supervisor e estudante, deverá ser caracterizada por uma ação com determinado objetivo, que se consuma bilateralmente, onde ambos os atores devem perceber-se e aceitar-se como seres independentes, com diferentes pontos de vista e distintas histórias de vida, sentimentos e emoções, numa interação recíproca e dinâmica, aberta, verdadeira, autêntica, empática, que se desenvolve numa atmosfera de disponibilidade (Alarcão e Tavares, 2003). Sendo desejável o tipo de interação antes descrito, a evidência tem vindo a identificar algumas disfuncionalidades na relação supervisor-estudante durante o processo supervisivo em ensino clínico (Fernandes *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2010; Rua, 2009; Garrido *et al.*, 2008; Simões *et al.*; 2008; Fernandes, 2007; Dixe, 2007; Serra, 2006; Carvalho, 2006; Longo, 2005; Simões, 2004; Martins, 2009; Belo, 2003; Carvalhal, 2003; Abreu, 2001; entre outros). Genericamente, podemos afirmar que essas disfuncionalidades ora se prendem com variáveis mais ligadas à figura do supervisor, ora com as características do estudante ou, ainda, com o tipo de relação estabelecida entre ambos. Em sintonia com os trabalhos anteriormente enunciados, também no presente estudo os sujeitos identificam um conjunto de fatores que podem condicionar a interação supervisor-estudante, cujas repercussões se podem fazer sentir no desempenho e crescimento (profissional) do estudante. Entre os aspetos mais valorizados encontram-

se, nomeadamente, as características pessoais do estudante; um ambiente afetivo relacional desfavorável; a indisponibilidade do supervisor para a função; o estilo supervisiivo; a impreparação do supervisor para a função; as características pessoais do supervisor e, ainda, o supervisor enquanto avaliador (Figura 43).

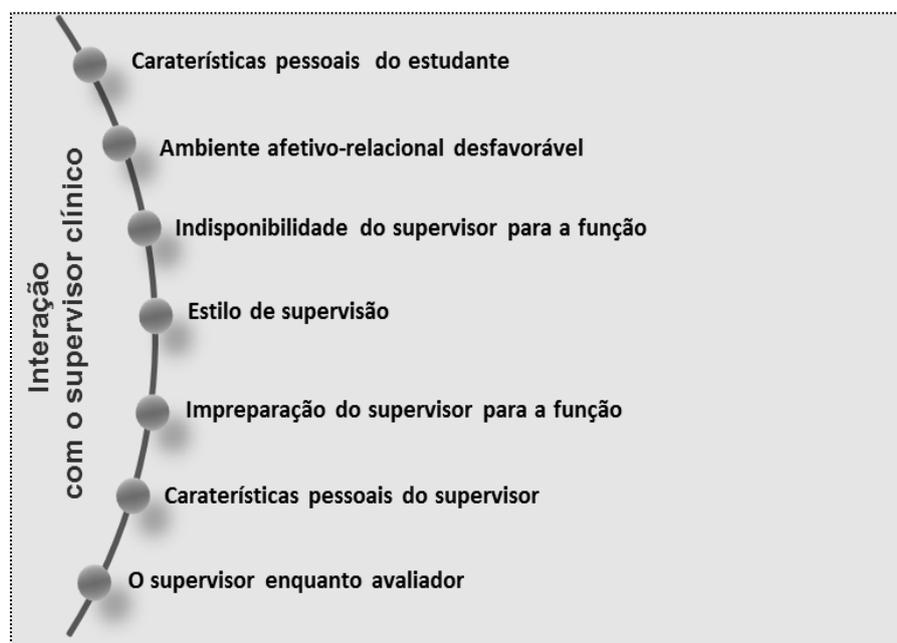


Figura 43 - Categoria "Interação com o supervisor clínico"

Caraterísticas pessoais do estudante

À semelhança dos resultados obtidos em outros estudos (Rua, 2009; Martins, 2009; Fernandes, 2007; Serra, 2011, 2006; Longo, 2005; Simões, 2004; entre outros), as características pessoais do estudante, surgiram nos discursos docente e discente como uma variável que pode estimular ou, contrariamente, desencorajar a interação entre os diversos atores que operam nos contextos clínicos e o estudante, situação que ganha especial relevância quando analisada do ponto de vista da relação supervisor- estudante. Características como ser muito fechado, inibido ou tímido, são apontadas como propícias ao desenvolvimento de disposições disruptivas que podem comprometer as relações interpessoais quotidianas com o enfermeiro supervisor; com as equipas de Enfermagem e multidisciplinar; o processo avaliativo e, em última instância, o próprio desenvolvimento pessoal e profissional do estudante:

“(...) há um tipo de estudante que, por ser fechado, ser tímido, tem alguma dificuldade de relacionamento, e nas relações quer com o utente, quer com os profissionais, fica bloqueado e perde a capacidade de refletir sobre aquilo que fez ou que vai fazer. Esta

tipologia de estudante invariavelmente tem problemas em ensino clínico, pois é incapaz de se relacionar abertamente com o orientador, é incapaz de tomar a iniciativa, tem de lhe ser dito tudo o que deve fazer...” (FG9:32).

“(...) eu sou uma pessoa – aqui na escola, não – mas normalmente sou uma pessoa mais introvertida, mais tímida, portanto, tenho mais dificuldade em integrar-me, ou em estabelecer logo uma relação quer com o orientador quer com o resto da equipa, uma relação mais ... como é que eu hei-de dizer... uma relação mais proximal, por assim dizer, só a consigo mais para o fim do estágio...” (EA11:15).

Se, como acabámos de analisar, uma postura fechada e defensiva pode comprometer a relação pedagógica com o enfermeiro supervisor|equipa de Enfermagem e inclusive o próprio desenvolvimento pessoal e profissional do estudante, contrariamente, uma postura excessivamente impulsiva poderá conduzir ao mesmo tipo de constrangimentos. Vejam-se o seguinte testemunho de um dos estudantes entrevistados:

“(...) eu transportava muito as minhas características pessoais para o ambiente de estágio (...), eu era muito impulsiva... não parava para pensar um bocadinho, não era que respondesse mal, mas tinha sempre resposta para tudo e isso, por vezes, causava-me alguns dissabores...” (EA5:4).

Tal como em outras pesquisas (Cunha *et al.*; 2010; Simões *et al.*, 2008; Simões, 2004), os participantes referem que os estudantes não se encontram preparados para enfrentar a prática clínica. A imaturidade e ser pouco responsável, são apontadas como características menos positivas e com força suficiente para condicionar as atitudes do estudante, nomeadamente, ao nível do saber-ser e saber-estar.

(...) Apesar de serem jovens adultos, muitas vezes têm muito pouca maturidade para lidar com situações triviais e resolver os problemas. Os estágios como são propícios ao estabelecimento de relações interpessoais, então aí, emergem verdadeiramente as dificuldades, especialmente ao nível do saber-ser e saber-estar...”. (FG8:5).

(...) Há pessoas a “chumbar” quer por falta maturidade quer de responsabilidade, não é?! Por falta de humildade, mas, se calhar, bastava usarem a cabecinha, e pensar: “Não sei se sei fazer isto, não sei se conheço bem esta medicação, etc., etc...”. Põem-se a fazer as coisas sem saber e o pior de tudo, sem perguntar nada nem ao orientador nem a ninguém...” (EA11:17).

Para alguns autores, a “imaturidade” discente é reflexo não só da trajetória de vida do estudante previamente à chegada ao ensino superior mas, também, da pressão exercida sobre ele, no sentido da rápida adaptação ao mesmo (Sim-Sim *et al.*, 2013; Serra, 2011). O estudante ingressa no curso de Enfermagem no final da adolescência, é jovem, inexperiente e, subitamente, para além das múltiplas mudanças decorrentes da transição de sistema de ensino (métodos de estudo, elevada carga horária, adaptação ao meio

social e à exigências do ensino superior, etc.), vê-se confrontado com a experiência da prática clínica, na qual, a dimensão profissional adquire uma enorme importância. Sob esta moldura, é exigido ao estudante que assuma a responsabilidade pela prestação de cuidados a um ou vários utentes, não raramente, em situações de grande vulnerabilidade quando, possivelmente, este nunca teve contacto com organizações de saúde nem tão-pouco com situações de dor, sofrimento ou morte (Barroso, 2009; Rua, 2009; Antunes, 2007).

Apesar do referido anteriormente, quase paradoxalmente, o ensino clínico é, simultaneamente, apontado como um espaço-tempo que, pelas suas características, se torna útil e crucial ao crescimento pessoal e profissional do estudante, dotando-o de uma “nova cosmovisão” que se traduz no gradual ganho de responsabilidade e consequente manifestação de maturidade.

“Os nossos estudantes, muitas vezes, vão precocemente para ensinamentos clínicos, logo no primeiro ano, e eles vêm muito impreparados para ser confrontados com os “problemas do humano”. Porém, com o decorrer do curso é muito gratificante observar o seu desenvolvimento e o gradual ganho de responsabilidade. Eles crescem imenso em termos humanos... ficam mais maduros...” (FG4:23).

O contínuo de maturidade do estudante concebido por Bevis (1989), que representa de forma dinâmica o percurso da imaturidade para a maturidade – estudante sedutor, estudante conformista, estudante ressonante, estudante recíproco e estudante criador – poderá constituir um bom instrumento de apoio para os docentes e enfermeiros supervisores, no sentido de os orientar na promoção da maturidade do estudante a partir do estágio em que este se encontra.

Para docentes e discentes a insegurança do estudante está normalmente associada ao medo de errar e prejudicar o doente ou às dificuldades sentidas aquando da realização das mais distintas atividades inerentes ao seu papel. Sob esta moldura, o estudante fica particularmente desconfortável quando tem que se expor durante as passagens de turno e transmitir a informação acerca dos seus utentes, ou quando tem que executar alguma das técnicas de Enfermagem pela primeira vez.

“Eu acho que é aí, na passagem de turno, (...), que eles sentem dificuldade, sobretudo quando se trata de abordar patologias e intervenções mais complexas, penso que se calhar que o medo de não corresponder, de não saber explicar muito bem qual é a situação, torna-os inseguros...” (FG12:46).

“(...) sentia-me muito inseguro nas primeiras técnicas de algáliação, na primeira entubação nasogástrica, na primeira punção venosa sentia-me inseguro porque, apesar de ter a noção de que sabia tudo de cor e salteado na minha cabeça, por outro lado, sentia a inexperiência de nunca ter feito aquilo na vida e o medo de não conseguir fazer (...), simultaneamente, não queria que ela [orientadora] percebesse a minha insegurança, não queria que ela pensasse que eu não sabia ou que não queria fazer...” (EA4:50).

A insegurança parece também estar relacionada com o encetar e manter uma comunicação eficaz com o utente|família. O estudante não sabe como começar ou finalizar um diálogo, não sabe o que responder, não sabe o que fazer perante determinadas situações que dizem respeito à manutenção de uma relação terapêutica e de ajuda.

(...) no ensino clínico, o estudante fica inseguro, (...) Esta insegurança relativamente ao fazer bem feito, faz com que ele, quando interpelado pelo doente ou pela família, mostre alguma atrapalhação e não saiba o que responder...” (FG4:36).

Tal como no estudo de D`Espiney (1997), para os professores, a insegurança do estudante parece estar associada a uma excessiva preocupação quanto à possibilidade de cometer erros que possam comprometer a segurança do utente ou mesmo ser fatais. Exemplo disso, são as situações em que o estudante tem que proceder à preparação e administração de fármacos, situação que ganha especial relevância, quando se trata da primeira vez ou então quando o estudante tem pouco conhecimento ou desconhece as suas indicações, contra-indicações ou efeitos adversos.

“(...) a insegurança relativamente à preparação e administração terapêutica é enorme para alguns estudantes. Eu tenho estudantes que me dizem: “Eu sei que perco muito tempo, mas prefiro conferir duas e três vezes a medicação a cometer um erro terapêutico e colocar o doente em risco. Isso é que não quero que aconteça nunca!”. Porém se fossem mais seguros, fariam uma melhor gestão de tempo na preparação dos fármacos...” (FG11:32).

Oliveira (1998), baseado na teoria transaccional do stress, afirma que *“(...) é esperado que seja stressante aquilo em que o individuo está mais empenhado ou assume maior compromisso, porque este empenhamento cria vulnerabilidade e stress”(p.289)*. Sob esta perspetiva, o empenho do estudante no sentido de evitar o erro e não falhar no que toca à preparação e administração de fármacos, é naturalmente vivenciado de uma forma muito intensa, como resultado da sua inexperiência e falta de destreza.

A desmotivação|desinteresse do estudante pelo processo de ensino-aprendizagem na prática clínica é também referida pelos professores como um obstáculo à sua aprendizagem e desenvolvimento.

“(...) uma pessoa que está mais motivada certamente procura mais saber e querer fazer o melhor, e isso, nós notamos claramente em alguns estudantes. Contrariamente, há outros estudantes que fazem o mínimo dos mínimos para terem sucesso, inclusive na prática que até é aquilo que eles gostam mais no curso...” (FG11:24).

Partindo da ideia de que a formação inicial em Enfermagem se situa na formação de adultos, alguns autores sublinham a necessidade de serem encontradas por todos os atores diretamente implicados na componente prática, estratégias formativas centradas no estudante, tomando em consideração as suas motivações, interesses e experiências anteriores, tal como é preconizado pela Declaração Mundial sobre a Educação Superior no Século XXI (Carvalho, 2003; UNESCO, 1998).

O ensino clínico, dado o seu carácter interativo e interpessoal, impele o aluno ao confronto com “o outro” e “consigo mesmo”, pelo que o défice de autoconhecimento é encarado pelos professores como uma possível barreira à aquisição e desenvolvimento de competências relacionais, podendo constituir mesmo, um impedimento ao estabelecimento da relação de ajuda.

“(...) paradoxalmente o défice de autoconhecimento continua a ser a maior dificuldade dos estudantes, pelo menos, para mim. Eles desconhecem o seu “eu mais profundo” e perante situações extremas ou inesperadas, ou mais intensas em termos de sentimentos, eles ficam surpreendidos e nem sempre reagem muito bem o que pode ser um entrave ao estabelecimento da relação interpessoal e à relação de ajuda...” (FG7:25).

Vaz Serra (1986, citado por Barroso, 2009:198) é da opinião que *“(...) a maneira como uma pessoa se percebe e se avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros, as tarefas que tenta, as tensões emocionais que experimenta e o modo como subsequentemente se percebe”*. Nesta perspetiva, o desenvolvimento de atividades que promovam o autoconhecimento tem grande importância não só em relação à perceção que o sujeito tem do mundo ao seu redor, como no êxito ou fracasso que obtém ao enfrentar situações potencialmente ansiogénicas ou stressantes como aquelas que se vivem nos contextos organizacionais da saúde.

A generalidade dos estudantes sofre de ansiedade e stresse durante os ensinamentos clínicos, podendo a nossa própria experiência no terreno atestá-lo. Segundo os professores ouvidos, situações existem, em que os níveis de stresse são de tal modo elevados, que acabam por se traduzir em alterações psicossomáticas, tais como: insónias; tensão muscular; náuseas; vômitos; gastralgias e perda de peso.

“Quando em estágio eles [alunos] andam muito ansiosos e stressado. Por vezes, chegam a apresentar alterações psicossomáticas... ficam ansiosos, com insónias, tensão muscular e nos casos mais graves, queixam-se de náuseas, vômitos e até gastralgias... Alguns perdem dois ou três quilos durante o estágio. Tudo isto, têm a ver com a dificuldade de lidar com o stress e com receios e medos relativamente ao fracasso na relação com os orientadores e com os doentes...” (FG9:22).

Tem havido um crescente interesse pelo estudo do stress durante os estágios, designadamente, na formação de professores (Caires, 2003, 2001; Caires e Almeida, 1997; entre outros). No âmbito da formação inicial em Enfermagem, são também vários os trabalhos que confirmam que é sobretudo no ensino clínico que o estudante experiencia níveis de ansiedade e stress de maior intensidade (Barroso, 2009; Fernandes, 2007; Magalhães, 2004; D`Espiney, 1997), com repercussões negativas sobre o seu comportamento e desempenho; saúde física e bem-estar emocional podendo, no limite, chegar a sintomas depressivos e até a alterações significativas no estilo de vida (Barroso, 2009).

Na Tabela 103 sistematizam-se os indicadores que originaram a presente subcategoria.

Caraterísticas pessoais do estudante - Indicadores
• Estudante muito fechado/inibido/tímido
• Estudante muito inseguro/pouco responsável
• Impulsividade excessiva
• Imaturidade do estudante
• Desmotivação/desinteresse do estudante
• Relacionadas com o autoconhecimento
• Alterações psicossomáticas

Tabela 103 - Subcategoria "Caraterísticas pessoais do estudante"

Ambiente afetivo-relacional desfavorável

A atmosfera afetivo-relacional entre supervisor e estudante é de tal modo fundamental, que por si só, pode influenciar o desempenho do estudante, a sua auto-estima, a sua segurança e, conseqüentemente, determinar o seu sucesso ou insucesso no processo de ensino-aprendizagem clínico (Rua, 2009; Abreu, 2007, 2003; 2001; Fernandes, 2007; Dixe, 2007; Serra, 2011, 2006; Carvalho, 2006; Simões, 2004; Carvalhal, 2003; D`Espiney, 1997; entre outros). Neste âmbito, o desconhecimento do supervisor e do grau de exigência deste relativamente ao processo de ensino-aprendizagem e, ainda, a expectativa acerca do tipo de relação que poderá ser desenvolvida constituem, na opinião docente, interrogações indutoras de receio e ansiedade nos estudantes. O seguinte fragmento das sessões de *focus-group* é bem clarificador de tal perceção:

“O facto de não conhecer o orientador e o grau de exigência deste, constitui para o estudante um motivo de uma enorme ansiedade...” (FG2:18).

Num estudo acerca da construção identitária dos estudantes de Enfermagem, procurando caracterizar o ambiente afetivo-relacional estabelecido entre supervisor e estudante, Serra (2011) concluiu que predomina a heterogeneidade, podendo o supervisor apresentar comportamentos completamente polarizados e díspares, que podem ir desde comportamentos muito paternalistas e protetores até posturas de total desimplicação com o processo de desenvolvimento do estudante.

O gozo de férias, trocas de turno ou faltas inopinadas, são apontados por professores e estudantes como situações potencialmente inibidoras do estabelecimento de uma relação efetiva entre supervisor e estudante. Assim, à semelhança do constatado nas investigações realizadas por Rua (2009), Martins (2009) e Fernandes (2007), tais ocorrências fazem com que o estudante “ande de mão-em-mão” e possa ter, num mesmo estágio, diversos supervisores clínicos, situação que de resto já foi abordada anteriormente. O efeito disruptivo resultante do sucessivo confronto com múltiplas e não necessariamente convergentes profissões, é evidenciado como gerador de dúvidas e anseios no estudante e, conseqüentemente, condicionador do processo de ensino-aprendizagem, especialmente nas situações cujas orientações dos enfermeiros supervisores são divergentes.

“(...) Um dos problemas que eles [estudantes] narram frequentemente nas reuniões de final de estágio é, por razões de serviço, como por exemplo, férias, trocas ou faltas, os orientadores ausentam-se dos serviços e os estudantes vão passando “pelas mãos” de vários orientadores. Sentem-se como se estivessem sempre a recomençar... Alguns estudantes até dizem que se sentem em constante integração...” (FG12:22).

“No mesmo estágio fiquei para aí com três ou quatro enfermeiros diferentes. Isto não é nada positivo para a nossa aprendizagem... Cada orientador tem a sua maneira de trabalhar e de ensinar, em termos de avaliação também se torna difícil, pois cada um tem a sua lógica e nem sempre há consenso e quem se “trama” somos nós...” (EA9:4).

Outro aspeto mencionado como obstrutivo à criação de uma boa atmosfera afetivo-relacional e do desenvolvimento do estudante em termos autonómicos, está relacionado com o facto de este, quando tem dúvidas, sejam elas de natureza mais teórica ou mais prática, não questionar o supervisor por medo da crítica.

“(...) Eles [estudantes] têm receio de o questionar por medo da crítica [o orientador] e então limitam-se a replicar o que vêm fazer, como forma de manifestação de saber e autonomia...” (FG1:21).

Associado ao medo de questionar|interpelar o supervisor, emerge dos discursos de professores e estudantes a ideia de que o estudante quando observa ações|comportamentos considerados “menos éticos” por parte do supervisor|equipa de Enfermagem abstem-se de argumentar, pois sente-se incapacitado para tomar parte e intervir.

“Quando eles presenciam atitudes ou práticas “menos corretas” por parte dos enfermeiros orientadores, eles ficam envolvidos em verdadeiros dilemas (conflito de valores)... É um sentimento de impotência, de incapacidade... Eles ficam muito vulneráveis, gostavam de intervir, porém têm receio das consequências de tal intervenção, por isso, normalmente, nunca referem nada...” (FG1:8).

(...) eu era apenas um aluno de Enfermagem, não podia falar muito sobre algumas coisas que via e ouvia para não ser prejudicado, mas depois comentava com os meus orientadores de estágio da escola nas reuniões de estágio...” (EA4:19).

Os estudantes são particularmente sensíveis ao desfasamento entre o modelo ideológico interiorizado na Escola e o modelo praxiológico no qual são integrados nos contextos de trabalho. Desde logo, se apercebem do desvio verificado entre o “supervisor idealizado” e o “supervisor real”, relativamente não só às suas características pessoais como à sua forma de estar e de agir. Assim, aspetos como o modo como o supervisor executa os procedimentos técnicos, estabelece a comunicação interpessoal e a relação de ajuda, são precocemente escurtinados pelos estudantes. Porém, tal como Fernandes (2007) interrogamo-nos: “(...) *será que conseguem realmente distinguir entre o que é bem executado [e o que é estabelecer uma verdadeira relação de ajuda], daquilo que não pode e não deve ser feito, [e muito menos dito]?”*(p.199).

À semelhança dos resultados obtidos em outras investigações (Cunha *et al.*, 2010; Martins, 2009; Simões *et al.*, 2008; Dixe, 2007; Fernandes, 2007; Simões, 2004; Longarito, 2002), os estudantes entrevistados revelaram ainda outros aspetos menos positivos decorrentes da interação com os seus orientadores durante os ensinamentos clínicos. A crítica destrutiva e o sentimento de não-aceitação e de não-acolhimento por parte do supervisor são apontados como fatores conducentes à insatisfação e desmotivação dos estudantes, constituindo um forte constrangimento ao estabelecimento de uma atmosfera afetivo-relacional positiva entre ambos, como se pode inferir dos seus próprios discursos:

“(...) Uma vez, começou a criticar-nos e a repreender-nos [a enfermeira supervisora], a mim e a uma colega minha sem motivo aparente, à frente de um doente. Isso é mau porque,

*não só perdemos a confiança do doente, como também perdemos o interesse pelo estágio...
ficámos bastante desmotivadas com esse episódio...” (EA15:13).*

Baseando-se no Modelo da Relação Terapêutica de Carl Rogers, cujo principal objetivo é ajudar o indivíduo a tornar-se pessoa, Alarcão e Tavares (2003), defendem que o estabelecimento de uma atmosfera afetivo-relacional positiva entre supervisor e estudante favorece o desenvolvimento deste último, na medida em que a aprendizagem é desenvolvida com maior realismo, objetividade, compreensão e congruência, reduzindo a ansiedade e aumentando a autoconfiança e a capacidade de decisão do estudante. Importa assim promover um ambiente afetivo-relacional positivo em ensino clínico, que sem ser castrante ou intimidatório deve ser exigente e estimulante.

Também a indisponibilidade do supervisor para o esclarecimento de dúvidas e a falta de paciência para o estudante são aspetos percebidos como dificultadores da aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, bem como do estabelecimento de um ambiente afetivo-relacional positivo, conforme pode ser inferido do seguinte fragmento dos discursos discentes:

“Com aqueles orientadores um pouco difíceis no trato, era curioso, a necessidade de afirmação da parte deles, quando eu questionava algo, eles não se mostravam muito disponíveis para responder e escudavam-se sempre para que me criarem alguns receios pois, eles próprios, não conseguiam responder corretamente ...” (EA7:6).

Inversamente, reconhecem que a excessiva dependência relativamente à figura do supervisor constitui um forte contrangimento, na medida em que semelhante postura, limita o desenvolvimento das competências de tomada de decisão e, conseqüentemente a aquisição de autonomia.

“(...) muitas vezes não temos sequer essa percepção, estamos demasiado ligados ao supervisor, por vezes, até muito dependentes, parece que quando ele não está presente já não sabemos fazer nada... Esta dependência também não é positiva para nós...” (EA8:27).

Nos seus estudos, Abreu (2007), investigou acerca das fases de desenvolvimento do estudante em ensino clínico, concluindo que em geral este atravessa três fases: a inicial, a experimental e a de autonomização. Especificamente, no que se refere à dependência do supervisor, o autor concluiu que, em termos gerais, esta vai diminuindo à medida que o estudante vai ultrapassando cada fase, sendo que o processo de autonomização só ocorre na última.

A Tabela 104 reúne os indicadores que sustentam a problemática analisada.

Ambiente afetivo-relacional desfavorável - Indicadores
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Relacionado com o desconhecimento do supervisor e as expectativas acerca do grau de exigência deste • Ser supervisionado por múltiplos orientadores durante o mesmo estágio • Receio de questionar os supervisores por medo da crítica • Incapacidade de intervenção quando observa ações comportamentos “menos éticos” por parte do supervisor • Crítica destrutiva e sentimento de não-aceitação por parte do supervisor clínico • Indisponibilidade do supervisor para o esclarecimento de dúvidas e a falta de paciência para o estudante • Excessiva dependência do estudante relativamente à figura do supervisor |
|---|

Tabela 104 - Subcategoria "Ambiente afetivo-relacional desfavorável"

Indisponibilidade do supervisor para a função

A indisponibilidade|falta de tempo do supervisor para a função supervisiva é um fator que professores e estudantes identificam como limitador do processo de ensino-aprendizagem clínico. Consideram que este tem a capacidade não só de condicionar a relação supervisiva mas, também, o próprio desenvolvimento do estudante. Tal conclusão é perfilhada por outros estudos (Serra, 2011; Rua, 2009; Martrins, 2009; Fernandes, 2007; Dixe, 2007; Longo, 2005; Simões, 2004; Longarito, 2002; entre outros), porém, no presente trabalho a mesma parece estar relacionada com a generalizada falta de recursos humanos em Enfermagem e, conseqüentemente, com os elevados *ratios* enfermeiro|doente. A sobrecarga de trabalho decorrente desta situação parece “obrigar” os enfermeiros dos contextos a ter como principal foco de atenção a prestação de cuidados, “deixando para segundo plano” a função supervisiva.

“(...) Eles [supervisores] têm muitos afazeres face aos ratios enfermeiro-doente e acabam por não ter nem disponibilidade de tempo nem psicológica para responder às solicitações dos alunos, ou tempo para dar aquele feedback momentâneo do qual tantas vezes eles [estudantes] dependem para continuar a executar determinada atividade...” (FG4:10).

(...) algumas das minhas dificuldades relacionaram-se essencialmente com a indisponibilidade do orientador do local, por um lado, e por outro, em conseguir que o orientador visse em mim um aluno, que conseguisse perceber: “Eu tenho aqui um aluno, não tenho aqui um colega, por isso tenho que lhe dedicar mais atenção para que ele consiga aprender o que necessita!”. (EA1:26).

A indisponibilidade do enfermeiro supervisor, pode ainda revestir-se de formas subtis de “pseudo-autonomia”, “deixando o estudante por sua conta e risco”.

“Como é que um aluno, que nunca tinha entrado numa unidade de cuidados intermédios, fica sozinho com três crianças durante o turno da noite? Isso é uma coisa inconcebível!... (...) não se deixa um aluno sozinho numa unidade de cuidados intermédios por sua conta e risco! E se acontecesse alguma coisa?!” (EA12:60).

A falta de tempo do supervisor para a função pode ser também expressa através da manifestação de pouca disponibilidade para ajudar o estudante a refletir sobre as suas práticas.

“Como o aluno não cometeu nenhum erro clínico, foi desenvolvendo as intervenções sem grande sobressalto, está tudo bem, e chegamos ao final do estágio, e tens a tua avaliação feita, e não houve qualquer oportunidade de reflexão, passou o estágio e o orientador não teve nem oportunidade nem preocupação em me fazer refletir sobre o que quer que fosse...” (EA4:26).

A indisponibilidade do supervisor surge nos discursos docente e discente como um fator determinante, que pode pôr em causa não só o processo de ensino-aprendizagem, no que tange ao esclarecimento de dúvidas e cumprimento dos objetivos do ensino clínico mas, também, da própria segurança dos utentes. De modo a acautelar tais riscos, Abreu (2007) aconselha que os supervisores idealmente não devam ser contabilizados no grupo de enfermeiros que desenvolvem as práticas clínicas, porém reconhece que o contrário eventualmente também poderá ser benéfico.

A pressão para o estudante fazer “bem e depressa”, consequência da sobreocupação do enfermeiro orientador, pela acumulação das funções de prestador de cuidados e de supervisor clínico, é apontada pelos professores participantes, como limitativa do desenvolvimento do estudante e da qualidade desejável do processo de ensino-aprendizagem em contexto de prática clínica.

“Os orientadores como têm que acumular as funções de orientador e de prestador de cuidados e sabendo que os ritmos dos estudantes são mais vagarosos, acabam por não resistir a submeter os estudantes a esse stresse: “Vá vamos a despachar, ainda há imensa coisa por fazer!...” Eu não concordo nada com estas posturas...” (FG10:6).

Analogamente, diversos autores concluíram que a sobrecarga de trabalho e a consequente falta de tempo do enfermeiro supervisor conduz a uma supervisão deficitária, levando a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar a fazer, limitando desta forma a iniciativa e a aprendizagem do estudante (Franco, 2000; Longarito, 2002; Longo, 2005; Fernandes, 2007; Simões, 2004 e Simões *et al.*, 2008; Martins, 2009). Numa atitude de interpelação dos distintos atores envolvidos na componente prática da formação inicial em Enfermagem, Fernandes (2007), deixa-nos algumas questões que reiteramos: *“Porquê? Porque tem de ser assim? Porque os enfermeiros e os professores exigem que sejam rápidos na execução das técnicas e que os seus estudantes não cometam erros? (...) Se o foco de atenção está na aprendizagem das (...) conceções de*

Enfermagem, os focos de atenção de Enfermagem e os diagnósticos de Enfermagem?”(p.215-216).

Associada às dificuldades anteriores, a desmotivação do supervisor e o não querer exercer a função supervisiva, são também situações consideradas limitativas da relação supervisor-estudante e, conseqüentemente, do desenvolvimento deste último.

“(...) muitas das vezes, o orientador está completamente desmotivado e contrariado em ter alunos, resultado: acaba por não se empenhar na orientação do aluno, acabando o aluno por andar um pouco “ao Deus dará” no serviço, com as implicações que isso acarreta em termos de aprendizagem...” (FG1:20).

Contrariamente aos resultados obtidos no presente trabalho, no seu estudo, Longarito (2002) conclui que apesar dos constrangimentos de tempo, os orientadores do seu estudo sentem que são responsáveis pela integração do estudante na dinâmica do serviço e que a sua supervisão se focaliza na resolução de problemas, na diminuição do stress e no desenvolvimento da auto-confiança dos estudantes; no desenvolvimento do pensamento crítico e também nas destrezas técnicas do estudante.

Na Tabela 105 mostram-se os diversos indicadores da problemática analisada que, no seu conjunto, deram origem à presente subcategoria.

Indisponibilidade do supervisor para a função - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Indisponibilidade / falta de tempo do supervisor para a função supervisiva</i> • <i>Deixar o estudante “por sua conta e risco”</i> • <i>Pressão para o estudante “fazer bem e depressa”</i> • <i>Supervisor pouco disponíveis para ajudar o estudante a refletir</i> • <i>Supervisor desmotivado/ não quer exercer a função</i>

Tabela 105 - Subcategoria "*Indisponibilidade do supervisor para a função*"

Estilo de supervisão

Os discursos dos professores acerca dos estilos de supervisão praticados pelos enfermeiros supervisores tendem a dicotomizar os estilos num registo “muito diretivo *versus* pouco diretivo”; “muito exigente *versus* pouco exigente” ou, então, a afirmarem que os supervisores são “*pouco abertos e inflexíveis*”, caracterização que também coincide com o estilo diretivo, constata-se nas próprias palavras dos participantes:

“(...) depende muito de serviço para serviço e do estilo de orientador, (...) mas a generalidade tem estilos de orientação pouco diretivos...” (FG1:37).

“(…) especialmente em intensivos e urgências os orientadores tendem a ser muito diretivos e isso tem causado muitas perturbações ao nível do desenvolvimento dos estudantes e da própria dinâmica dos estágios...” (FG1:30).

“(…) relativamente aos orientadores do próprio local de estágio, há dois tipos de orientação que podem ser causadores de stresse e de dificuldades: por um lado o orientador muito rigoroso e exigente; por outro lado, o orientador que é pouco exigente - o que também constitui uma dificuldade para o estudante. Estas duas tipologias são muito facilmente reconhecidas pelos estudantes e eles protestam em qualquer das situações...” (FG1:56).

Considerados os estilos supervisivos identificados pelos professores participantes, verificamos que os mesmos se enquadram na tipologia definida por Glickman (1985) e Glickman *et al.* (2004), designadamente, nos estilos *não-diretivo* e *diretivo* (seja *diretivo informativo* e|ou *diretivo de controlo*).

O trabalho nos contextos da saúde em geral e particularmente em ambiente hospitalar assume um carácter extremamente pesado, porque lida com a vida e a morte, gerando grandes tensões, quer nos estudantes quer nos supervisores. “*Uma falha pode constituir um erro grave e um engano (...) pode ser fatal*” (D’Espiney, 1997:178). Por este motivo, alguns autores justificam uma atitude excessivamente diretiva ou “controladora” por parte do supervisor relativamente à atuação do estudante. Porém, a par das implicações a nível relacional, este tipo de atitude por parte do supervisor poderá ter efeitos menos positivos, na medida em que pode reforçar a dependência do estudante relativamente às suas orientações, para além de desplotar neste uma maior ansiedade e insegurança (D’Espiney, 1997). Obviamente, um medo acentuado de errar poderá constituir-se, por sua vez, como fonte inibidora da aprendizagem e do desenvolvimento académico do estudante, pelo que o supervisor clínico deverá encontrar equilíbrio entre os estilos de supervisão de que se socorre maioritariamente.

Na Tabela 106 mostram-se os indicadores anteriormente discutidos, que integram a presente subcategoria.

Estilo de supervisão - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Supervisores muito exigentes</i>• <i>Supervisores pouco exigentes</i>• <i>Supervisores muito diretivos</i>• <i>Supervisores pouco diretivos</i>• <i>Supervisores “pouco abertos e inflexíveis”</i>• <i>Supervisores “muito teóricos”</i>

Tabela 106 - Subcategoria "*Estilo de Supervisão*"

Impreparação do supervisor para a função supervisiva

Um dos fatores comumente associados a uma certa disfuncionalidade verificada ao nível do processo supervisivo, está intimamente ligado com a preparação (ou ausência desta) do supervisor para a função supervisiva e ao desconhecimento de alguns dos contornos do seu papel (Rua, 2009; Martins, 2009; Abreu, 2007, 2001; Fernandes, 2007; Dixe, 2007; Rodrigues, 2007; Fonseca, 2006; Longo, 2005; entre outros). Tal opinião parece ser reiterada nas narrativas de ambos os grupos de sujeitos do estudo.

“Hoje em dia, face ao elevado número de escolas e de estudantes em simultaneidade nas organizações, não existem grandes critérios de escolha dos orientadores. Isto leva a que seja aceite que qualquer enfermeiro colabore na orientação dos estudantes. Ora, como sabemos, nem todos os enfermeiros têm a experiência e o conhecimento pedagógico necessário para orientar estudantes...” (FG2:13).

“(...) Ela [enfermeira supervisora] não tinha qualquer capacidade para ser orientadora, não tinha formação na área, não sabia orientar, nem tão-pouco se preocupou em saber quais eram os objetivos do estágio... Não tinha qualquer interesse pelo estágio e a própria professora estava constrangida com o que estava a acontecer...” (EA10:18).

Estar preparado para a função supervisiva, significa para nós, que o supervisor tem formação específica em supervisão e conhece todos os elementos intervenientes no processo, isto é, conhece as finalidades e os objetivos do ensino clínico, metodologias|estratégias de ensino aprendizagem; as características e o estadios de desenvolvimento do supervisando (para que possa respeitar a individualidade e personalidade de cada um, nas suas múltiplas dimensões e no caráter dinâmico das mesmas); o contexto de trabalho (que engloba a especificidade da organização, incluindo não só os aspetos estruturais, mas também os aspetos culturais da mesma) e, por último, possui conhecimento de si (Sá-Chaves, 2000), para que possa controlar conscientemente as múltiplas dimensões inerentes ao ato pedagógico, incluindo-se no mesmo como uma das variáveis mais decisivas.

De acordo com Alarcão e Tavares (2003), o supervisor deve ser visto pelo estudante como *“(...) alguém com mais experiência e com conhecimentos mais claros e refletidos sobre as situações, dificuldades e problemas”*(p.73). Ora, a avaliar pelos discursos dos professores e dos estudantes, esta parece não ser a realidade experienciada por estes últimos, surgindo diversos exemplos em que supervisores inexperientes ou em início de carreira cunham de forma menos positiva a sua relação com o estudante bem como o seu processo de desenvolvimento de competências profissionais.

“(...) nos últimos anos a massa operacional em Enfermagem é relativamente jovem, pelo que temos enfermeiros a colaborar na orientação de estudantes, com muito pouco anos de curso e isso é prejudicial para o estudante, pois tem como orientador alguém cuja profissionalidade é muito tenra... não sei se está apto a orientar terceiros, quando, se calhar ainda deveria era de estar ele próprio a receber orientação...” (FG9:10).

“Eu tive enfermeiras mais novas e estavam sempre muito preocupadas com o aluno, não fosse ele fazer algum erro, preocupadas mais com a possibilidade de acontecer algo que também elas não conseguissem resolver. (...) Às vezes, até existia uma certa insegurança relativamente à enfermeira-chefe ou relativamente aos outros elementos, porque ainda estavam naquela fase de descoberta do seu próprio espaço no serviço...” (EA4:94).

No que respeita às limitações organizativas dos contextos em termos de alocação de recursos humanos experientes à supervisão de estudantes, Abreu (2007:241) chama à atenção, que o recurso a *“(...) pessoal em regime parcial, pluriemprego, ou em regime de contratos individuais de trabalho”*, não é facilitador do processo superviso podendo mesmo suscitar diversos constrangimentos a um efetivo acompanhamento do estudante e, conseqüentemente, ao sucesso académico deste.

Associado à dificuldade anterior, a imposição da função supervisiva irrompe dos discursos dos estudantes como um aspeto constrangedor da atmosfera afetivo-relacional desejável, com claras repercussões na disponibilidade|vontade manifestada pelo supervisor para o exercício da função supervisiva e no próprio processo de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e atitudes pelo estudante, conforme nos permite perceber o seguinte trecho:

“Eu achava quando ia para lá, ia porque as pessoas gostavam de orientar, porque existia interesse da parte do supervisor e o acordo que era feito (...). Depois percebi que não era bem assim pois, muitas vezes, eles [orientadores] na primeira oportunidade diziam logo: “Eu não queria ser orientador, a chefe é que decidiu e obrigou-me a participar!...”. Estavam sempre a reclamar, e eu ficava ali a pensar: “Mas eu não obriguei ninguém e não fiz mal a ninguém para ter que ouvir isto!...”. (EA8:18).

A imposição da função supervisiva tem vindo ser aflorada, ainda que timidamente, em algumas pesquisas nacionais desenvolvidas no âmbito da formação inicial em Enfermagem (Martins, 2009; Fernandes, 2007; Longo, 2005). Na génese de tal situação parece estar o elevado número de escolas a “debitar” estudantes para as organizações de saúde ao longo do ano letivo, situação que exige dos contextos uma resposta adequada em termos de disponibilidade de recursos humanos para alocar ao acompanhamento|supervisão dos estudantes. Por outro lado, a sobrecarga e cansaço decorrente da acumulação das funções supervisiva e de prestação de cuidados e as

limitações que a atividade supervisiva coloca à “livre” gestão do horário de trabalho, parecem constituir motivos para que os enfermeiros se voluntariem cada vez menos para colaborar na supervisão dos estudantes (Longo, 2005). Este tipo de incoerências no seio do processo de formação clínica, reforçadas por práticas locais menos adequadas, não valoriza nem promove o reconhecimento deste processo. Para alguns autores, tal dificuldade poderia ser atenuada ou até mesmo colmatada se ocorresse a normalização e formalização das políticas e processos de supervisão clínica e fossem desenvolvidos protocolos e directrizes que facilitassem a assunção de responsabilidades às partes envolvidas – escolas e organizações de saúde (Mendes *et al.*, 2012; Arco, 2012; Silva *et al.*, 2011; Carvalho, 2006).

Não divergindo muito do pensamento emergente na literatura (Silva *et al.*, 2011; Cunha *et al.*; 2010; Martins, 2009; Simões *et al.*, 2008; Abreu, 2007; Fernandes, 2007; Dixe, 2007; Longo, 2005; Simões, 2004; Carvalhal, 2003; Longarito, 2002; Franco, 2000; Espadinha, 1997; Figueiredo, 1995; entre outros), os estudantes entrevistados relatam que a maioria dos supervisores não possui formação adequada à colaboração no processo supervisivo, apresentando lacunas quer de conhecimento específico para o exercício da função supervisiva quer de conhecimento técnico-científico, conforme se pode constatar na seguinte transcrição:

“Depois, tem a ver também com a parte da formação, porque nota-se que muitos deles têm dificuldades em colaborar ou em dar-nos apoio na elaboração dos trabalhos, (...) não sabem muito bem e depois refugiam-se dizendo: “Isso são coisas lá da escola, isso não tem a ver comigo, eu sou apenas responsável pela parte prática...”. Por exemplo, relativamente aos objetivos, ficam todos: “Ai! Mas eu não sei isso!!! Eu não aprendi isso! Eu não sei...Os vossos professores lembram-se de cada coisa”” (EA12:51).

Autores como Simões *et al.* (2008), Dixe (2007) e Longo (2005) sugerem que uma das formas de ultrapassar a falta de formação ou de treino específico em supervisão passa por as Escolas proporcionarem formação específica aos supervisores que com elas colaboram. Abreu (2007, 2003), baseado nos estudos que problematizam a (falta de) formação dos supervisores clínicos, criticando a complexidade e longa duração de alguma oferta formativa atual, sugere um conjunto de conteúdos para uma formação com uma duração aproximada de noventa – cem horas, aconselhando que os mesmos sejam adaptados consoante a responsabilidade dos supervisores na formação do estudante, na equipa e nas políticas institucionais. Por seu turno, Rodrigues (2007), refletindo sobre as necessidades de formação dos supervisores clínicos, propõe que estes cursem uma

formação em Ciências da Educação assente numa metodologia de carácter investigativo, capaz de tornar as dificuldades da prática num dispositivo de formação, isto é, fazer da prática e da análise da mesma, o lugar de eleição para a tomada de consciência de uma parte relevante dos saberes específicos dos enfermeiros. Sob este prisma, perspectivamos o enfermeiro supervisor como um perito na prática de Enfermagem no sentido que lhe atribuem Benner (2001) e Nunes (2010) e, simultaneamente, na área pedagógica.

O fraco interesse ou mesmo o desinteresse do supervisor pela orientação do estudante é outro fator que emerge das narrativas dos sujeitos e que parece explicar, em algumas situações, a ansiedade, o medo e a desmotivação do estudante relativamente ao processo de ensino-aprendizagem clínico.

“Também vejo alguns aspetos negativos relacionados com os nossos orientadores de estágio... (...), especificamente, com o fraco interesse ou mesmo desinteresse, que alguns manifestam pela orientação do estudante. Esta situação provoca muita ansiedade e até é apontada pelos estudantes como razão para a sua desmotivação...” (FG2:7).

(...) o meu orientador não estava minimamente motivado para me orientar. Se eu não tivesse dúvidas nem sequer havia grande interação, passaríamos o turno praticamente sem falar um com o outro...”(EA4:23).

Diversos autores sublinham a ideia de que o supervisor deve garantir que o estudante nunca se sinta embaraçado ou constrangido (Araujo *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2010; Martins, 2009; Carvalhal, 2003), pelo que, a proteção da auto-estima e a preservação e afirmação da identidade do estudante constituem aspetos fundamentais da função supervisiva.

Em ensino clínico, é suposto que o supervisor não seja apenas aquele que transmite um saber, mas o que presta atenção, escuta, motiva, encoraja, dá opinião, negocia, monitoriza, ajuda a encontrar soluções para os problemas, ajuda a pesquisar e a desenvolver o espírito crítico e fornece *feedback* em tempo útil (Pires *et al.*, 2004; Alarcão e Tavares, 2003; Caires, 2001; Abreu, 2007, 2003, 2001; Cottrell, 2000; Reid, 1994; Vieira, 1993; Glickman, 1985;). Apesar de esta ser apontada como a realidade expectável e desejada, não é contudo a realidade testemunhada pelos alunos entrevistados, sendo que a falta, insuficiência (em número) ou desadequação (em termos temporais ou conteúdo) do *feedback* surge facilmente dos seus discursos.

“(...) Feedback?! Na verdadeira aceção da palavra, penso que só tive verdadeiros feedbacks no último estágio, no último ano... Nos outros anos, quando davam feedback,

muitas vezes já não necessitava dele pois já tinha esclarecido as minhas dúvidas ou com outros enfermeiros ou então em casa, através das pesquisas que fazia...” (EA7:11).

O excerto antes apresentado evidencia a legitimidade e a importância do *feedback* ajustado no tempo e em conteúdo como determinante fundamental do processo ensino-aprendizagem em ensino clínico na formação inicial de enfermeiros. O *feedback*, fundamentado na desconstrução dos “comos” e “porquês” das situações observadas|experimentadas, evidencia-se assim como uma poderosa ferramenta pedagógica na medida em que possibilita ultrapassar os constrangimentos decorrentes da insegurança, medo e ansiedade do estudante relativamente à exposição das suas ideias e dúvidas ou à sua participação nas mais distintas atividades inerentes à prestação de cuidados e, simultaneamente, propicia a melhoria da comunicação interpessoal entre estudante e supervisor.

Na Tabela 107, apresentamos os indicadores que estiveram na génese desta subcategoria.

Impreparação do supervisor para a função supervisiva - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Impreparação do supervisor para a função</i> • <i>Supervisores inexperiente e / ou em início de carreira</i> • <i>Imposição da função supervisiva</i> • <i>Supervisores com lacunas de conhecimento técnico-científico</i> • <i>Supervisores sem formação específica para o exercício da função supervisiva</i> • <i>Desmotivação desinteresse do supervisor pela orientação do estudante</i>

Tabela 107 - Subcategoria "*Impreparação do supervisor para a função supervisiva*"

Caraterísticas pessoais do supervisor

A literatura na área da supervisão clínica em Enfermagem que para além dos aspetos “estruturais” se preocupa com dimensões mais pessoais e relacionais do processo supervisivo, enfatiza as caraterísticas pessoais do supervisor, como um aspeto crucial ao sucesso do mesmo, na medida em que o enfermeiro supervisor é o ator que mais de perto acompanha o estudante no seu processo de desenvolvimento pessoal e profissional (Cunha *et al.*, 2010; Rua, 2009; Martins, 2009; Abreu, 2007, 2003, 2001; Simões *et al.*, 2008; Rodrigues *et al.*, 2007; Dixe, 2007; Simões e Garrido, 2007; Fernandes, 2007; Longo, 2005; Simões, 2004; Carvalhal, 2003; Longarito, 2002; entre outros). Para os estudantes deste estudo, as caraterísticas pessoais do supervisor clínico são variáveis que não podem nem devem ser negligenciadas, especialmente quando estas possam representar um sério obstáculo à aquisição e desenvolvimento de competências técnicas,

interpessoais ou sistêmicas ou, no limite, serem determinantes do seu sucesso ou insucesso nesta componente formativa. Dos discursos discentes sobrevieram um conjunto de características dificultadoras do processo de aprendizagem clínica e, por isso, não desejáveis nos supervisores clínicos, designadamente: ser muito diretivo, falta de humildade, arrogância, autoritarismo, ter falta de conhecimentos, ser muito stressado ou ser frio e distante. Os excertos seguintes sustentam tais conclusões:

“(...) eu estava a fazer como me ensinaram a fazer na escola e a minha orientadora ordenou-me que fizesse como ela fazia... Eu argumentava: “Foi assim que me ensinaram na escola e é assim que eu tenho feito até hoje e nunca ninguém me chamou à atenção por isso...”. A resposta foi: “Mas tu estás errado, é assim como eu faço...”. Naquela altura gerou-se em mim uma grande confusão e eu pensava: “Eu sei fazer isto! Eu tenho a certeza de que não estou a fazer de forma errada...”, mas ela nem sequer colocou a possibilidade de estar equivocada. Tinha que ser o aluno a estar errado...” (EA2:45).

“Eu apanhei diversos orientadores com um ego muito elevado, eram muito pouco humildes e ainda por cima essa falta de humildade era proporcional à falta de conhecimentos...” (EA12:54).

“(...) há pessoas que gostam de dificultar a vida aos outros e que se acham superiores e que gostam de se evidenciar. Nada pior que ter um orientador arrogante e autoritário, pronto! Foi uma das piores experiências que tive a nível de ensino clínico.” (EA13:5).

“Há muitos orientadores, que a característica que prevalece é a “do stresse”... Depois, no final, até estamos uma hora ou meia hora sentados sem fazer nada, e podíamos ter aproveitado esse tempo para aprender com algum detalhe, mas eles estão sempre no stresse e incutem-nos esse stresse...” (EA5:52).

“A minha orientadora apesar de ser uma pessoa nova, era muito fria e distante. Sistemáticamente respondia-me mal, nunca estava bem-disposta, nunca dava um sorriso, isso acaba por contagiar o ambiente quer da equipa de Enfermagem quer da equipa multidisciplinar, e eu, aluno, via-me ali envolvido no meio de tudo isso...” (EA6:19).

Também as questões de género foram abordadas pelos estudantes. Para dois dos estudantes, em termos gerais, o género não tem qualquer influência sobre o tipo de atmosfera afetivo-relacional estabelecida ou nas aprendizagens e desenvolvimento de competências pelos estudantes. Admitem, no entanto, que a interação pode ficar ligeiramente condicionada se o género do estudante for oposto ao do supervisor e que os supervisores do género masculino têm uma forma “mais descontrainda” de conduzir o processo supervisivo, como se pode apreender dos seguintes relatos:

“Quanto à orientação ser feita por mulheres ou homens, penso que é indiferente em termos de orientação. Sei que há ali zonas no relacionamento, não é que não possamos falar, mas as conversas e comentários são de outra natureza, se o orientador for do sexo oposto ao meu... Mas, nas questões mais técnicas, no dia-a-dia eu não sinto qualquer diferença,

talvez apenas nas lógicas e ritmos de condução do trabalho, mas isso tanto pode ter a ver com o género como com a própria forma como a pessoa encara a profissão, portanto, eu não vejo diferenças...” (EA4:92).

“Em termos do género, ser homem ou mulher, acho que não influencia muito... Acho que os homens enfermeiros são mais descontraídos e mais práticos do que as enfermeiras...” (EA10:31).

Múltiplos estudos tem vindo a arrolar listagens de características desejáveis a qualquer supervisor clínico, sejam elas de ordem pessoal, relacional ou profissional (Sim-Sim *et al.*, 2013; Martins, 2009; Abreu, 2007; Simões, 2004; Pires *et al.*, 2004; Carvalhal, 2003; entre outros). Porém, Hesbeen (2003) chama à atenção que ser supervisor clínico exige comprometimento pessoal e profissional, pois *“não é simples ser-se formador [supervisor] num domínio tão complexo porque, para além dos aspetos de conhecimentos diversos e de domínio das técnicas, trata-se de ser alguém que faz despertar para a riqueza, para a maravilha do outro, bem como para as “coisas da vida” contextualizando tudo numa perspetiva de Enfermagem”*. (Hesbeen, 2000:131).

Os indicadores contidos na subcategoria analisada apresentam-se agora organizados na Tabela 108.

Caraterísticas pessoais do supervisor - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Supervisores muito diretivos</i> • <i>Supervisores pouco humildes</i> • <i>Supervisores “arrogantes e autoritários”</i> • <i>Supervisores “muito stressados”</i> • <i>Supervisores “frios e distantes”</i> • <i>Género do supervisor: feminino ou masculino é indiferente</i>

Tabela 108 - Subcategoria "Caraterísticas pessoais do supervisor"

O supervisor enquanto avaliador

A avaliação é uma realidade indissociável dos processos formativos. Constituindo uma das suas dimensões fundamentais, atua (ou deveria atuar) como elemento de regulação do trabalho dos estudantes, dos docentes e dos supervisores clínicos. É a bússola e o sextante do processo, na medida em que fornece a informação necessária à busca dos caminhos e ao marcar dos rumos. Pode ser definida de muitas maneiras, mas podemos aceitar que avaliar significa *“(...) examinar o grau de adequação entre um conjunto de informações e um conjunto de critérios adequados ao objetivo fixado, para tomar uma decisão”* (Carvalho, 2004:117) podendo, conforme os propósitos pedagógicos a que se destina, ser denominada de diagnóstica (orientadora), formativa (reguladora) ou

sumativa (certificadora). Frequentemente questionada por todos aqueles que têm responsabilidades e tomam parte nos processos formativos, a avaliação é fonte de controvérsias e angústias face à necessidade de definição de critérios e níveis de proficiência claros e compreensíveis pelos distintos intervenientes quer nos processos formativos quer avaliativos. Na componente prática da formação em Enfermagem a percepção de falta de justiça e rigor nas classificações atribuídas em ensino clínico está bem presente nos testemunhos dos estudantes, quando se referem à avaliação:

“(...) custa-me sempre falar das questões relacionadas com a avaliação, pois essa era sempre muito subjetiva e discutível... Basicamente, senti-me sempre injustiçada relativamente às notas que tive em estágio. Apesar de termos um instrumento de avaliação, nunca consegui perceber como é que as “notas se transformavam” desde o momento de avaliação até chegarem à pauta...” (EA3:12).

Muitos dos problemas que se colocam à fiabilidade dos resultados da avaliação têm origem na falta de consistência dos avaliadores. Para Simões, Alarcão & Costa (2008), o diálogo e apoio entre docentes e enfermeiros supervisores poderão constituir a base para uma boa avaliação. Longo (2005), numa investigação acerca das necessidades de formação dos supervisores clínicos, defende que para além da necessária cooperação e co-responsabilidade entre atores com responsabilidades na avaliação, o estudante deve também ser envolvido no processo avaliativo, consideradas as vantagens daí decorrentes, nomeadamente: maior facilidade de ultrapassar o erro ou zonas lacunares de conhecimento; ser o próprio ato de avaliação, fator de aprendizagem significativa e, ainda, reduzir a possibilidade de injustiças e suas repercussões negativas.

Associado à ideia de iniquidade na avaliação emerge dos discursos dos estudantes o entendimento de que o “peso da avaliação” do supervisor na avaliação final do estágio é demasiado elevado. Esta percepção de distorção ou enviesamento da avaliação é fonte de medos, anseios e inseguranças que condicionam não só a forma como o estudante percebe e se relaciona com o supervisor, mas também, o modo de estar e agir no desempenho das atividades de prestação de cuidados.

“(...) sim, porque era uma relação muito próxima, era uma relação diária, estava ali no turno com uma pessoa, que me acompanhava que me indicava: “Estás a fazer bem, estás a fazer mal, não faças dessa maneira, faz desta...”, mas que simultaneamente me avaliava... Gerir isso, nem sempre é fácil, pois não conseguimos separar as duas coisas, ainda por cima, ele influía de modo muito forte na minha avaliação, pois os orientadores têm demasiado peso na nossa avaliação final de estágio...” (EA1:40).

Contrariando os resultados anteriormente enunciados, Martins (2009) concluiu que os estudantes defendem que, nos ensinamentos clínicos com orientação docente não presencial, a avaliação atribuída pelo enfermeiro supervisor deve ter um peso relativo superior à avaliação docente. Argumentam que nessa modalidade formativa, o enfermeiro supervisor é a pessoa que mais sabe da aprendizagem do estudante, pelo que deve ter uma posição preponderante na avaliação. Por seu lado, Rua (2009) concluiu que os sentimentos de injustiça relativamente à avaliação podem também advir das diferenças entre o modo como os processos supervisivos são conduzidos, resultado da diversidade de profissões e culturas organizacionais, cuja influência se faz sentir quer nas estratégias supervisivas utilizadas quer nas oportunidades de aprendizagem suscitadas e, necessariamente, também na avaliação.

As evidências de impreparação do supervisor clínico para colaborar na avaliação do estudante não terminam por aqui. Existem relatos discentes que evidenciam que os enfermeiros supervisores desvalorizam ou não realizam as avaliações formativas previstas inicialmente aquando do planeamento do ensino clínico. Outros salientam a forte oposição e crítica dos supervisores aos instrumentos de avaliação disponibilizados pela escola. Outros ainda, recusam-se mesmo a utilizá-los embora, curiosa e paradoxalmente, esses mesmos supervisores demonstrem ter um total desconhecimento dos instrumentos como se pode constatar no último dos trechos que seguidamente se apresentam:

“(...) alguns orientadores dizem mesmo que não têm tempo e não fazem a avaliação formativa a meio do ensino clínico, ou sensivelmente a meio... Portanto, andamos ali até ao final do estágio sem ter qualquer feedback do nosso desempenho...” (EA5:33).

“Eles criticam muito a folha de avaliação mas, até hoje, não houve nenhum que me tivesse dito: “Eh pá, a tua faculdade, em vez de fazer a avaliação desta forma devia fazer daquela!...”, não, nunca sugerem nada, simplesmente se limitam a meter defeitos na avaliação e de alguma forma a “evitá-la”...” (EA5:38).

“(...) Têm existido situações em que chegamos ao momento da avaliação, com o professor presente, e eles andam à procura da folha no dossier e nem sequer está preenchida pois eles nem sequer olharam para ela, desconhecem-na completamente...” (EA5:36).

A ideia de justiça|injustiça na avaliação está bem presente nos testemunhos dos estudantes, quando se referem ao processo avaliativo. As diferentes atitudes e critérios de avaliação adotados pelos supervisores, sendo percebidas como fonte de distorção ou enviesamento da avaliação, surgem como causa da injustiça identificada pelos sujeitos,

resultados que corroboram as conclusões de outros estudos na área da formação clínica em Enfermagem (Araújo *et al.*, 2012; Rua, 2009; Martins, 2009; Dixe, 2007; Fernandes, 2007; Serra, 2006; Carvalho, 2004). Dentre estes, destacamos o estudo desenvolvido por Carvalho (2004) que baseado nas “Vinte e Duas Patologias da Avaliação” inventariadas por Santos Guerra (1993), efetua um diagnóstico claro das atuais problemáticas que afetam a avaliação em ensino clínico na formação inicial em Enfermagem.

A Tabela 109, reúne os indicadores referentes a esta subcategoria.

O supervisor enquanto avaliador - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de justiça e rigor nas classificações atribuídas em ensino clínico • O “peso da avaliação” do supervisor na avaliação final do estágio é demasiado elevado • Relacionadas com o desconhecimento/recusa do supervisor em utilizar o instrumento de avaliação (grelha de avaliação) • Não realização da avaliação formativa prevista • Impreparação do supervisor para avaliar o aluno

Tabela 109 - Subcategoria "O supervisor enquanto avaliador"

Em **síntese**, apesar da indubitável importância da figura do supervisor clínico no processo de orientação|supervisão do estudante durante o *practicum*, de acordo com os testemunhos obtidos em ambos os grupos de sujeitos, existem um conjunto de aspetos menos positivos que carecem de reflexão e melhoria, no sentido da otimização da relação pedagógica entre supervisor clínico e estudante. Os aspetos identificados prendem-se essencialmente com três tipos de variáveis: ligadas ao estudante; associadas ao supervisor ou organizacionais. As primeiras têm a ver essencialmente com as características pessoais do estudante; as segundas referem-se às características pessoais do supervisor clínico; à impreparação deste para orientar|supervisionar o estudante; ao estilo de supervisão praticado ou, ainda, ao modo de participação do supervisor no processo avaliativo. Por último, à variável organizacional, pois desta decorre a maior ou menor disponibilidade do supervisor para colaborar na supervisão de estudantes.

3.2.3 Aspetos intrínsecos ao processo formativo

Se bem que o ensino clínico seja considerado pelos docentes e discentes ouvidos, como um espaço-tempo sensorialmente apelativo e insubstituível no processo de “tornar-se enfermeiro”, simultaneamente, não deixam de reconhecer a existência (persistência) de algumas disfuncionalidades intrínsecas ao próprio processo formativo, que poderão

condicionar o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante e conduzir ao insucesso ou mesmo ao abandono do ensino clínico e, em alguns casos, do próprio curso. De modo genérico, esses constrangimentos parecem polarizar-se essencialmente em torno de dois tipos de variáveis: umas mais ligadas à pessoa do estudante, que categorizámos como aspetos intrínsecos ao estudante; outras inerentes ao próprio processo formativo, sejam elas de ordem curricular ou organizativa (Figura 44).

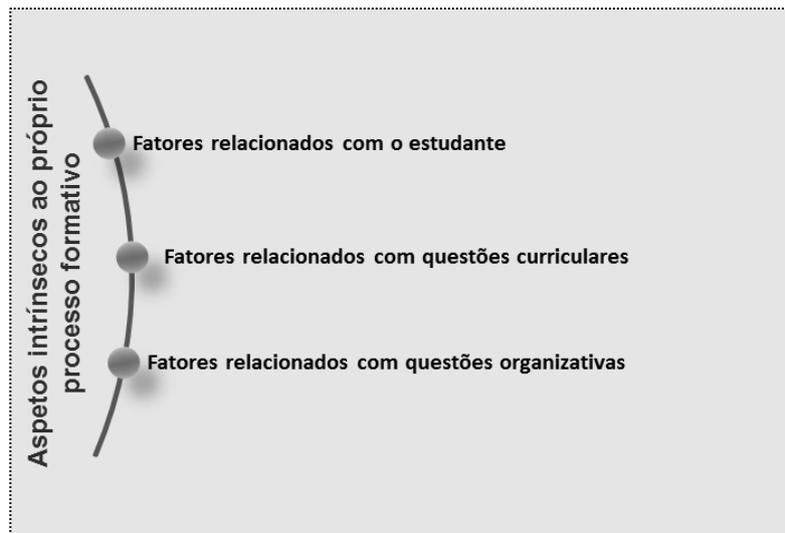


Figura 44 - Categoria "Aspetos intrínsecos ao próprio processo formativo"

Fatores relacionados com o estudante

A falta de preparação teórica do estudante face às exigências do ensino clínico é apontada pelos professores e reconhecida pelos estudantes como um forte impedimento à aprendizagem e ao desenvolvimento destes últimos. De acordo com as narrativas, tais défices de preparação teórica parecem frequentemente traduzir-se na incapacidade do estudante fazer a transposição didática dos conhecimentos teóricos aprendidos e, conseqüentemente, tomar decisões.

“Eu também sinto que os alunos vão para estágio com poucos conhecimentos, teóricos e isso, traduz-se muito claramente na dificuldade, ou mesmo incapacidade, de os alunos conseguirem mobilizar os conhecimentos teóricos na prática e tomarem as decisões necessárias...” (FG7:31).

“(...) deveria ter estudado mais, ter apostado mais nos trabalhos escritos, no ensino teórico, e teria reforçado mais a minha autoconfiança e o meu sentimento de estar preparado para o ensino clínico...” (EA2:54).

A frágil preparação prévia do estudante é especialmente evidente durante os ensinamentos clínicos. Muitas vezes, o estudante manifesta não ter consciência das suas próprias

necessidades de formação e ter muita dificuldade em auto avaliar-se aquando das avaliações formativas e sumativas.

“Numa fase inicial não conseguem [os estudantes], (...), auto-avaliar-se é uma grande dificuldade, (...), não conseguem dizer, por exemplo: “Eu errei! ou não fiz isto tão bem”, porque verdadeiramente não têm consciência das suas reais necessidades de formação...” (FG5:20).

A falta de implicação do estudante no processo formativo é considerada pelos professores uma atitude não tolerável em termos éticos. Argumentam os docentes que, não se trata de uma formação qualquer mas sim de uma formação para o “cuidado humano”, pelo que há que inculcar nos estudantes a responsabilidade e o empenho na profissão que querem abraçar e, sobretudo, o respeito pelos valores, crenças e desejos da pessoa/família alvo dos seus cuidados.

“Em alguns casos, não é só a falta de conhecimentos, é também flagrante a falta de implicação com o processo formativo... Vão fazendo umas coisas [os estudantes], mas sem grande entrega pessoal... Eu acho isto intolerável em termos éticos (...), causa-me alguma perturbação... Parece não entenderem que prestar cuidados ao utente e família é algo muito complexo e de grande responsabilidade, que exige que eles se empenhem quer do ponto de vista prático, quer teórico, e até como seres humanos, pois estão a cuidar de pessoas, pessoas essas, que estão em situações de fragilidade e, por isso, merecem todo o nosso respeito e dedicação...” (FG8:19).

Ainda de acordo com os professores, para o estudante, o *locus* de responsabilidade pelas suas insuficiências teóricas parece ser sempre externo a si mesmo, como bem clarifica o seguinte excerto:

“(...) a culpa é sempre de terceiros... voltamos à história do “eu não dei isto na escola!”, “nunca ouvi falar!”, “o professor não sabe explicar”, “o orientador é muito exigente”, “nos outros locais de estágio os meus colegas não estão a ser tão questionados”, etc., etc., ou então armam-se em vítimas!” (FG1:70).

De modo análogo, Cunha *et al.* (2010), não só concluem que os estudantes não se encontram preparados teoricamente para enfrentar as exigências da prática clínica mas, vão ainda mais longe afirmando que “(...) os estudantes não têm capacidade de avaliar o estado do doente, negligenciando os cuidados que este necessita, reagindo ainda com violência/agressividade às críticas ao seu desempenho”(p.276).

Para os docentes e discentes deste estudo, “os medos” emergem com regularidade quer no discurso quer na atitude do estudante. Trata-se de um tipo de sentimento que coloca em evidência a insegurança, o stresse e a ansiedade vividos pelo estudante durante o

ensino clínico, que pode estar relacionado com o medo do desconhecido; de errar; de não ser capaz de corresponder às expectativas; da avaliação e, intrínseco a esta última, medo de não ter sucesso em termos de aproveitamento, como se pode inferir do seguinte excerto:

“(...) muitas vezes os estudantes têm muito esse problema, que é o medo do próprio ensino clínico, medo do desconhecido, medo de errar, medo de não serem capazes de ter um desempenho à altura das expectativas. (...) esses medos, quando não controlados, acabam por pesar um bocadinho e dificultam o processo de aprendizagem. Em algumas situações, podem mesmo conduzir o aluno ao insucesso em determinado ensino clínico...” (FG5:50).

Durante o ensino clínico o medo de errar ganha especial relevância. Os professores explicam que isto acontece porque na prática não existe o ambiente seguro e controlado “do laboratório” e “do manequim” com o qual o estudante estava familiarizado na academia. Agora é o confronto com pessoas concretas, com as suas necessidades, sentimentos e limitações e, simultaneamente, com as diferentes formas de organização do trabalho de Enfermagem e todo o “bulício” típico das organizações de saúde. As lógicas de pensamento subjacentes à sua ação nas aulas práticas em laboratório, aparentam assim ser insuficientes e inadequadas às circunstâncias, considerada a multiplicidade de tarefas com que se vê confrontado e a imprevisibilidade dos contextos, pois a realidade transcende largamente as simulações em que teve oportunidade de participar, e isso, fá-lo ter medo de cometer algum erro inadvertidamente.

“Eu acho que eles [estudantes] têm muito receio, inicialmente, têm medo de errar e prejudicar a pessoa a quem estão a prestar cuidados. Na escola, nos laboratórios, eles têm manequins para simularem os cuidados, treinarem as técnicas, mas depois nos locais eles apercebem-se de que tudo mudou... Já não é um manequim, é uma pessoa real também com os seus medos, as suas idiossincrasias e necessidades específicas... Tudo muda, e essa mudança é geradora de medos e inseguranças pois a pressão para agir e, simultaneamente, “incapacidade para fazer” corretamente e com a prontidão desejável, deixam o aluno atrapalhado, num território propício ao erro...” (FG9:17).

Relativamente aos medos sentidos pelo estudante, os resultados do presente trabalho são convergentes com os obtidos por Rua (2009) ou Fernandes (2007): o estudante sente medo do desconhecido; dos contextos; das pessoas; medo de errar e causar dano ao utente, pela sua inexperiência e conseqüentemente falta de destreza manual; medo de não corresponder às expectativas dos utentes e profissionais e, também; medo de não vir a ser um bom profissional.

O cansaço devido à sobrecarga física e psicológica experimentada no decurso dos ensinamentos clínicos, é outro aspeto que reiteradamente transparece quer dos discursos docentes quer discentes, sendo apontado por estes como um forte obstáculo à aprendizagem e ao desenvolvimento dos estudantes. Esta sobrecarga prende-se essencialmente com a intensividade do estágio; com o trabalhar em regime de *roulement* (regime de turnos – manhãs, tardes e noites); com a exigência de estabelecer prioridades nos cuidados; com a necessidade de uma gestão de tempo eficaz associada à pressão dos supervisores para que, no decurso do turno, o estudante execute todos os cuidados que planeou para os “seus utentes”. Ao já enunciado rol de desafios colocados ao estudante, há ainda a acrescentar que, fora do ensino clínico, este tem que desenvolver trabalhos académicos, rever conteúdos ou fazer pesquisas, quer para fundamentar a sua ação quotidiana, quer para preencher zonas lacunares de conhecimento entretanto surgidas.

“(...) chega uma altura, especialmente nos primeiro e segundo anos, em que os alunos ficam extremamente cansados. Nota-se mesmo bastante, os estágios são muito intensivos e eles não estão habituados a trabalhar por turnos... Têm que levantar-se cedo, depois, no hospital os turnos são muito agitados e exigentes e, como já foi referido, eles têm dificuldade na gestão de tempo, atrasam-se sempre e os orientadores pressionam-nos para que isso não aconteça... Quando saem de turno, vão para casa, e ainda têm que ir rever coisas para o dia seguinte... É extenuante, passada uma semana eles já andam cheios de olheiras...” (FG6:51).

“A exigência no 3º ano é muito elevada. Trata-se do primeiro estágio em que começamos a fazer roulement, e como não estamos habituados a trabalhar por turnos, passado algum tempo andamos muito cansados...” (EA3:2).

A situação parece ser ainda mais complexa quando se trata de trabalhadores-estudantes ou de indivíduos que já têm compromissos familiares ou são responsáveis pela sua auto-subsistência. As dificuldades em conciliar o ensino clínico, a atividade profissional e a vida pessoal/familiar refletem-se diretamente na falta de tempo para se dedicar às tarefas académicas.

“(...) Os estágios são muito intensivos, não deixando grande espaço aos alunos para manterem as suas relações sociais e as atividades que costumavam fazer antes de iniciar o curso... Por outro lado, nos últimos anos passámos a ter nas escolas um significativo contingente de trabalhadores-estudantes... Para estes, o estágio é mesmo muito penoso, pois têm que conseguir conciliá-lo com a sua vida profissional e pessoal. Alguns deles, têm obrigações familiares, pois são casados e têm filhos, portanto têm pouca disponibilidade para se dedicar ao estudo de uma forma sistemática... Apesar de a maioria conseguir suplantar os desafios colocados pelos estágios, temos que reconhecer que fazem um esforço diabólico para o conseguir...” (FG7:48).

“Vou dar-lhe duas situações muito concretas: a primera, faleceu-me uma pessoa muito próxima, e foi uma altura muito complicada na minha vida, estava em estágio, e nessa altura achei que não conseguia lidar com a pressão dos dois lados, primeiro, pela morte dessa pessoa e depois pela pressão que acabamos por ter no estágio, pelo que exigem de nós em termos de desempenho e estudo... A segunda, tem a ver com o facto de eu ser trabalhadora-estudante, para conseguir assegurar os turnos tinha que fazer trocas no meu trabalho e não era muito fácil trocar. Aguentei-me até ao terceiro ano, mas depois no quarto ano tive mesmo que me despedir, senão não aguentava...” (EA5:18).

A evidência científica tem demonstrado existir uma co-relação positiva entre sobrecarga de trabalho e desenvolvimento de ansiedade e stresse (Barroso, 2009; Caires, 2003, 2001). De acordo com Caires (2003, 2001), durante o estágio, o estudante está num processo de construção, isto é, numa permanente competição consigo próprio na seleção de estratégias e na busca de um equilíbrio. Uma posição aparentemente estável só surge quando é atingido o equilíbrio neste sistema dinâmico, porém, muitas vezes, essa situação só ocorre no final do ensino clínico ou mesmo do curso.

Por último, ainda no âmbito das dificuldades intrínsecas ao estudante, à semelhança de outros estudos (Sim-Sim *et al.*, 2013; Dixe, 2007; Simões, 2004), os professores salientam a falta de hábitos de reflexão como uma condicionante à aprendizagem clínica.

“Sinto que apesar de eles evoluírem bastante, uma das dificuldades que eu percebo situa-se ao nível da reflexão crítica. A generalidade não tem hábitos de reflexão e nos locais de estágio como o que importa é fazer, a reflexão também não é estimulada...” (FG7:37).

No sentido de colmatar as diversas situações apresentadas anteriormente, com potencial para o insucesso académico do estudante, Abreu (2007) sugere que seja criado um ambiente de aprendizagem inclusivo e favorável e que os supervisores do contexto e da Escola sejam indivíduos dotados, não só com capacidade de transmissão de conhecimentos mas, sobretudo, que sejam capazes de gerar situações de aprendizagem que envolvam e estimulem o estudante ao desenvolvimento de competências.

Na Tabela 110, sintetizam-se o conjunto dos indicadores que constituem esta subcategoria.

Fatores relacionados como estudante - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de preparação teórica face às exigências o ensino clínico • Incapacidade de fazer a transposição didática • Falta de implicação do estudante no processo de aprendizagem • Dificuldade do estudante em auto-avaliar-se • Não ter consciência das suas próprias necessidades de formação • Medo do próprio processo formativo, de “não ser capaz, de errar reprovar • Falta de tempo para estudar • Cansaço devido à intensividade do estágio • Dificuldade em conciliar a vida académica com a vida pessoal • Não estar habituado a trabalhar em regime re roulement (por turnos) • Sensação de solidão (por não ter a companhia dos colegas)

Tabela 110 - Subcategoria "Fatores relacionados com o estudante"

Fatores relacionados com questões curriculares

Alguns aspetos de natureza curricular foram identificados por ambos os grupos de sujeitos como menos positivos e, por isso, potencialmente constritivos da aprendizagem do estudante. Um desses aspetos está relacionado com a solicitação pelos docentes de múltiplos trabalhos teóricos durante os ensinamentos clínicos. Entre os trabalhos mais solicitados podem distinguir-se, os objetivos; os contratos de aprendizagem; os projetos de estágio e de educação para a saúde; os estudos de caso; os portfólios reflexivos; os planos de cuidados e os relatórios finais de estágio, conforme se pode constatar do excerto do discurso de um dos estudantes entrevistados:

“Outra dificuldade apontada reside no pedido de elaboração de trabalhos académicos que visam a reflexão sobre as práticas desenvolvidas. Eles [estudantes] queixam-se muito.” (FG4:46).

“Depois eu acho que os trabalhos teóricos que nós temos que fazer para a faculdade também nos limitam um bocadinho... Temos sempre muitos trabalhos para fazer durante os estágios: definir objetivos ou contratos de aprendizagem; projetos de estágio; estudos de caso e planos de cuidados (no 2º ano é fatal); projetos de educação para a saúde (isto na saúde comunitária); portfólios reflexivos e relatórios finais... Pedem-nos muita coisa, é uma grande sobrecarga...” (EA5:50).

São vários os estudos que parecem comprovar que os estágios são vivenciados pelos estudantes com elevados níveis de stresse e ansiedade, apontando como um dos fatores responsáveis, a sobrecarga de trabalhos teóricos durante os ensinamentos clínicos (Sim-Sim *et al.*, 2013; Barroso, 2009; Paulino, 2007; Caires, 2003, 2001). Apesar de reconhecerem que essa solicitação contribui para a sobrecarga psicológica do estudante (Barroso, 2009), os professores não deixam contudo de sublinhar a importância e o papel desses

trabalhos, enquanto instrumentos promotores da reflexão e do desenvolvimento de habilidades e estratégias cognitivas pelo estudante.

“Eles passam o tempo a dizer que não têm tempo para fazer os trabalhos que lhes pedimos, etc., etc... Eu até reconheço que, se calhar, sim, pedimos muitos trabalhos, mas é a única forma de eles refletirem sobre aquilo que fazem... Se não pedíssemos trabalhos como estudos de caso, portfólios, avaliações críticas, enfim, coisas que os fazem refletir, eles não refletiriam nada durante o tempo de estágio...” (FG11:26).

Outro aspeto evidenciado pelos professores como potencialmente inibidor da aprendizagem e do desenvolvimento do estudante parece estar intrinsecamente ligado às exigências e expectativas inerentes a cada ensino clínico. Entre os diversos estágios curriculares que compõem a componente prática da formação inicial em Enfermagem, o último – Integração à Vida Profissional – é destacado como aquele em que o estudante se sente mais pressionado e condicionado relativamente ao seu desempenho. Por um lado, o estudante, deixa de ser visto (essencialmente pelos enfermeiros supervisores) como mero estudante, passando a ser percebido como “pré-profissional” que tem o dever de demonstrar um perfil de competências semelhante, “ou quase sobreponível” ao perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais; por outro lado, a ansiedade, responsabilidade e expectativa relativamente ao término do seu percurso formativo atingem picos de stresse de tal ordem, que acabam por condicionar a sua capacidade cognitiva e formas de agir coerentes com a condição de “estar à beira de tornar-se enfermeiro”.

“(...) num estágio de integração à vida profissional as exigências e as expectativas são maiores, são mesmo muito elevadas. O aluno tem a perfeita consciência disso, sabe que o orientador já olha para ele como quase-profissional e essa mudança de olhar é geradora de grande ansiedade. Sabe que tem que dar uma resposta adequada, está a acabar o seu percurso formativo e tem de mostrar saber resolver as situações independentemente das circunstâncias...” (FG9:31).

Ser confrontado com situações para as quais ainda não teve preparação teórica prévia, emerge também como um constrangimento que aliado à inexperiência do estudante aumenta a sua insegurança e ansiedade. Com efeito, apesar da intensa vontade de corresponder aos desafios que lhe são colocados, em termos práticos, a ausência de conhecimento teórico e de experiência clínica inibe o estudante de agir, deixando-o confuso e angustiado.

“Eu falo da experiência que tive, em que muitas vezes, especialmente nos serviços de Medicina, os orientadores face à riqueza de situações, desafiavam os alunos a fazer

determinados procedimentos, para os quais eles ainda não tinham tido preparação teórica. Eu via neles a vontade de corresponder e, simultaneamente, a incapacidade para tal, face ao desconhecimento teórico dos fundamentos desses procedimentos... O sentimento de ignorância e de impotência para agir, deixa-os muitas vezes angustiados...” (FG8:25)

A reorganização curricular decorrente do Processo Bolonha e as sucessivas reformas verificadas no ensino de Enfermagem são também percebidas por professores e estudantes como obstáculos à qualidade e resultados das aprendizagens realizadas durante a componente prática da formação. Como já evidenciado, no caso dos professores, Bolonha parece ter vindo agudizar o sentimento docente (já existente) de afastamento da prática clínica. Também para os estudantes, Bolonha parece ser sinónimo de redução do tempo de contacto com a profissão, tempo esse que, mesmo previamente a Bolonha, já era sempre considerado insuficiente, como se pode inferir do excerto da narrativa de um dos estudantes:

“(...) naquilo que à prática diz respeito, pouca coisa mudou, mas os alunos queixam-se de que com Bolonha, os professores, cada vez estão mais afastados da prática clínica comprometendo a qualidade e os resultados em termos de aprendizagem dos alunos...” (FG11:2).

“(...) por acaso quando me disseram que iam alterar o plano de estudos do curso por causa de Bolonha, fiquei assim um bocadinho na expectativa, e depois, quando vi o resultado da modificação, fiquei mesmo triste, pois em vez de aumentarem as horas de estágio, diminuíram e retiram o estágio do primeiro ano...” (EA1:10).

Na Tabela 111, apresentamos os indicadores que constituem esta subcategoria.

Fatores relacionados com questões curriculares - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Ter de desenvolver trabalhos teóricos durante o estágio</i>• <i>O estágio de integração à vida profissional ser o mais gerador de stress no estudante</i>• <i>Confronto com situações, para as quais o estudante ainda não teve preparação teórica prévia</i>• <i>Reorganização curricular decorrente do Processo Bolonha</i>• <i>Duração dos ensinamentos clínicos (muito curtos)</i>

Tabela 111 - Subcategoria "Fatores relacionados com questões curriculares"

Fatores relacionados com questões organizativas

As questões organizativas inerentes à componente prática da formação inicial em Enfermagem podem constituir-se como facilitadoras ou, contrariamente, ser causa de ansiedade e stress no estudante durante os ensinamentos clínicos, condicionando o seu processo de “tornar-se enfermeiro” (Rua, 2009; Barroso, 2009; Paulino 2007; Fernandes, 2007; Macedo, 2010). Neste âmbito, apresentam-se alguns aspetos relativos

à organização dos ensinamentos clínicos assinalados por professores e estudantes como limitativos da aprendizagem e do desenvolvimento do estudante. A curta duração dos estágios é um primeiro aspeto apontado pelos professores, na medida em que o estudante consome um tempo considerável a familiarizar-se com o contexto|instituição, os recursos disponíveis, as pessoas, as tarefas e rotinas que fazem parte do quotidiano institucional restando, posteriormente, pouco tempo para a aprendizagem e desenvolvimento das competências expectáveis inerentes ao cuidado de Enfermagem naquela área clínica específica. Por outro lado, a curta duração dos estágios é também conotada como limitativa quer quantitativa quer qualitativamente em termos de oportunidades de aprendizagem, como se pode inferir dos seguintes excertos:

“Isto prende-se um pouco com a duração do estágio que é muito limitado em termos de tempo, o que limita o aluno em termos de oportunidades durante o mesmo. Por exemplo, numa Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos os alunos podem estar lá durante seis semanas e não terem oportunidade de realizar uma técnica tão simples como uma punção venosa, pois os doentes vêm todos do bloco com catéter central... Isto é apenas um exemplo...” (FG12:28).

“Constitui problema quando é curto [o ensino clínico], porque sinto que na outra em que já estou minimamente integrada naquela equipa, nos horários, na disposição física do serviço, na localização do material etc, no fundo nas “rotinas” com alguma autonomia, o estágio termina...” (EA5:23).

Uma segunda dificuldade organizativa identificada pelos sujeitos, tem a ver com a intensividade dos turnos. Com efeito, lidar com realidades completamente novas, com quantidades enormes de informação e, simultaneamente, dar resposta às múltiplas necessidades dos utentes|famílias em *timings* sempre “apertados”, conduzem o estudante a elevados níveis de desgaste.

“Os turnos são muito intensivos, muitas vezes nem dá para pensarem, face às múltiplas tarefas e simultaneidade das mesmas... Os alunos para além da prestação de cuidados diretos aos doentes, têm que colocar um manancial de informação no sistema de informação em Enfermagem que não dominam; têm de preparar os registos de Enfermagem para a passagem de turno; têm que fazer pesquisas, quer sobre a terapêutica quer sobre as patologias mais comuns dos seus doentes... Verdadeiramente, eles não param a não ser às refeições...” (FG11:25).

“(...) de alguma forma ouvíamos isso dos outros cursos que tinham finalizado antes de nós, cuidado, atenção, o estágio de médico-cirúrgica é muito difícil, é muita coisa nova, é muita matéria para rever, e era realmente, o estágio é muito intensivo, muito intensivo, eu cheguei ao fim esgotada...” (EA1:15).

A insuficiência de campos de estágio associada ao elevado número de escolas existente, faz com que haja um elevado número de estudantes em simultâneo nos contextos de

prática clínica. Esta circunstância é evidenciada por ambos os grupos de sujeitos como um fator inibidor do desenvolvimento dos estudantes, quer em termos de competências instrumentais, relacionais ou sistêmicas. Efetivamente, na generalidade das situações, tal circunstância condiciona as dinâmicas de trabalho, bem como, o ritmo de cada estudante, uma vez que este não pode realizar as intervenções de Enfermagem que planeou sem supervisão, ficando dependente da disponibilidade do supervisor para dar continuidade às suas atividades, como bem expressam os seguintes fragmentos das suas narrativas:

“(…), sendo a prática o lugar ideal para a experimentação, atualmente, face à massividade de alunos nos mesmos contextos, torna-se impossível eles experimentarem-se nas diversas técnicas de Enfermagem... Por outro, lado, é também impossível respeitar os ritmos de trabalho de cada aluno, pois como se sabe os alunos consomem mais tempo para desenvolverem as suas atividades e o orientador nem sempre tem tempo para os acompanhar e esclarecer...” (FG12:4).

“É condicionante, porque há locais de estágio que têm muitos alunos em simultâneo, isso, às vezes, não permite que tenhamos tantas oportunidades ou tenhamos o tempo necessário para fazer as coisas... Em alguns estágios, não fazemos uma única técnica, pois os doentes não chegam para todos os alunos que lá estão...” (EA6:20).

Um número reduzido de estudantes por serviço, por exemplo, dois a três, é apontado em diversos estudos como ideal (Sim-Sim et al.; 2013; Novo, 2011; Silva et al., 2011; Rua, 2009; Martins, 2009; Simões et al., 2008; Fernandes, 2007; Longo, 2005). Os autores defendem que tal circunstância promove e facilita a aprendizagem dos estudantes, uma vez que o número de experiências em que poderão estar envolvidos aumenta consideravelmente. Simultaneamente, consideram que a diminuição do número de estudantes nos contextos clínicos poderá favorecer a coesão entre os elementos do grupo e que estimula a proximidade com os supervisores, fatores que, conjugados, resultam numa maior confiança e progressiva autonomia discente, em suma, num maior sucesso académico.

Na Tabela 112 reunimos os indicadores que compõem a subcategoria discutida anteriormente.

Fatores relacionados com questões organizativas - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• Associado à duração dos estágios: Estágios curtos• Pela intensividade do estágio• Elevado número de alunos em simultâneo nos contextos

Tabela 112 - Subcategoria "Fatores relacionados com questões organizativas"

Em **síntese**, de acordo com os sujeitos auscultados, existem fatores intrínsecos ao próprio processo formativo que podem constituir-se como verdadeiros obstáculos ao desenvolvimento do estudante e restringir o valor formativo que a prática poderia ter no processo da sua profissionalização. Entre esses fatores destacam-se:

- *Os intrínsecos ao próprio estudante*, como por exemplo, a frágil preparação teórica prévia ao ensino clínico, os medos, receios ou o cansaço;
- *Os curriculares*, dos quais são exemplo, a solicitação de múltiplos trabalhos académicos durante o estágio, o ser confrontado com situações para as quais ainda não teve preparação teórica prévia ou, ainda, as alterações curriculares decorrentes das reformas induzidas pelo processo Bolonha;
- *Os organizativos* relacionam-se como a curta duração e intensividade dos estágios ou o elevado número de estudantes nos contextos profissionais em simultâneo.

3.2.4 Interação com o utente|família

Não obstante a unanime centralidade atribuída pela literatura à relação interpessoal estudante-utente|família no processo de desenvolvimento (profissional) do primeiro, à semelhança dos resultados obtidos em outras investigações (Serra, 2011; Rua, 2009; Barroso, 2009; Fernandes, 2007, entre outros), os discursos dos sujeitos são inequívocos quanto à dificuldade|inabilidade do estudante para estabelecer uma comunicação eficaz com o utente|família, especialmente em situações inaugurais.

“(...) todos nós olhamos para o estudante no contacto que ele estabelece com os cidadãos, que é difícil, é muito difícil, independentemente das características individuais que cada estudante possa ter e que cada cidadão possa ter, eles têm muita dificuldade em comunicar e isso é a base da nossa profissão...” (FG2:1).

“(...) Sem dúvida que não estava preparada para chegar lá [ao contexto profissional] e estabelecer de imediato uma comunicação eficaz quer com os utentes quer com as famílias, ainda sinto isso hoje, sinto que ainda tenho algumas lacunas na comunicação com terceiros...” (EA1:9)

Apesar do estudante receber formação teórica e teórico-prática na área comunicacional|relacional, facto é que, na hora de colocar esse conhecimento em ação, a formação recebida parece não ser suficiente para que o estudante supere as dificuldades e “ponha em uso” o que aprendeu, de modo a conseguir estabelecer uma comunicação assertiva com os utentes e seus familiares.

“Teoricamente, dizem tudo direitinho, falam da importância da relação de ajuda, se têm um guião de colheita de dados, conseguem estabelecer a relação, pois basta seguir as questões do guião... mas se não tiverem uma razão específica para iniciar um processo comunicacional com o doente, espontaneamente, eles têm muita dificuldade em tomar a iniciativa e fazer a abordagem inicial...” (FG10:11).

“(...) no 1º ano e no 2º ano, principalmente, não conseguimos ter noção, temos conhecimentos: “A aluna tem boas notas e no ensino clínico até demonstrou ter conhecimentos, técnico-científicos mas, depois a forma como aborda o utente...”, o respeito, a escuta ativa e tudo isso, depois é tão difícil de aplicar...” (EA1:30).

Esta dissonância parece ser particularmente evidente nas interações desenvolvidas em contextos específicos como a Pediatria, a Saúde Comunitária ou a Saúde Mental.

“Eu vou reforçar aqui um pouco esta ideia – eu estou na área da pediatria – os alunos nesta área têm uma certa dificuldade em comunicar e em gerir a relação entre eles, a criança, e a família. (...) é uma realidade diferente, há ali uma criança à qual eles têm que prestar cuidados, quando muitos deles nunca tiveram de cuidar nem sequer de irmãos.” (FG8:4).

“(...) quando estão fora da instituição, na saúde comunitária, para eles é difícil manter uma relação terapêutica com o utente... O receio de ter de prestar cuidados e não saber em que condições; o receio da forma como vai ser aceite na casa da pessoa, ou como vai reagir a própria pessoa alvo dos seus cuidados; o receio de que possam estar lá outras pessoas a observá-lo, o que vai dizer, como é que vai fazer, o que é que vai pensar, para já não falar do normal receio da sua própria insegurança...” (FG9:26).

“(...) Eu achava que sabia comunicar, tinha até tido uma boa nota na disciplina teórica de Psiquiatria, mas lá, lá era diferente (...), no estágio de psiquiatria, era sem dúvida muito diferente e requeria um nível de interpelação mais atento e dirigido... Foi aí que percebi isso, senti muitas dificuldades na comunicação, senti que não estava preparada para aquele tipo de estágio...” (EA1:4).

A este propósito Benner (2001) sublinha que *“(...) a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria”(p.61).*

É bastante evidente nos discursos docentes a dificuldade manifestada pelos estudantes, quando têm que interagir com determinados extratos populacionais, nomeadamente, com pessoas idosas ou com pessoas em situação de fragilidade física, psicológica ou social.

“(...) eu noto muito que lhes falta, às vezes, o saber relacionar-se com pessoas idosas, porque eles relacionam-se todos muito bem uns com os outros, dentro de um grupo de jovens, mas depois, às vezes, relacionar-se com pessoas mais velhas, especialmente se essas pessoas se encontram doentes ou são carenciadas eles demonstram uma enorme dificuldade...Eles têm muita dificuldade em interagir com idosos, especialmente em situações de fragilidade quer física quer humana” (FG10:4).

Um outro aspeto evidenciado por ambos os grupos de sujeitos auscultados parece estar relacionado com a dificuldade do estudante em perceber e desenvolver uma prestação de cuidados ao utente|família segundo uma perspetiva holística.

“Mas nós, porque estamos na comunidade, (...) trabalhamos não apenas o indivíduo, mas também as famílias ou os grupos, e os estudantes sentem muita dificuldade em fazer essa passagem de trabalhar todo o conjunto com se fossem um... trabalhar na tal perspetiva holística tão defendida no ensino teórico...” (FG4:12).

“Nos primeiros anos, é muito difícil para um aluno, ter essa perceção, essa visão global do utente família. Isso só se adquire nos últimos estágios e mesmo assim penso que tenho colegas que acabam o curso sem perceber o que isso significa realmente...” (EA1:1).

No seu estudo, Zangão (2013) constatou que a interação entre estudante e utente|família, constitui uma forte preocupação docente. De acordo com a autora, os sujeitos do seu estudo consideram que esta é uma dimensão “*difícil de praticar em contexto laboratorial*” (p.239), pelo que procuram que essa aprendizagem seja concretizada “de forma controlada” nos ensinamentos clínicos, onde a mesma, naturalmente, é mais facilitada.

Na Tabela 113, mostram-se os indicadores que originaram a subcategoria apresentada.

Interação com o utente família - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dificuldades em comunicar eficazmente com o utente família</i> • <i>Dificuldade em perceber interiorizar o significado da perspetiva holística do utente família</i>

Tabela 113 - Subcategoria "*Interação com o doente|família*"

Em **síntese**, as opiniões de ambas as populações parecem convergir na conclusão de que, durante o *practicum*, os estudantes manifestam ter dificuldades em estabelecer uma comunicação eficaz com o utente|família, identificando inclusive algumas situações específicas onde essas dificuldades são mais evidentes. Entre as situações apontadas estão: o primeiro contacto com os utentes|famílias; contextos específicos como a Pediatria, a Saúde Comunitária e a Saúde Mental ou, ainda, quando têm de cuidar de pessoas idosas ou de pessoas em situação de fragilidade física, psicológica ou social. Apesar de termos obtido tal conclusão, dos discursos dos sujeitos não foi possível contudo perceber as razões subjacentes às dificuldades identificadas. Pôde ainda inferir-se que os estudantes manifestam dificuldade em “ver” o binómio utente|família na sua globalidade, isto é, numa perspetiva holística.

3.2.5 Interação com o professor

Muito embora a literatura da especialidade atribua um lugar de destaque ao enfermeiro supervisor dos contextos clínicos em detrimento do professor, diversos estudos vêm chamar à atenção para o não negligenciável papel docente no acompanhamento e supervisão do estudante. Neste âmbito, destacam-se funções como: o estímulo à pesquisa e à reflexão crítica; o suporte técnico e emocional; a avaliação ou, ainda, a mediação quer entre estudante-supervisor clínico e restantes elementos que compõem a equipa multidisciplinar quer, em *lato sensu*, entre a escola e a organização de saúde (Sim-Sim *et al.*, 2013; Serra, 2011; Rua, 2009; Abreu, 2007, 2003, 2001; Nascimento, 2007; Carvalhal, 2003, 1995; entre outros). Apesar do reconhecimento da importância do papel docente na orientação|supervisão do estudante em ensino clínico, existem no entanto algumas barreiras que impossibilitam o estabelecimento de uma relação pedagógica facilitadora, efetiva e afetiva entre ambos os atores. Como principais constrangimentos são apontados, nomeadamente, o ambiente afetivo-relacional entre professor e estudante nem sempre ser favorável; o papel do professor na avaliação em ensino clínico; a indisponibilidade do professor para a função supervisiva e, não menos importante, a impreparação do professor para essa mesma função (Figura 45).

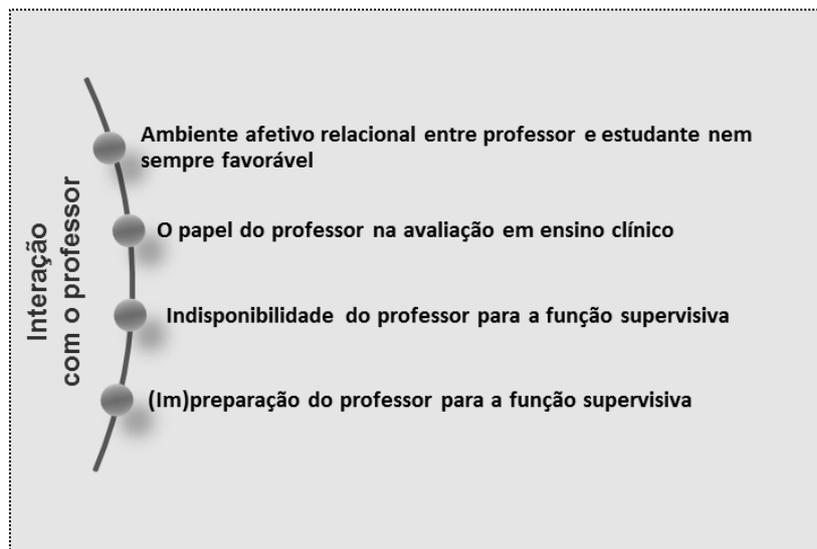


Figura 45 - Categoria "Interação com o professor"

Ambiente afetivo-relacional entre professor e estudante nem sempre favorável

Autores como Caires (2003, 2001) e Alarcão e Tavares (2003), consideram que o apoio dado pelo supervisor da instituição de ensino e a qualidade da relação mantida com o

estudante podem atuar como um “amortecedor” dos efeitos negativos do estágio. Pese embora a importância assumida por esta componente do acompanhamento do estudante, são algumas as dificuldades identificadas pelos docentes relativamente a esta dimensão. Uma dessas dificuldades prende-se, por exemplo, com o facto de ter havido (ou não) algum tipo de animosidade ou conflito entre professor e estudante previamente ao ensino clínico. Nas situações em que tal ocorreu, isso parece poder repercutir-se na relação pedagógica entre ambos os atores e condicionar o comportamento do estudante, nomeadamente, na exposição das suas dúvidas e dificuldades abertamente ou no relato das “incongruências” observadas entre aquilo que aprendeu na escola e o que faz e vê fazer nos contextos profissionais. Tal situação parece ainda ser agudizada sempre que a presença docente nos contextos profissionais é “fraca” ou quando este demonstra pouca disponibilidade para ouvir o estudante.

“Muitas vezes, o aluno quando já teve algum problema com o professor durante o ensino teórico ou não gosta do professor, sente receio do mesmo, designadamente em falar com ele sobre as suas dúvidas ou sobre as incongruências que observa entre a teoria e a prática. Esta situação é agudizada (...), pela fraca presença dos professores em estágio e, quando vão, pela pouca disponibilidade para estar com o aluno...” (FG8:33).

Mesmo quando o acompanhamento do estudante funciona muito bem, algumas dificuldades podem surgir aquando da existência de incongruências entre os “ensinamentos” que são dados pelo supervisor do terreno e os do supervisor da escola. De acordo com os professores ouvidos, a existência de alguma inconsistência entre as reflexões e as pistas avançadas pelo supervisor da escola e o da instituição parece ser uma “situação comum”, colocando o estudante numa situação embaraçosa, ou como verbalizam os sujeitos, “na corda-bamba”. A avaliar pelas narrativas docentes, a génese da dissonância percebida parece estar associada às distintas formas de estar e de agir profissional e às diferentes visões acerca da profissão e do próprio processo de ensino-aprendizagem na prática. A corroborá-lo estão os múltiplos testemunhos recolhidos juntos dos docentes, dos quais apresentamos um excerto ilustrativo:

“Depois também há aqui uma diferença entre o professor que faz a supervisão, ou seja, o professor da escola e o enfermeiro que acompanha o aluno a tempo inteiro, no ensino clínico. Eles têm visões diferentes e, na sua prática diária, incitam o aluno a gir de modos distintos, baralhando o próprio aluno... Comumente as suas opiniões sobre o processo de ensino-aprendizagem são divergentes: enquanto os professores estão mais preocupados com os aspetos teóricos da formação do estudante e com o próprio estudante; os enfermeiros estão mais preocupados com os aspetos práticos, nomeadamente, em cumprir todas as “tarefas” inerentes aos cuidados aos doentes que

lhe estão atribuídos e com a segurança destes. O estudante e a sua formação são encarados apenas como “apêndices” da sua atividade principal. Ora estas duas visões, não se coadunam e colocam o aluno muitas vezes na “corda-bamba...” (FG9:1)

Tal constatação não é inédita. Com efeito, a quase ausência de supervisão presencial docente (que é predominante nos processos de formação clínica, especialmente nos 3º e 4º anos) e a existência de culturas institucionais distintas (entre academia e contextos), onde “pensar” e “fazer” têm também distintas valorizações e significações, acaba por condicionar as reflexões e as aprendizagens realizadas pelo estudante, a avaliar pelos indícios recolhidos na literatura na área (D’Espiney, 1997; Franco, 2000); Simões, 2004; Longo, 2005; Martins, 2009; entre outros). Apesar das múltiplas críticas que têm vindo a ser avançadas pela evidência científica, em resultado da constatação de um significativo “desencontro de visões” entre os supervisores da academia e os dos contextos acerca da componente prática da formação inicial, a verdade é que, ainda hoje, parece ser “da responsabilidade exclusiva do aluno” fazer a articulação entre ambos os atores, entre a teoria e a prática e entre escolas e contextos clínicos (Caires, 2001).

Na Tabela 114, apresentam-se os indicadores considerados pelos participantes susceptíveis de condicionar o ambiente afetivo-relacional entre professor e aluno.

Ambiente afetivo-relacional entre professor e estudante nem sempre favorável - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Relacionadas com o tipo de relação estabelecida com o professor</i>• <i>Relacionadas a falta de articulação entre supervisores (professor e enfermeiro)</i>

Tabela 114 - Subcategoria "*Ambiente afetivo-relacional entre professor e estudante nem sempre favorável*"

Papel do professor na avaliação em ensino clínico

A avaliação em ensino clínico é, segundo os professores, a dimensão do ensino mais temida pelo estudante, podendo mesmo constituir um verdadeiro constrangimento ao desenvolvimento de um bom ambiente afetivo-relacional entre ambos os atores. Apesar do ênfase dado à avaliação contínua, na qual é tido em conta o esforço, a evolução e as competências que o estudante foi evidenciando adquirir ao longo do ensino clínico, a verdade é que, na generalidade das situações, o “grosso” da nota parece ser apenas fundamentado na avaliação sumativa que tem lugar no final do ensino clínico.

“Eles [estudantes] queixam-se muito das avaliações nos estágios... Dizem que nós [professores] não temos em conta a sua progressão. Dizem que as avaliações formativas são esquecidas e que o que conta para a nota final é a avaliação sumativa efetuada quando terminam os estágios...” (FG5:46).

Qualquer que seja a metodologia avaliativa utilizada, são sempre várias as questões que se levantam relativamente à sua idoneidade, sendo que o estudante se sente quase sempre “injustiçado” com a nota final de estágio (D’Espiney, 1997), traduzindo-se tal percepção na adoção de comportamentos mais defensivos relativamente ao professor.

“(...) eles estão dependentes de uma avaliação, de uma nota, têm que tentar mostrar que sabem, ou então responderem aquilo que acham que o avaliador quer ouvir... Eles têm receio da avaliação e sabem que somos nós quem lançamos a nota na pauta... Essa consciência faz com que eles, “joguem à defesa” e se tornem mais fechados... eles sentem medo da avaliação... Na verdade eles sentem-se sempre injustiçados com a avaliação atribuída pelos professores em estágio...” (FG11:11).

A divergência de valorização das questões da avaliação entre docentes e discentes poderá constituir fonte de conflito e colocar em causa todo um trabalho pedagógico (Paiva, 2007). A este propósito Martin (1991:26) chama a atenção que *“(...) o espectro da avaliação contamina os professores dos estágios levando a que situações que poderiam ser de aprendizagem sejam muitas vezes percebidas pelos alunos como situações de avaliação”*(p.26).

As visitas do supervisor da escola aos contextos profissionais, muito embora sejam interpretadas como reveladoras do interesse docente pelo acompanhamento do estudante e diálogo com o enfermeiro supervisor, a verdade é que, as mesmas contêm em si o “espectro” da avaliação e a observação das respetivas práticas, sendo por isso, motivo de alguma da tensão experienciada pelo estudante (e pelo supervisor) e, como tal, “dispensáveis”. Alguns estudantes dizem mesmo ficar “bloqueados” quando são questionados em situação, bloqueio esse, que os inibe de responder à interpelação docente de uma forma assertiva. Tal situação, para além de condicionar a relação entre professor e estudante, evidencia-se como fonte de stresse e ansiedade e acaba por condicionar o próprio desempenho e a aprendizagem do estudante, conforme se pode inferir dos seguintes excertos dos discursos docente e discente:

“(...) Eles têm a noção de que quando vamos aos locais de estágio vamos observá-los, vamos questioná-los, em última análise, vamos avaliá-los... e isso é gerador de stress e ansiedade no aluno, condicionando não só o seu desempenho, mas também a própria aprendizagem e a relação com o docente...” (FG3:27).

“Isso é uma das coisas que me deixava muito desorientada [ficar bloqueada pela presença e questionamento docente], e eu ficava ainda mais chateada comigo própria pois, muitas vezes, as perguntas eram feitas de uma forma muito informal, parecia uma conversa, mas eu mesmo sabendo isso, ficava bloqueada e não conseguia responder ou dava uma resposta desadequada...” (EA8:14).

Ser observado e avaliado pelo professor parece ter um efeito condicionador sobre a forma como estudante atua e realiza as intervenções de Enfermagem. Por outro lado, quando o estudante se sente observado, procura adaptar o seu desempenho à forma como aprendeu na escola e com esse comportamento “agradar” ao professor e “influenciar o sentido” das avaliações formativa e sumativa do ensino clínico.

“(...) senti que os alunos inicialmente retraíam-se com a minha presença nos campos de estágio, especialmente quando estavam a desenvolver alguma atividade ou a executar alguma técnica de Enfermagem. Houve situações em que eu percebi claramente que eles ficavam hesitantes em determinados procedimentos, procurando seguir todos os passos aprendidos na escola apenas porque sabiam que eu estava a observá-los... Mas se eu voltasse as costas, eles faziam não como aprenderam na escola mas como lhes era incutido nos contextos para fazer...” (FG3:16).

O entendimento do processo avaliativo nem sempre é claro, pelo que o estudante fica quase sempre com a impressão de que os professores baixam as notas de estágio deliberadamente. Esta perceção da avaliação pode ser, segundo os docentes, geradora de conflitos e condicionar daí em diante a interação entre professor e estudante.

“Eles queixam-se muito, dizem que nós invariavelmente baixamos as notas de estágio. Eles esquecem-se é que a nota do orientador não é diretamente a nota final de estágio e que existem outras variáveis como os trabalhos teóricos, por exemplo... Estas questões, por vezes geram conflito (...). Este “mal-entendido” é o suficiente para que a relação entre professor e aluno não volte a ser o que era...” (FG5:48).

Num estudo sobre a avaliação da aprendizagem em ensino clínico, Carvalho (2005), salienta que *“(...) os alunos acham que os professores avaliam pelos erros que os alunos cometem e não pelas coisas boas que fazem”* (p.301), repercutindo-se tal representação docente, na classificação final do ensino clínico. O diálogo e o apoio entre enfermeiros supervisores e docentes são apontados por alguns autores, como a base de uma boa avaliação dos estudantes autores (Cunha *et al.*, 2010; Simões, Alarcão & Costa, 2008).

Na Tabela 115, apresentamos os indicadores analisados e discutidos que sustentam a problemática do papel docente em ensino clínico, especificamente, enquanto avaliador.

Papel do professor enquanto avaliador - Indicadores

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • A avaliação como condicionante da relação entre professor e aluno • Estar a ser observado/avaliado pelo professor |
|--|

Tabela 115 - Subcategoria "Papel do professor enquanto avaliador"

Indisponibilidade do professor para a função supervisiva

Apesar de os estudantes sentirem que, de modo geral, são apoiados pelos docentes, não deixam contudo de sublinhar a fraca presença destes em ensino clínico, bem como a pouca disponibilidade manifestada para os ouvir aquando das suas idas aos contextos profissionais. A impossibilidade de esclarecerem as suas dúvidas no imediato, é também realçada, considerando que nos estágios dos terceiro e quarto anos, como já referido, a modalidade de supervisão é a não presencial. Enfatizam ainda que, em alguns casos, o supervisor da escola desconhece os estudantes, uma vez que, durante a componente teórica, este pode não ter integrado a equipa docente da respetiva unidade curricular.

“Mesmo tendo apoio dos orientadores da faculdade, pois sempre o tive, o facto é que eles não estão lá no dia-a-dia, eles não estão presentes quando precisamos que nos respondam às nossas dúvidas imediatas... A partir do 2º ano eles vão pouco aos locais de estágio, vão lá visitar-nos uma vez por semana ou de quinze em quinze dias e quando lá vão estão sempre muito atarefados, com pouca disponibilidade para nos ouvir... Eles estão muito afastados de nós e, em alguns casos, nem nos conhecem bem, pois, nem foram nossos professores nas teóricas nessa área clínica...”(EA10:9).

De acordo com os estudantes, o modo como o supervisor da escola “responde” (ou não) às suas solicitações bem como o *feedback* dado (ou não), quer em termos qualitativos quer quantitativos, relativamente aos trabalhos académicos solicitados, parecem constituir potenciais evidências da maior ou menor disponibilidade docente para o estudante.

“(...) não nos deu feedback dos trabalhos, ou de qualquer outra situação que lhe tivéssemos colocado durante o estágio ... Todos os trabalhos que desenvolvi nesse estágio, não sei o que fiz bem ou o que fiz mal, pois não tive qualquer feedback... A avaliar pela nota que tive deduzo que não deveriam estar assim tão mal... De qualquer modo, era importante ter recebido feedback para em situações futuras não cometer os mesmos erros, ou simplesmente para poder melhorar...”(EA12:22)”.

A propósito deste tipo de situações Caires (2001), salienta a necessidade de estrutura no *feedback* que é fornecido ao estudante. De acordo com a autora, o *feedback* não poderá cingir-se ao docente “ter uma ideia clara e global” da forma como ocorreu a atuação do estudante. O professor deve ser capaz de passar essa ideia para um discurso coerente,

claro e bem organizado que o estudante seja capaz de compreender, o que implica a fundamentação dos seus comentários e critérios em aspetos concretos da performance do estudante, focalizando-se especificamente naquilo que o estudante fez bem, no que fez mal e no quê e no como poderá melhorar.

Impreparação do professor para a função supervisiva

Uma crítica geralmente tecida ao supervisor da escola prende-se com a impreparação docente para a função supervisiva. Aspetos como a segurança para gerir e tomar decisões ou a ausência de conhecimento prático, sobressaem dos discursos discentes como evidências da impreparação docente percebida.

“(...) nós tínhamos também a noção de que nem todos os professores estavam preparados para nos orientar... Alguns eram muito hesitantes, ora davam uma indicação ora davam outra completamente oposta... Além de não estarem preparados, notava-se ainda que os conhecimentos práticos nem sempre eram sólidos e, por isso, quando alguns de nós fazíamos perguntas mais ligadas à prática, eles contornavam o assunto...” (EA8:55).

Resultados semelhantes são referidos por Simões *et al.* (2008), Simões (2004) e Silva e Silva (2004). De acordo com os autores, os supervisores da escola são apontados pelos supervisores clínicos por não possuírem a destreza e a segurança exigível para a prática de cuidados.

Outra crítica geralmente tecida ao supervisor da escola prende-se com o cariz demasiado teórico com que rege a sua orientação, fruto do seu afastamento da prática clínica.

“Há escolas, cujos professores não exerceram na prática, estão afastados há imenso tempo, como podem fazer uma boa orientação? São meros “teóricos” só sabem ensinar o que está nos livros, porque em frente ao doente, aí a coisa é diferente!... Na nossa escola não é o caso, mas eu vi desses professores em alguns locais de estágio, estavam mesmo “desfasados” da realidade... (EA6:30).

A este propósito alguns autores salientam que os docentes estão afastados da prática clínica e, por isso, fazem um ensino que adjectivam de “vago”, “desinserido da realidade”, “descontextualizado” ou, mesmo, “irrealista” considerada a realidade atual do trabalho nas organizações de saúde (Simões *et al.*, 2008; Simões, 2004; Silva e Silva, 2004).

Em **síntese**, parece existir um conjunto de variáveis com potencial para condicionar a relação entre professor e estudante e inclusive desvirtuar o valor formativo que a prática

poderia ter. Entre essas variáveis parecem estar o próprio ambiente afetivo-relacional entre professor e estudante; os aspectos relacionados com a avaliação, a maior ou menor disponibilidade do professor para orientar|acompanhar o estudante e, ainda, a (im)preparação docente para o exercício da função supervisiva.

3.2.6 Interação|integração na equipa de Enfermagem

Consideradas as evidências que temos vindo explicitar ao longo deste trabalho, parece claro que a dimensão relacional joga um papel fundamental na socialização profissional do jovem candidato a enfermeiro. Com efeito, são múltiplas e distintas as interações com as quais o estudante se vê confrontado durante os ensinamentos clínicos, considerada a vasta panóplia de atores que povoam os contextos profissionais da saúde (utentes|família, médicos, auxiliares de ação médica, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros), entre os quais, naturalmente, o grupo dos enfermeiros ganha especial destaque. Parece assim ser desejável que o estudante seja inserido no seio de uma equipa de Enfermagem que esteja disposta não só a acolhê-lo mas, sobretudo, que saiba criar as condições necessárias à potencialização do seu desenvolvimento e bem-estar no decurso do ensino clínico. Muito embora seja esperado que tais circunstâncias estejam à partida asseguradas, a verdade é que nem sempre é este o “cenário” encontrado pelo estudante. De acordo com os sujeitos do estudo, fatores como o “tipo de interação estabelecida com a equipa de Enfermagem” e “chefias de Enfermagem pouco acessíveis” poderão estar na génese de algumas resistências à desejável integração do estudante na equipa de Enfermagem (Figura 46).

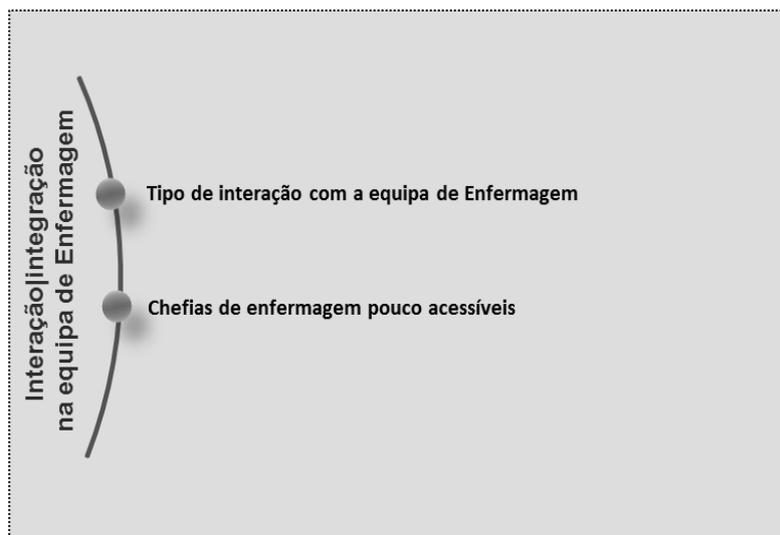


Figura 46 – Categoria “Interação|integração na equipa de Enfermagem”

Tipo de interação com a equipa de Enfermagem

Se por um lado, a integração do estudante depende do seu esforço em se colocar em sintonia com a cultura da equipa de Enfermagem da qual se pretende “tornar membro”, a verdade é que sendo este um processo bidirecional, essa mesma integração depende, também ela, do grau de acolhimento manifesto pela equipa ao “novo elemento”. De acordo com os professores e estudantes do estudo, nem sempre o clima no seio das equipas parece ser propício à integração do estudante ou facilitador do seu desenvolvimento pessoal e académico. Por exemplo, situações existem em que as equipas são muito fechadas e pouco acolhedoras, manifestando pouca disponibilidade para interagir com o estudante ou para apoiá-lo nas suas dúvidas e dificuldades.

“(...) Por vezes, as equipas de Enfermagem são fechadas e não facilitam a integração dos estudantes. Eu vivi uma situação num serviço de urgência de um hospital central, muito, muito difícil. Tratava-se de uma equipa que não era apenas fechada, era mesmo hostil aos estudantes....” (FG8:13).

“(...) a maior parte das equipas com que tenho contactado mantêm sempre aquela distância: “Nós somos os profissionais, tu és o aluno, nós mandamos, tu obedeces e não nos incomodes muito...”. São poucas as equipas que verdadeiramente se preocupam em acolher-nos bem, são muito fechadas nelas mesmo, mostram pouca disponibilidade para nos apoiar ou esclarecer dúvidas...” (EA13:1).

As dificuldades de adaptação|integração do estudante no seio da equipa de Enfermagem poderão ainda estar relacionadas com a sensação de estar “constantemente sob pressão” e a ser “posto à prova”. Procurando ilustrar tais perceções, os professores descrevem situações em que o estudante é questionado pelos enfermeiros de forma “pouco cuidada” em frente aos utentes ou vê a sua atividade ser interrompida de forma “súbita e

humilhante” perante as suas dificuldades e hesitações na realização de determinado procedimento.

“(...) nas reuniões de estágio eles queixam-se da “pressão” que a equipa de Enfermagem exerce sobre eles... Eles narram situações em que a equipa deliberadamente cria situações desconfortáveis... Dizem, por exemplo, que são questionados de forma pouco cuidadosa em frente ao doente ou que são interrompidos de forma quase humilhante face à sua ineficácia ou hesitação na realização de determinado procedimento... Estão constantemente a colocá-los à prova e eu acho que ninguém aprende sobre pressão constante... (FG9:41).

A par da melhor/pior aceitação e acolhimento por parte da equipa de Enfermagem, um outro indicador relevante do grau de (não) integração do estudante no seio da equipa de Enfermagem prende-se, de acordo com os discentes, com a não adesão desta às atividades académicas programadas no âmbito do ensino clínico, considerando que as mesmas poderiam eventualmente representar uma oportunidade de actualização, de formação contínua e de desenvolvimento profissional para os profissionais que aí trabalham.

“(...) No meu último estágio, por acaso, tivemos uma taxa de adesão dos enfermeiros muito grande às apresentações dos trabalhos que fizemos. Nos estágios anteriores, tivemos muito pouca adesão, talvez dois, três participantes... Às vezes fico com a sensação de que subvalorizam os nossos trabalhos ou que os assuntos abordados não são assim tão pertinentes... Facto é que eles se envolvem pouco nas nossas coisas... também nós não pertencemos aos serviços...” (EA10:26).

Para Serra (2011), um aspeto que poderá ser fortemente condicionado pelas posturas identificadas nos profissionais que incorporam as equipas de Enfermagem, é o sentido de inclusão e de pertença. Para o autor, ainda que nos momentos iniciais de qualquer ensino clínico o que mobilize o estudante seja fundamentalmente uma lógica de sobrevivência e procura de segurança, num contexto físico e social que desconhecem; num segundo tempo, o que emerge parece ser, primeiramente, a necessidade de serem reconhecidos como pessoas e, em segundo lugar, como elementos da equipa em que se inserem. O sentimento de pertença de inclusão num grupo constitui assim uma condição indispensável ao desenvolvimento de sentimentos de segurança e à construção identitária discente (Serra, 2011; Martinot, 2009; Levett-Jones *et al.*, 2008).

No sentido de contribuir para colmatar as dificuldades de interação entre estudante e equipa de Enfermagem, Martins (2009) aponta algumas das características que idealmente estas deveriam possuir: ser recetiva à supervisão do estudante; demonstrar interesse pela sua formação; “ver” o estudante como elemento integrante da equipa;

demonstrar disponibilidade para o apoiar no decurso do ensino clínico; ser sensível às suas necessidades; fazer com que se sinta à vontade; dar *feedback* relativamente ao seu desempenho e ser capaz de o motivar para a aprendizagem.

Na Tabela 116, apresentam-se os indicadores que originaram a categoria discutida:

Tipo de interação com a equipa de Enfermagem - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• Pouca disponibilidade da equipa de Enfermagem para interagir com o estudante• Dificuldades relacionadas com a “pressão” exercida pela equipa de Enfermagem sobre o estudante• Pouca disponibilidade da equipa de Enfermagem para colaborar apoiar o estudante no desenvolvimento das atividades académicas previstas

Tabela 116 - Subcategoria "Tipo de interação com a equipa de Enfermagem"

Chefias de Enfermagem pouco acessíveis e diretivas

Um outro fator que, na continuidade dos anteriores, poderá explicar alguma dificuldade na interação|integração do estudante na equipa de Enfermagem parece estar relacionado com as próprias chefias. Sob esta moldura, posturas “distantes”, “pouco acessíveis” e “diretivas” por parte dos enfermeiros-chefes, parecem transmitir sentimentos de insegurança e ansiedade ao estudante, cuja influência se faz repercutir não só ao nível do seu desempenho quotidiano mas também nas expectativas quanto ao seu sucesso ou insucesso académico:

“(…) a enfermeira chefe, na minha opinião, era uma pessoa distante, pouco acessível e muito directiva. Era um bocado complicado trabalhar com ela nos projetos do serviço conjuntos em que nos envolveu. Colocava-se sempre numa postura que nos deixava muito pouco à vontade... Nesse estágio, andei sempre muito ansiosa e insegura pois estava sempre com a sensação de que iria chumbar, além do mais tal já tinha acontecido com outros colegas nesse mesmo serviço...” (EA4:9).

Um outro aspeto que se evidencia como condicionador da interação|integração do estudante no seio da equipa parece estar relacionado com posturas “muito stressadas” das chefias de Enfermagem. Tais posturas parecem influenciar o ambiente no seio da equipa e, conseqüentemente, a relação da equipa e do enfermeiro supervisor com o estudante, condicionando os comportamentos e atitudes deste último.

“(…) No meu estágio de cuidados intensivos, a enfermeira-chefe era “muito stressada” e passava esse stress para a equipa toda, o que por vezes os “desnorteava”... Apesar de o meu orientador ser uma pessoa calma e responsável, havia dias em que também ele se deixava contaminar pelo ambiente gerado e é claro que isso se repercutia na forma como ele me orientava... Nesses dias, eu não sabia nem o que dizer nem o que fazer...” (EA5:26).

De acordo com Caires (2001), o papel dos gestores, embora possa ser pontual e algo distante, deve ser no mínimo “caloroso”, por forma a reforçar no estudante o sentido de pertença ao grupo|serviço.

Em **síntese**, podemos salientar que para os estudantes e docentes deste estudo, o tipo de acolhimento efetuado pelas equipas de Enfermagem e o grau de acessibilidade das respectivas chefias parecem ser fatores decisivos quer no que respeita à integração do estudante na equipa de Enfermagem quer no que toca ao desenvolvimento de sentimentos de pertença à mesma.

3.2.7 Interação com os pares (estudantes)

Se, no subcapítulo relativo ao valor formativo da prática para o estudante, a interação entre estudantes é legitimada como fator facilitador do seu desenvolvimento académico e da sua socialização profissional; nesta seção do estudo, os estudantes não deixam contudo de apontar algumas incongruências que poderão colocar em causa e até comprometer o valor dessa mesma interação. Entre essas incongruências destacam-se, por exemplo, a competitividade entre os estudantes e também a manifestação de “posturas menos adequadas” por parte de alguns colegas, durante os ensinamentos clínicos (Figura 47).

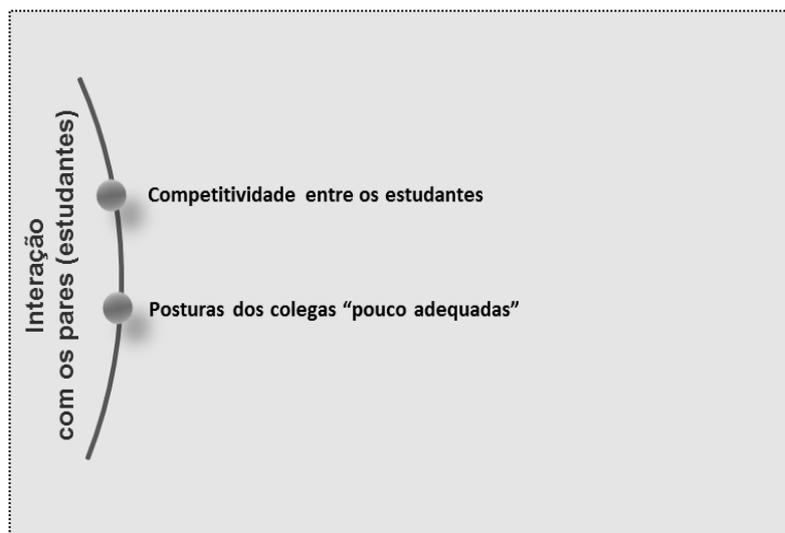


Figura 47 - Categoria "*Interação com os pares (estudantes)*"

Competitividade entre os estudantes

De acordo com o anteriormente evidenciado, a interação entre estudantes nos contextos profissionais é descrita como um aspeto facilitador da coesão do grupo e do espírito de equipa. Porém, segundo os discentes entrevistados as relações entre estes podem também ser modeladas por lógicas de competição interpessoal.

“Quando há muitos alunos no mesmo local de estágio, é uma grande confusão... É demais, é muita opinião, muita sugestão, muita maneira diferente de ver e fazer as coisas e todos se acham melhores que os outros... Depois é assim: “Eh pá, o meu colega já consegue fazer isto e eu não...”, Depois há um grupo ou outro que está mais avançado, por exemplo, em termos de integração, depois há outros que não estão tão integrados e acabam por se retrair, enfim, apesar de também existirem algumas vantagens, para mim existiam essencialmente desvantagens...” (EA8:52).

A falta de espírito de equipa manifesta-se, por exemplo, na dificuldade do estudante trabalhar em grupo, quando em ensino clínico. Com efeito, contrariamente a outras investigações (Sim-Sim *et al.*, 2013; Rua, 2009; Martins, 2009; Fernandes, 2007; entre outros), a partilha de informação e de materiais, bem como a reflexão conjunta acerca de casos clínicos e/ou da avaliação formativa, parece constituir um fator inibitório para alguns dos estudantes.

“Nas situações em que estamos um grupo da mesma escola, também não é fácil... Há sempre umas certas barreiras, pois não estamos todos no mesmo nível de aprendizagem nem temos todos a mesma forma de encarar o estágio... Depois é chato! Acontecia muitas vezes, em que tínhamos que trabalhar em grupo, mas há sempre os “penduras” e os que se acham “melhores que os outros”... Eu não gosto de trabalhar em grupo e muito menos que aquilo que faço seja criticado pelos meus colegas... e quer os professores quer os orientadores insistiam muito nessa metodologia...” (EA4:89).

Em concordância com o referido anteriormente, Cruz *et al.* (2010) e Claudino e Cordeiro (2004) referem que as situações que requerem que o estudante fique exposto em público, como a apresentação oral de trabalhos ou seminários, avaliações orais ou a participação em intervenções de Enfermagem que impliquem elevados níveis de exposição, ainda que seja num clima entre colegas, docentes e orientadores, tais práticas podem ser geradoras de ansiedade e insegurança excessiva nos estudantes.

Posturas dos colegas “pouco adequadas”

Pela análise dos dados, é possível constatar que a interação dos estudantes com os seus pares parece ser bastante condicionada pela forma de ser|estar de cada estudante em ensino clínico. Por exemplo, posturas “pouco adequadas”, podem desencadear

sentimentos ambíguos e até constrangimentos que podem não só condicionar a relação entre estudantes mas também entre estes e o enfermeiro supervisor ou o docente, conforme testemunha o seguinte excerto dos seus discursos:

“(...) por outro lado, ouvia também comentários por parte dos orientadores sobre os meus colegas e sobre as coisas menos corretas ou atitudes menos corretas deles... e depois era: “Como é que é possível alunos da mesma escola, da mesma turma e não terem nada a ver uns com os outros... O teu colega fez isto... O outro perante a situação X comportou-se muito mal...”. Eu ficava constrangido com esses comentários... Sinto que fico ali com uma certa pressão de representar a faculdade e, por outro lado, embora não concorde com as posturas desses colegas, não posso fazer comentários que de alguma maneira os possam prejudicar...”(EA4:90).

Para Serra (2011), apesar de terem uma representatividade mínima, as relações entre estudantes durante o ensino clínico podem variar conforme o contexto, os grupos etários, a turma, o espírito de competição ou de entreatajuda, a pertença ou não à associação de estudantes e a natureza da relação académica. Sob este prisma, o tipo de interação que é estabelecida entre cada elemento do grupo com os restantes, bem como com o enfermeiro supervisor ou o docente, pode desencadear dinâmicas de alianças e oposições entre estudantes dando lugar a distintos comportamentos, nomeadamente: “de competitividade”, “de ajuda ao próximo” ou o “de trabalhar para si”, que no entanto também podem ser objeto de regulação intragrupal.

Em **síntese**, a competitividade entre estudantes e posturas menos adequadas durante o *practicum*, são reconhecidas pelos próprios como atitudes capazes de condicionar não apenas a interação entre pares mas, também, o próprio processo de ensino-aprendizagem.

4. MUDANÇAS CURRICULARES QUE PODEM CRIAR CONTEXTOS MAIS FAVORÁVEIS AO INCREMENTO DAS POTENCIALIDADES FORMATIVAS DA PRÁTICA

Da análise dos discursos foi possível desocultar um conjunto de ideias que traduzem as expectativas dos sujeitos quanto à formação desejada na componente prática da formação inicial em Enfermagem que, eventualmente, poderão constituir um contributo válido para a (re)conceptualização do respetivo currículo. Essas expectativas, vão desde a necessidade de repensar as finalidades e objetivos da formação, passando pelas estratégias, organização formal e formadores desejados (sejam eles supervisores clínicos ou docentes). São ainda objeto de análise as características dos contextos consideradas ideais e as relações interinstitucionais ambicionadas (academia-contextos de trabalho), para lá do discurso normativo (Figura 48).

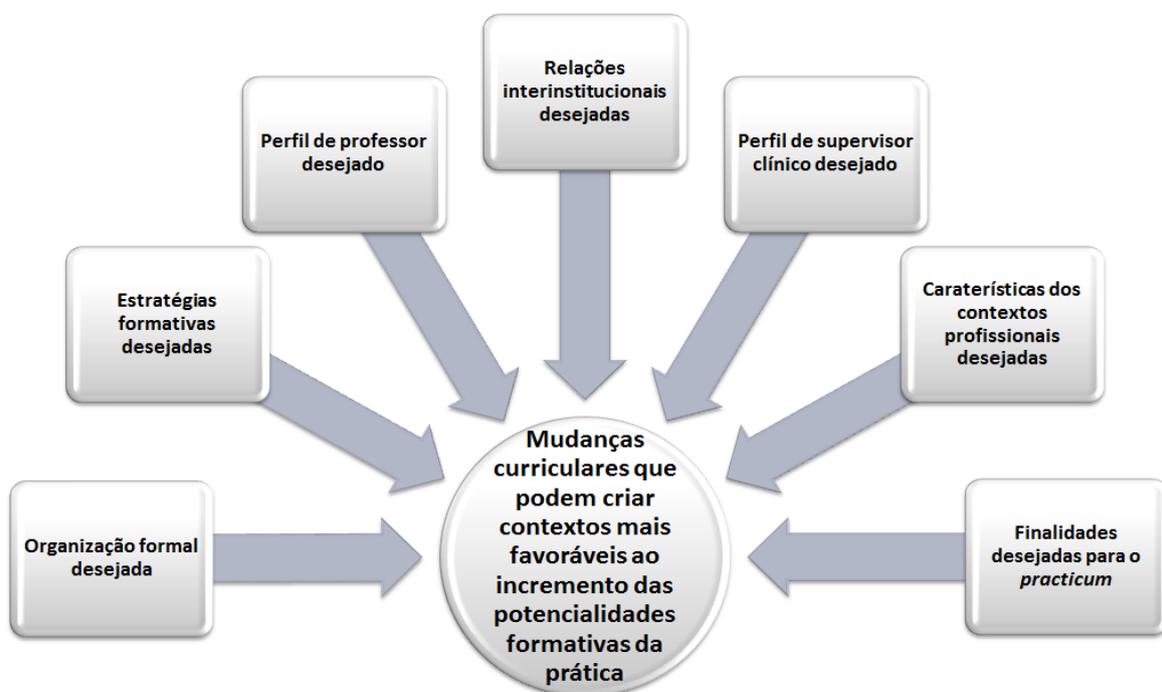


Figura 48 - Tema "*Mudanças curriculares que podem criar contextos mais favoráveis ao incremento das potencialidades formativas da prática*"

4.1 Organização formal desejada

Quer docentes quer discentes manifestam uma forte preocupação com os aspetos organizativos e formais intrínsecos ao desenvolvimento da componente prática da formação inicial em Enfermagem. Aspiram a uma formação clínica que permita um contacto direto e progressivo com as situações reais de trabalho e que estimule o estudante ao desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e atitudes de forma

integrada e harmoniosa de acordo com a fase de desenvolvimento em que se situam. Desejam ainda, que a colaboração direta ou indireta neste processo formativo seja um contributo efetivo para a formação contínua de todos os atores implicados no mesmo. Porém, para atingir tais desideratos, os sujeitos consideram ser condição *cine qua non* haver uma profunda reforma em termos organizativos e formais, que passa por aspetos tais como: o planeamento, condução e avaliação do ensino clínico ser da exclusiva responsabilidade da escola; existência de incentivos|contrapartidas ou, inclusive, considerar a possibilidade de profissionalizar a função supervisiva; a função supervisiva não ter um carácter impositivo; criação de programas de integração docente na função supervisiva; manutenção da formação inicial em Enfermagem em regime de alternância; desenvolvimento de estratégias que visem a manutenção de uma boa atmosfera afetivo-relacional entre os atores diretamente envolvidos no processo formativo; manutenção de um *ratio* supervisivo que garanta a qualidade do processo de ensino-aprendizagem e, ainda, formalização da avaliação de desempenho do supervisor clínico (Figura 49).

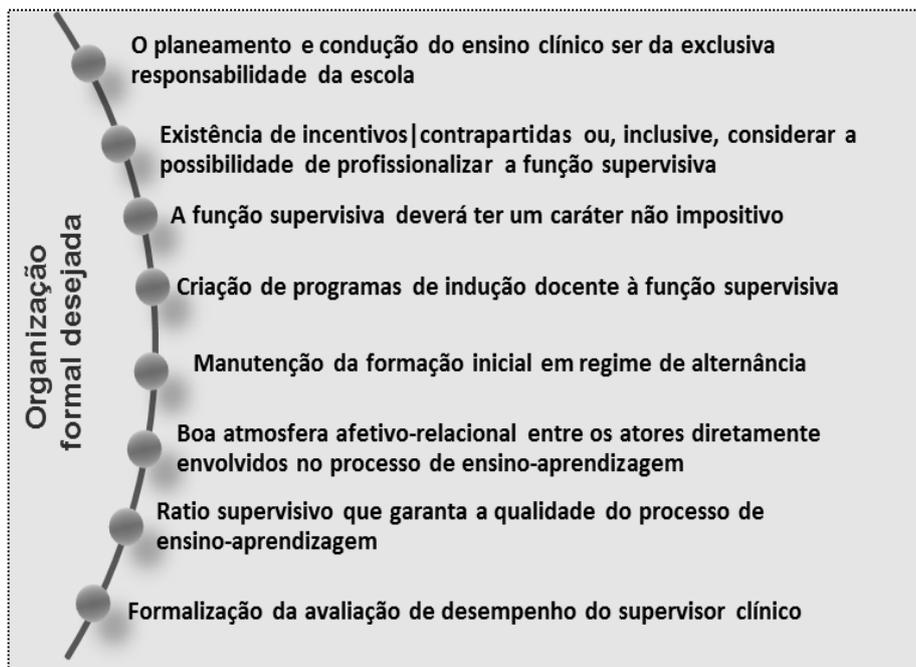


Figura 49 - Categoria "Organização formal desejada"

O planeamento e condução do ensino clínico ser da exclusiva responsabilidade da Escola

Os professores deste estudo são peremptórios em afirmar que a responsabilidade do processo formativo deve ser exclusivamente da escola. Consideram ainda que devem ser

os próprios docentes a supervisionar o ensino clínico, acompanhando e mediando as aprendizagens dos estudantes.

“(...) acho que nos cabe a nós esse papel de planeamento e condução pedagógica do estágio... Para mim, os professores deveriam ir para o terreno durante os estágios e serem eles a supervisionar todo o processo de desenvolvimento do aluno...” (FG3:35).

Contrariamente aos resultados por nós obtidos, em outros trabalhos cujos sujeitos são supervisores clínicos, é defendida a ideia de que o acompanhamento dos estudantes deve ser feito exclusivamente por enfermeiros dos contextos de trabalho (Simões *et al.*, 2008; Longo, 2005; Simões, 2004; Carvalho, 2004; Silva e Silva, 2004; Bento 2001a). Entre as razões apontadas para tal entendimento estão, por exemplo, o afastamento docente da prática e a desvalorização dessa mesma prática; os docentes praticarem um ensino desinserido da realidade e, ainda, o acompanhamento discente não ser presencial em todos os ensinamentos clínicos. Por seu lado, Abreu (2007; 2003) sublinha a importância do apoio e colaboração dos enfermeiros dos contextos, porém, salienta que o acompanhamento do estudante deve ser feito num ambiente colaborativo entre o docente e enfermeiro supervisor num contexto de complementaridade, coresponsabilidade e proximidade e nunca numa lógica de nenhum ator se substituir a outro.

Associado ao pensamento anterior, professores e estudantes consideraram também que deveriam ser as instituições de ensino a:

- escolher os contextos para a realização dos ensinamentos clínicos

“Se calhar tentava chamar-lhe à atenção para estar atento a (...) quais os contextos que, naquele momento, podem corresponder melhor aos objetivos do estágio... Isto para mim [a escolha dos contextos] é de importância extrema!... Se um contexto, no ano anterior, não correspondeu às expectativas, relativamente aos objetivos do ensino clínico, no ano seguinte, procuro não colocar lá alunos!...” (FG11:12).

“(...) escolher os locais de estágio é fundamental, escolher bem os locais para que os alunos tenham oportunidade de atingir os objetivos delineados para esse ensino clínico parece-me por demais importante, pois nem sempre isso acontece...” (EA3:3).

- selecionar os enfermeiros supervisores

“Paralelamente à escolha dos contextos, eu também gostava de poder interferir e selecionar os orientadores que orientam os nossos alunos, porque às vezes essa escolha passa por critérios, ou melhor, por uma ausência total de critérios!...” (FG10:23).

De acordo com alguns autores (Novo, 2011; Serra, 2007; Abreu, 2007; Carvalhal, 2003), a seleção de supervisores para a orientação|supervisão de estudantes em ensino clínico, deve assentar em critérios como a formação, a competência e conhecimento disciplinar e, também, pedagógico. De uma forma um pouco exaustiva, embora revelando uma profunda preocupação com esta área da formação, Franco (2000) discrimina um conjunto de critérios formais que considera fundamentais à seleção de supervisores: “(...) *um concurso documental, complementado por entrevista, sempre que o júri entenda por conveniente, do qual poderá constar: proposta do enfermeiro (expressão da motivação), declaração do hospital (categoria, tempo de serviço na Enfermagem, categoria e serviço) e o curriculum (formação, experiência profissional na instituição, serviço e categoria, bem como trabalhos realizados)*”(p.47).

Por outro lado, os docentes consideram ainda que deveria ser a própria escola a formar os supervisores que colaboram nos respetivos ensinamentos clínicos.

“(...) o “ideal desta coisa toda” [leia-se supervisão em ensino clínico] era nós formarmos os orientadores aqui na escola e, depois, estarem na prática connosco. Era o ideal dos ideais, pois assim, estávamos todos na mesma linha de ideias, a seguir os mesmos autores, logo a mesma filosofia de cuidados...” (FG3:13).

Conclusões semelhantes foram obtidas em outros trabalhos (Macedo, 2012; Garrido *et al.* 2008; Dixe, 2007; Longo, 2005; Carvalhal, 2003). Garrido *et al.* (2008) são categóricos em afirmar que cabe à escola formar os intervenientes na formação, de modo a uniformizar critérios de orientação e de avaliação dos estudantes em ensino clínico, incentivando-os a um maior envolvimento no processo de ensino-aprendizagem. Tal posição é reiterada pela OE (2010), no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional, ao defender a necessidade de “seleccionar” e “formar” supervisores segundo determinados “critérios” para o desempenho específico deste papel. Por seu lado, Nóvoa (1988), referindo-se à formação de professores, sublinha ainda que “(...) *face às rápidas mutações tecnológicas e à desactualização constante dos conhecimentos (...), o sucesso educativo passa pela capacidade das escolas [assumirem um papel preponderante, proporcionando formação na área da supervisão clínica em Enfermagem e] formarem indivíduos capazes de se reciclarem permanentemente...*”(p.12).

Na Tabela 117, reúnem-se os indicadores relativos à subcategoria analisada.

O planeamento e condução do ensino clínico ser da exclusiva responsabilidade da Escola - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • A responsabilidade do processo formativo ser exclusiva da escola • Ser o próprio professor a fazer a supervisão dos estudantes • A escola poder seleccionar os contextos mais adequados aos objetivos do estágio; A escola poder seleccionar os supervisores clínicos; • A escola poder escolher os locais de estágio • Ser o próprio estabelecimento de ensino a formar os supervisores

Tabela 117 - Subcategoria "O planeamento e condução do ensino clínico ser da exclusiva responsabilidade da Escola"

Existência de incentivos|contrapartidas ou, inclusive, considerar a possibilidade de profissionalização da função supervisiva

Os professores do presente estudo são unânimes em considerar que o supervisor clínico deve ser recompensado pela sua colaboração na supervisão de estudantes em ensino clínico. Porém, se dúvidas não existem relativamente à atribuição de incentivos, o mesmo já não se passa quanto ao género de incentivos a atribuir. Objetivamente, as opiniões docentes parecem dividir-se entre a atribuição de incentivos de valorização curricular e a instituição de recompensas financeiras ou redução do tempo de prestação de cuidados pelo desempenho da função supervisiva.

“Os orientadores dos nossos estudantes acabam por ficar, em vez de menos carregados de trabalho, ficam mais, porque têm os utentes que é suposto terem e mais os estudantes e depois é assim: - E que contrapartidas? Eu acho que isto está muito na base de: - E que contrapartidas é que nós damos – nós instituições, entenda-se – aos enfermeiros que orientam os nossos alunos? Não deveriam eles ser pagos por esse acréscimo de trabalho, ter redução de horário na prestação de cuidados ou ter acesso a formações a preços inferiores ou até gratuitas?!” (FG3:1).

Ainda refletindo sobre a escassez de incentivos ao desempenho da função supervisiva, um grupo de professores vai mais longe e equaciona a possibilidade da profissionalização desta função.

“(...) enquanto nós não exigirmos às próprias instituições políticas que olhem seriamente para a componente prática da nossa formação, para que haja de facto um “alargamento do quadro”, e as pessoas dos contextos que colaboram na orientação dos estudantes possam fazê-lo de uma forma mais profissional, nada mudará... Eu pensava que o Modelo de Desenvolvimento Profissional vinha dar um “empurrão” à profissionalização dos supervisores clínicos, mas afinal ficou apenas pela regulação do acesso à profissão e pela certificação dos contextos clínicos... Não deixa de ser um ganho, ainda que indirecto, mas não resolve o problema da forma como é feita a supervisão dos alunos...” (FG7:6).

Com efeito, um dos aspetos críticos com que se debatem as instituições de formação e da saúde no momento da assinatura de protocolos de colaboração e da operacionalização dos ensinos clínicos prende-se com a política de cooperação e

atribuição de incentivos ou recompensas. Apesar dos normativos legais evidenciarem a necessidade de colaboração das unidades de saúde e dos seus enfermeiros na formação clínica do estudante (Diretiva 2005/36/CE do Parlamento e do Conselho Europeu; Portaria nº 799-D/99; Portaria nº 195/90 de 17 de Março) e essa atividade estar inscrita também em vários documentos reguladores publicados pela OE (Parecer nº 51/2012; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2010; Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, 2003), verifica-se que o enquadramento legal da função supervisiva permanece vago e impreciso.

Na literatura parece existir unanimidade em termos de concordância quanto à necessidade de serem atribuídas recompensas|incentivos aos enfermeiros que colaboram na supervisão de estudantes no âmbito da formação inicial em Enfermagem (Novo, 2011; Silva *et al.*, 2011; Garrido *et al.*, 2007; Serra, 2007; Longo, 2005; Carvalho, 2004; Silva e Silva, 2004; Carvalhal, 2003; Nunes e Rego, 2002; Franco, 2000), porém, quando se procura perceber concretamente como fazê-lo, verifica-se a existência de alguma dispersão de opinião. Nunes e Rego (2002), por exemplo, para quem o incentivo ao desempenho passa pelo reforço de fatores emocionais e psicológicos, defendem o conceito de “salário emocional”, definindo-o como “(...) *um contexto psico-motivacional em que o trabalhador – qualquer que seja a sua profissão ou o nível de desempenho – se sente remunerado por fatores não materiais*”(p.140). Garrido *et al.* (2007), apresentam um conjunto de propostas de incentivos centrados essencialmente em aspetos curriculares: reconhecimento e valorização curricular; redução|isenção de propinas na frequência de cursos, mestrados e doutoramentos; participação em projetos de investigação na área das ciências da saúde; utilização de recursos pedagógicos (bibliotecas, laboratórios, etc.); reconhecimento ao nível da avaliação de desempenho e certificados comprovativos do desempenho da função supervisiva. Por seu lado, Serra (2007), Longo (2005) e Carvalho (2004) defendem que, para além do reconhecimento dos enfermeiros em termos curriculares, devem ser instituídos benefícios de ordem financeira, uma vez que a função supervisiva implica não só um acréscimo de trabalho mas também de responsabilidade, com implicações ao nível da gestão dos turnos, do horário e inclusive da vida pessoal. Ainda acerca de formas de compensação do supervisor clínico, Novo (2011), à semelhança de Franco (2000), verificou que a modalidade de incentivo mais valorizada pelos sujeitos do seu estudo (supervisores clínicos), é o reconhecimento|valorização curricular (recorrendo,

por exemplo, à atribuição de unidades de crédito em formação pós graduada), seguindo-se o acréscimo de vencimento e, por último, a redução do tempo de serviço.

Pela nossa parte, baseados na nossa própria experiência profissional como docente e enfermeiro, concordamos com os docentes do estudo que sugerem a possibilidade de equacionar a “profissionalização” da função supervisiva. Tal pensamento não é inédito, uma vez que, já em 2003 Carvalhal de modo arrojado propunha que “(...) numa próxima remodelação da carreira profissional de Enfermagem, deveria ser estudada a hipótese da criação da categoria profissional de enfermeiro orientador, ao nível de enfermeiro especialista, que seria uma categoria vocacionada para os aspetos da formação, nomeadamente da formação em serviço e da formação de novos profissionais”(p.178). Recentemente, também Amaral (2016) veio defender este ponto de vista, sublinhando que a supervisão clínica integra as competências comuns do enfermeiro especialista.

Com efeito, num momento em que o quadro normativo exige aos enfermeiros uma formação de nível superior, o seu ensino, especialmente na componente prática, não pode ser deixado ao acaso do jeito ou da vocação de cada um e, muito menos, pode ser atribuído como tarefa adicional, administrativa e aleatoriamente distribuída pela hierarquia funcional, pelo que urge repensar o enquadramento da função de enfermeiro supervisor, apesar de termos a noção de que tal decisão acarreta custos acrescidos. Acresce ainda partilhar a convicção pessoal de que só se pode preservar uma profissão, quando esta é assumida pelos próprios profissionais transmitindo o seu saber às gerações vindouras.

Os indicadores respeitantes à subcategoria debatida são os que agora se apresentam sistematizados na Tabela 118.

Existência de incentivos contrapartidas ou, inclusive, considerar a possibilidade de profissionalização da função supervisiva - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Existirem contrapartidas não necessariamente financeiras pelo exercício da função supervisiva</i> • <i>Existir abertura para a possibilidade de profissionalização da função supervisiva</i>

Tabela 118 - Subcategoria "*Existência de incentivos/contrapartidas ou, inclusive, considerar a possibilidade de profissionalização da função supervisiva*"

A função supervisiva deverá ter um caráter não impositivo

Considerando que nem sempre os enfermeiros dos contextos são auscultados sobre se querem ou não participar na supervisão dos estudantes e que a sua seleção nem sempre tem em conta se estes são (ou não) detentores da formação, conhecimento e competências necessárias a um exercício supervisivo de qualidade, os professores, reivindicam a voluntariedade do enfermeiro para o exercício supervisivo.

“Foi aquilo que eu falei há pouco, o orientador não devia ser orientador por imposição, porque o enfermeiro chefe decidiu... Deviam ser questionados [os enfermeiros] se querem ou não ter alunos, deveriam ser voluntários para fazer a orientação ... Se assim fosse, tudo correria melhor...” (FG8:23).

Tais resultados coincidem com os obtidos por Longo (2005). Para o autor, foi curioso constatar que embora a quase totalidade dos sujeitos do seu estudo (supervisores clínicos) assumissem gostar de exercer a função supervisiva, destacam negativamente e com algum desagrado, o caráter impositivo com que algumas vezes lhes era proposta a colaboração nos ensinamentos clínicos e a supervisão dos estudantes pelas respectivas chefias.

Criação de programas de indução docente à função supervisiva

As responsabilidades solicitadas aos professores durante os ensinamentos clínicos são múltiplas e de âmbito muito diverso, pelo que os professores do presente estudo consideram fundamental a existência de programas de indução docente à função supervisiva, especialmente se o professor se encontrar em início de carreira.

“Tem que haver sempre esse cuidado [com os professores em início de carreira]. Tem que haver um programa de integração. Uma professora, no início de carreira, não pode ser deixada sozinha, tem de ser dado um qualquer apoio, durante o tempo que a pessoa ache necessário para que se sinta capaz de atuar sozinha e de forma autónoma, eu acho que isto é importante e fundamental...” (FG3:41).

Os resultados obtidos encontram-se em linha com a investigação que tem vindo a ser desenvolvida no âmbito da formação de professores, ao demonstrar que a falta de apoio nos primeiros anos da carreira docente pode comprometer a qualidade do ensino e, conseqüentemente, marcar de modo negativo o desenvolvimento profissional do professor (Almeida, 2012). Acresce dizer, que a falta de formação pedagógica para o exercício da docência no ensino superior em geral e, especificamente no ensino de Enfermagem, constitui também um contributo inequívoco para ampliar as dificuldades docentes durante os períodos de indução à profissão, nomeadamente, no âmbito da componente prática, naturalizando até certo ponto o exercício da docência (Almeida,

2012; Gonçalves, 2012; Costa, 2011; Pereira, 2007; Nunes, 2003), como de resto foi evidenciado na primeira parte do estudo. Sob esta moldura, é nosso entendimento que um melhor conhecimento dos problemas vividos pelo “professor neófito” durante a componente prática da formação inicial em Enfermagem, por via da investigação, poderia constituir uma estratégia interessante quer para a definição de uma política educativa no âmbito da componente prática na formação inicial em Enfermagem quer para a criação de dispositivos capazes de facilitar a profissionalização dos professores em início de carreira e o desenvolvimento profissional dos restantes.

Manutenção da formação inicial em Enfermagem em regime de alternância

De acordo com os resultados obtidos, o modelo curricular apoiado na alternância parece reunir o consenso de estudantes e professores. Este modelo de formação parece ser o ideal para que o estudante possa mobilizar e (re)construir o seu conhecimento no campo de ação que vai ser a sua prática profissional, num diálogo permanente com as situações e os atores que nelas atuam, nomeadamente, os profissionais de Enfermagem e os outros elementos da equipa multidisciplinar, incluindo a pessoa, a família e/ou elementos significativos. Talvez por isso, os sujeitos deste estudo não demonstram vontade de experimentar outras formas de organização curricular, que sabem serem praticadas em outras escolas.

“Eu continuo, apesar de tudo, a defender a prática da alternância... Para o ensino de Enfermagem, a alternância responde perfeitamente às exigências formativas do plano de estudos na medida em que, desde o primeiro ano, previamente ao contacto com a profissão e com todos os atores implicados, o aluno tem acesso a todo um conjunto de informação teórica que lhe permite sustentar a sua ação e também a aquisição de conhecimento novo...Eu sei que em outras escolas só começam a estagiar no terceiro ano mas, pessoalmente, não concordo nada com isso...” (FG4:17).

“(...) ontem no estágio, ouvi o que estava a dizer a mãe dum aluno do 2º ano que estava lá internada, (...). Disse que a nossa escola nos prepara muito bem para a prática e que isso se devia ao facto de nós termos a teoria e de seguida irmos logo para estágio e aí termos a oportunidade de experimentar tudo aquilo que tínhamos aprendido antes e isso ser assim desde o primeiro ao último ano do curso... Ela até utilizou a expressão de que nós tínhamos uma grande “bagagem prática”...” (EA1:7).

A formação em alternância remete-nos para um modelo de formação onde o elemento dominante do processo formativo são os contextos de trabalho e as aprendizagens que neles ocorrem por via do desenvolvimento da inteligência na ação (Cabrito, 1994). Apesar de não ser isento de críticas (Carvalho, 2004; Cabrito, 1994), este modelo possibilita o contacto do estudante com os contextos profissionais durante períodos

relativamente longos, permitindo entre outras coisas: a articulação constante entre o saber teórico e o saber prático; a exploração sistemática das diferentes aprendizagens; a aferição contínua das aprendizagens realizadas nos dois espaços de formação; a aprendizagem progressiva das regras e normas a respeitar e, sobretudo, uma integração gradual do estudante no contexto|organização (Cabrito, 1994), possibilitando-lhe uma socialização antecipada na profissão de Enfermagem e nas organizações de saúde.

Boa atmosfera afetivo-relacional entre os atores diretamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem

Um ambiente excessivamente “formal”, “rígido” e “avaliativo” emerge dos discursos discentes, como condição capaz de influenciar negativamente o modo como o estudante se apropria das situações de trabalho e, conseqüentemente, o tipo de representações que constrói acerca da profissão. Sob esta perspectiva, os estudantes dizem ser desejável que, durante os ensinamentos clínicos, os atores diretamente envolvidos no processo supervisory procurem suscitar uma atmosfera afetivo-relacional, menos formal e rígida.

“(...) talvez fosse importante que houvesse um ambiente menos formal, menos rígido e menos avaliativo, pois isso, por si só, causa nervosismo e ansiedade ao aluno, compromete o seu desempenho e conseqüentemente a avaliação...” (EA2:34).

De acordo com alguns autores (Garrido *et al.*, 2008) o foco da supervisão é a mudança de comportamentos e a aquisição de competências profissionais. Porém, para que tal mudança ocorra é necessário criar “(...) uma atmosfera afetivo-relacional e cultural positiva, de entre-ajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária” (Alarcão e Tavares, 2003:61) entre todos os atores direta ou indiretamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem clínico. Por outro lado, é ainda necessário que saibam trabalhar de forma colaborativa, colocando-se e colocando à mútua disposição “(...) o máximo de recursos e potencialidades, de imaginação, de conhecimentos, de afetividade, de técnicas, de estratégias de que cada um é capaz” (Idem), a fim de que os problemas que surjam no decurso do ensino clínico sejam devidamente identificados, analisados e resolvidos.

De modo a sistematizar as ideias subjacentes à subcategoria discutida, apresentam-se os indicadores que a originaram na Tabela 119.

Boa atmosfera afetivo-relacional entre os atores diretamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem - Indicadores

- *Existência de uma boa atmosfera relacional entre supervisor e aluno*
- *Existência de um ambiente menos formal e rígido*

Tabela 119 - Subcategoria "*Boa atmosfera afetivo-relacional entre os atores diretamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem*"

Ratio supervisorio que garanta a qualidade do processo de ensino-aprendizagem

A integração do ensino de Enfermagem ao nível do Ensino Superior Politécnico foi, inequivocamente, um marco decisivo para a formação em Enfermagem, porém não totalmente isento de constrangimentos. Um dos seus efeitos menos positivos, foi o aumento da procura do curso e o conseqüente incremento do número de estudantes nas turmas, situação que veio levantar dificuldades organizativas, nomeadamente no que respeita à componente prática da formação, em que houve um aumento substancial do número de estudantes nos locais de estágio. Decorrente desta realidade os *ratios* supervisor|estudante bem como professor|estudante tornaram-se de difícil gestão. Neste âmbito, e porque vivenciaram a situação anteriormente descrita na primeira pessoa, os discentes entrevistados defendem que o número de estudantes por docente e/ou supervisor deve ser reduzido de modo a que possam aceder a um ensino prático de qualidade. Especificamente no que respeita à orientação efetuada pelos enfermeiros dos contextos, os estudantes consideram que o *ratio* ideal será de um 1:1, isto é, um estudante para um supervisor.

“(...) obviamente que a metodologia de orientação ideal é de um para um: um enfermeiro para um aluno. Eu senti-me mais apoiado e os momentos nos estágios que foram mais produtivos foi quando tive um orientador só para mim... Nesses estágios, eu podia esclarecer todas as minhas dúvidas e ainda sobrava tempo para nos conhecermos em termos pessoais, portanto, para mim o ideal é o ratio de um orientador para um aluno...”
(EA2:4).

Como justificativa para tal opinião, os estudantes referem que numa relação dual, a proximidade entre supervisor e supervisionado induz a uma interação exigente e rigorosa, na qual o supervisor por um lado apoia o estudante mas, simultaneamente, lança-lhe desafios “forçando-o” a perspetivar “um cuidado individualizado”, contribuindo desse modo para o desenvolvimento integral do estudante (em termos de competências relacionais, instrumentais e sistémicas):

“(...) como o orientador só me orientava a mim, diariamente, estava sempre em “cima de mim” e desafiava-me. Estava sempre a dizer: “Atenção, já estás numa etapa em que tens

de progredir, tens que fazer isto, tens que fazer aquilo, tens que saber ler nas reacções dos doents, etc., etc....”, e isto não era só ao nível técnico mas também ao nível relacional, interpessoal e humano... Sobretudo na vertente humana... Como a orientação era individual, de um para um, isso fazia com que houvesse mais exigência e rigor. Eu acho que este é o cenário desejável para qualquer estágio...” (EA1:10).

Conclusões semelhantes foram obtidas em outros estudos na área da formação clínica em Enfermagem (Sim-Sim *et al.*, 2013; Fernandes *et al.*, 2012; Novo, 2011; Martins, 2009; Rua, 2009; Simões *et al.*, 2008; Paulino, 2007; Belo, 2003; Fonseca, 2004; Franco, 2000). Do ponto de vista docente, Fonseca (2004), refere que um elevado número de estudantes em ensino clínico implica um aumento considerável do número de locais de estágio por docente, situação que, como já evidenciámos, se traduz em condições de trabalho docente desfavoráveis que, em última análise, poderá condicionar a qualidade da supervisão assegurada e a própria qualidade dos cuidados. Já do ponto de vista dos estudantes, Franco (2000) defende que um *ratio* estudante|supervisor baixo, garante um acompanhamento mais personalizado, maior estabilidade de aprendizagem, maior envolvimento dos supervisores no processo de ensino-aprendizagem e maior disponibilidade de ambos os atores para o docente.

Os indicadores relativos à subcategoria discutida são os constantes da Tabela 120.

Ratio superviso que garanta a qualidade do processo de ensino-aprendizagem - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Que o ratio superviso seja de um aluno para um supervisor</i>• <i>Que seja proporcionada ao aluno uma supervisão que seja exigente e rigorosa</i>

Tabela 120 - Subcategoria "Ratio superviso que garanta a qualidade do processo de ensino-aprendizagem"

Formalização da avaliação do desempenho do supervisor clínico

Na procura de melhores resultados para a componente prática da formação inicial em Enfermagem, a avaliação do desempenho do supervisor clínico, é apontada pelos discentes como uma ferramenta fundamental.

“Uma coisa que eu faria sempre, em todos os estágios, era fazer uma avaliação formal do desempenho dos orientadores, onde participassem professores, alunos e o próprio enfermeiro-chefe, no intuito de possibilitar melhorias e corrigir algumas lacunas relativamente a alguns profissionais que colaboram na orientação dos alunos em estágio.” (EA15:24).

Considerando que a função de supervisor clínico é voluntária, logo, isenta de qualquer regulação, dificilmente se poderá aplicar atualmente, de modo formal, o critério da

avaliação de desempenho. Por outro lado, avaliar o desempenho implica observação, descrição, análise e interpretação da atividade para que, posteriormente, seja possível tomar decisões relativamente ao supervisor clínico, nos âmbitos pedagógico, administrativo, salarial, etc.. A avançar com tal proposta, tal como aflorado anteriormente, implicaria necessariamente a profissionalização desta função e, por conseguinte, ponderar e refletir sobre o que é que consideramos que o supervisor clínico é, o que é que consideramos que ele faz de específico e distinto, como é que consideramos que ele aprende a ser e a fazer o que entendemos ser a sua função, como é que ele se desenvolve ao longo da sua vida profissional e, naturalmente, como é que consideramos que sabemos que a função foi cumprida, e de que forma podemos diferenciar esse cumprimento (Rodrigues e Peralta, 2008). Apesar da ideia avançada ser bastante interessante, a nossa experiência no terreno e a situação político-económico-social vivida pelo país atualmente, conduz-nos a pensar que dificilmente a mesma poderá ser concretizada num período de cuto-médio prazo.

Em **síntese**, longe do ideal, o *practicum* a que aspiram os professores e estudantes auscultados, implica um conjunto de alterações que envolvem quer o próprio processo de ensino-aprendizagem clínico quer os atores com responsabilidade direta no mesmo. No que respeita ao processo de ensino aprendizagem propriamente dito, consideram que a responsabilidade do seu planeamento, condução e avaliação deve ser única e exclusivamente da escola (porém com a colaboração dos contextos profissionais); que devem ser desenvolvidas estratégias promotoras de uma boa atmosfera afetivo-relacional entre os atores que compõem a tríade educativa (professor-estudante-supervisor) e, ainda, que seja mantido um *ratio* supervísivo que garanta a qualidade do processo de ensino-aprendizagem clínico. Concordam, no entanto, que o processo formativo deve ser mantido em regime de alternância. Relativamente aos docentes, ambicionam o desenvolvimento de programas de indução docente à função supervísiva (especialmente se o professor se encontra em início de carreira) e redução da carga de trabalho em termos gerais. No que toca aos enfermeiros supervisores, consideram que os mesmos devem receber incentivos|contrapartidas pelo desempenho da função supervísiva; que a função supervísiva não deve ser imposta aos enfermeiros dos contextos profissionais, mas sim de participação voluntária e, ainda, que a função supervísiva deve ser formalizada e, nesse caso, deve então ser objeto de avaliação de desempenho.

4.2 Estratégias formativas desejadas

Subjacente aos discursos docente e discente emerge o pensamento de que ensinar não é apenas transferir conhecimento mas criar possibilidades para a sua produção (Freire, 2002). Sob este prisma, os participantes rejeitam as estratégias formativas que privilegiam um ensino transmissivo|reprodutivo e fechado, centrado nas pessoas do professor, do supervisor ou no saber, no qual os atores criam limites e barreiras ao estabelecimento de uma relação profissional entre si. Contrariamente, os sujeitos do presente estudo dizem valorizar estratégias formativas colaborativas, próximas das que caracterizam a formação de adultos, comprometidas com a educação do estudante, a sua autonomia e a auto-regulação das suas aprendizagens (Veiga Simão *et al.*, 2008; Veiga Simão & Flores, 2006). Neste âmbito, consideram ser fundamental que na componente prática da formação inicial em Enfermagem haja co-responsabilidade individual e coletiva no desenvolvimento de ações de colaboração interinstitucional; que o ensino prático seja mais personalizado; que o ambiente estabelecido propicie o desenvolvimento de ações de reflexão na e sobre a prática; que haja um maior investimento no ensino prático e, ainda, que exista uniformidade entre os critérios de exigência e avaliativos entre professor e enfermeiro supervisor clínico (Figura 50).

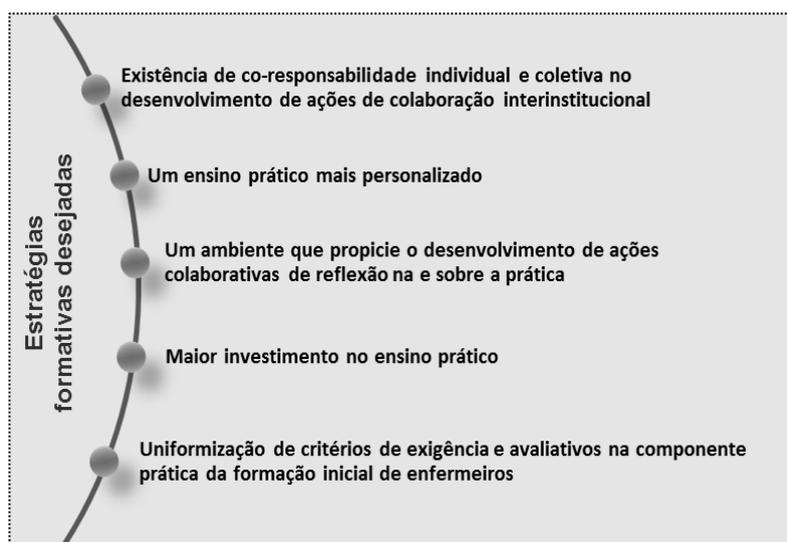


Figura 50 - Categoria "Estratégias formativas desejadas"

Existência de co-responsabilidade individual e coletiva no desenvolvimento de ações de colaboração interinstitucional

Em linha com o recomendado em diversas pesquisas realizadas por diferentes autores (Soares *et al.*, 2014; Macedo *et al.*, 2013; Macedo, 2012, 2010; Araújo *et al.*, 2012; Garrido *et al.*, 2008; Simões *et al.*, 2008; Abreu, 2007, 2003; Longo, 2005; Simões,

2004; Franco, 2000) e com a própria legislação (Decreto-Lei nº 206/2004 de 19 de Agosto), os professores e os estudantes do presente estudo têm como anseio que os ensinamentos clínicos sejam planejados, desenvolvidos e monitorizados conjuntamente e em co-responsabilidade em termos institucionais (academia e organizações de saúde), coletivos (professores e enfermeiros dos contextos profissionais) e, inclusive, individuais (responsabilidade colaborativa intrínseca ao desempenho de cada professor e/ou de cada supervisor na singularidade da sua ação).

“Eu penso que os estágios não são uma coisa da responsabilidade só da escola ou só dos contextos, vejo como uma responsabilidade de ambos. A nível mais micro, na tríade, professor – orientador – aluno, penso que a estratégia formativa passa também pela partilha, pela co-responsabilidade, uma coisa negociada caso-a-caso, estágio-a-estágio pois cada estágio é único... Isto é o que eu acho que deveria de ser...” (FG7:15).

“Eu (...) daria a sugestão de se fazer uma reunião inicial do professor-orientador da escola com o orientador do local de ensino clínico para planearem conjuntamente o estágio e acertarem os detalhes do mesmo, para não passarem aquela imagem de que cada um trabalha para seu lado...” (EA12:22).

Reconhecendo que nem sempre tem sido devidamente explorada a colaboração|articulação formal entre os indivíduos com implicação direta no processo de ensino-aprendizagem clínico (professores, enfermeiros-chefes e enfermeiros supervisores), ficando esta sempre muito aquém dos desenvolvimentos teóricos na área (Soares *et al.*, 2014; Sim-Sim *et al.*, 2013; Macedo, 2013, 2012, 2010; Decreto-Lei nº 206/2004 de 19 de Agosto), os professores antecipam algumas sugestões cuja finalidade última é contribuir para a renovação das práticas supervisivas que se pretendem transformadoras dos sujeitos, dos contextos e da própria Escola:

- existência de um conhecimento prévio dos contextos profissionais pelos docentes e, reciprocamente, das escolas, pelos enfermeiros que colaboram na supervisão|orientação de estudantes

“Eu acho que há uma coisa muito importante nesse aspeto, que é conhecer-se muito bem o serviço, conhecer-se como é que o serviço funciona...Daí eu achar muito importante que haja um conhecimento prévio dos contextos pelo professor...” (FG12:46).

- construção e discussão conjunta de toda a documentação respeitante aos ensinamentos clínicos, incluindo a relativa à avaliação do estudante

“Acho que os documentos orientadores do estágio, como o guia, o regulamento, os guiões dos trabalhos a desenvolver, as próprias folhas de avaliação, etc., deviam ser sempre trabalhados conjuntamente, para que não surgissem situações menos próprias durante os estágios ou mesmo nas reuniões de avaliação final: “A folha de avaliação?! Bem... eu não

tive oportunidade de lê-la atentamente, nem de a preencher...”, ou então, “Eu não percebi nada desta folha, então como é que eu preencho isto?”. (FG12:53).

- nomeação de indivíduos de referência em ambas as instituições (academia e organização de saúde) que facilitem e promovam a aproximação|colaboração interinstitucional

“(...) existia uma ligação muito próxima entre a escola e o contexto de estágio, porque havia pessoas de referência quer da escola quer dos locais envolvidos no ensino clínico para combinar os detalhes do estágio, e quando havia algum problema eram também essas pessoas que os ajudavam a resolver... Portanto, existia uma gestão muito proximal e o processo de ensino-aprendizagem estava muito ligado à prática e já muito bem consolidado...” (FG4:6).

- existência de uniformidade nas estratégias e metodologias de ensino utilizadas

“(...) seria também desejável que houvesse alguma uniformidade a nível de metodologias (...) em todos os contextos, que são completamente distintos, mas que haja uma uniformidade, (...), nos processos de supervisão que são utilizados pelos docentes, não é? Acho que essa uniformização é fundamental e facilitadora da articulação entre as escolas e os serviços...” (FG13:38).

A componente prática da formação inicial em Enfermagem, pela sua singularidade, exige dos enfermeiros dos contextos de trabalho uma colaboração proficiente com os docentes da Escola, o que obriga a que sejam potenciadas sinergias entre as instituições de ensino e organizações de saúde|unidades de cuidados. O quadro normativo genérico desta colaboração, efetivado pelo estabelecimento de protocolos para a realização de ensinamentos clínicos e desenvolvimento da investigação está determinado, mas a matéria expressa nos mesmos é muitas vezes incipiente, sendo necessário a definição clara de princípios orientadores da cooperação e co-responsabilização de cada uma das partes envolvidas, situação que nos remete para a necessidade de estabelecimento de verdadeiras parcerias entre as escolas e as organizações de saúde, problemática que abordaremos mais detalhadamente adiante (Amaral, 2016; Amaral e Deodato, 2015; Mendes *et al.*, 2012; Arco, 2012; Macedo, 2012; Borges, 2010).

Terminada a análise e discussão dos dados relativos a esta subcategoria, mostram-se na Tabela 121, os indicadores relativos à mesma.

**Existência de co-responsabilidade individual e coletiva no desenvolvimento de ações de
colaboração intercontextual - Indicadores**

- *Existência de um planejamento e monitorização conjunta do ensino clínico (escola e contextos)*
- *Existência de co-responsabilidade no processo formativo entre academia e contextos*
- *Existir um conhecimento prévio dos contextos pelos docentes*
- *Discussão/aprovação conjunta dos documentos orientadores e de avaliação inerentes aos ensinamentos clínicos*
- *Existência de indivíduos de referência na articulação interinstitucional*
- *Existência de uniformidade nas estratégias e metodologias utilizadas*
- *Existir um conhecimento prévio da escola pelos supervisores*

Tabela 121 - Subcategoria "*Existência de co-responsabilidade individual e coletiva no desenvolvimento de ações de colaboração interinstitucional*"

Um ensino prático mais personalizado

Um ensino clínico mais personalizado, parece constituir uma forte reivindicação docente e discente. Com efeito, apesar de ambos os grupos de sujeitos reconhecerem que existem finalidades e objetivos formais a atingir, para que o estudante tenha sucesso em ensino clínico, consideram existir espaço para que os mesmos possam ser reconfigurados face às características individuais (estrutura cognitiva, personalidade, motivação, fatores sociais e interpessoais) e singularidade de percurso e de desenvolvimento de cada estudante. A confirmar tal pensamento estão as seguintes afirmações:

“Apesar do Plano de Estudos ter os seus objetivos definidos e o aluno ter que se enquadrar neles, e atingi-los, cabe ao professor fazer a adequação do processo de aprendizagem a cada aluno, para que este tenha sucesso no ensino clínico...” (FG6:23).

“(...) um orientador tem que reconhecer que os alunos não são todos iguais e nem todos têm os mesmos ritmos de aprendizagem. Tem que saber também, que há pessoas mais introvertidas, outras mais extrovertidas e que não é por isso que sabem mais ou menos, são apenas diferentes...” (EA11:3).

Na senda de um ensino clínico mais personalizado, ambos os grupos de sujeitos apontam um conjunto de condições que do seu ponto de vista poderão concorrer para uma aprendizagem desenvolvimentista e humanizada e, simultaneamente, para um ambiente interinstitucional proximal e interativo. Entre essas condições destacam, por exemplo:

- a possibilidade de os estudantes poderem escolher os contextos onde querem realizar os ensinamentos clínicos

“(...) eu acho que poderia ser um ganho formativo deixá-los [os estudantes] selecionar efetivamente o contexto que lhes fizesse sentido... Seria um enorme contributo para a sua implicação e desenvolvimento profissional” (FG13:36).

- o estágio de desenvolvimento do estudante ser do conhecimento do enfermeiro supervisor

“Um outro aspeto que eu acho que pode ser limitativo é, (...) o orientador não saber bem o estágio de desenvolvimento em que o estudante se encontra. Esse desconhecimento, vai fazer com que exija mais (normalmente é sempre mais), ou exigir de menos... Esta situação pode ser complicada se, por exemplo, o orientador quiser que o aluno trabalhe a seu lado como parceiro, pelo que o estágio de desenvolvimento do aluno deve ser do conhecimento mútuo, isto é, do professor e do orientador do contexto” (FG3:7).

- a exigência em ensino clínico ser gradual

“Começarem com os cuidados de saúde primários, com medicina, com cirurgia e só no final com pediatria e saúde materna. Porque têm necessidade de ter mais maturidade, mais destreza, mais bom senso... só no final têm essa maturidade daí eu achar que o processo deve ser gradual... Se se começa por coisas muito exigentes em termos de interação e de complexidade, é um desastre. É um desastre porque o aluno está muito cru...” (FG8:5).

- o número de estudantes por contexto clínico ser restringido

“(...) os locais de estágio não deveriam comportar tantos alunos ao mesmo tempo... deveriam ter dois, três alunos, não mais. (...) até um máximo de cinco alunos isto seria o ideal... Tive estágios com dois, três colegas e correram lindamente... Tivemos oportunidades para fazer de tudo...” (EA8:31).

- existência de uma relação aberta entre professor e estudante, facilitadora da exposição de dúvidas e dificuldades

“Por outro lado, tinha um tipo de relação com o meu professor, que era muito diferente da qual eu tinha tido com outros, era uma relação mais aberta, do que conheci antes em outros estágios (...), havia mais amizade entre os dois, havia mais liberdade para poder explorar as situações clínicas, quer dizer, existiu um “à vontade” maior para que eu pudesse expor sem receios as minhas dúvidas e dificuldades e, devido a isso, o estágio acabou por correr muito melhor que outros...” (EA4:1).

- nas situações de supervisão docente não presencial, as visitas dos professores aos contextos serem agendadas com antecedência

“As visitas deveriam ser planeadas, não há nada a esconder, o orientador da escola também não tem nada a esconder: “Olha vou lá estar no dia tal, vou estar à tua espera, ou tu vais estar à minha espera nesse dia...”, e isso, era bastante proveitoso para todos: o professor não “apanha secas” à espera, o orientador consegue planejar o turno de modo a estar disponível na hora combinada e o aluno fica menos stressado... Penso que no planeamento do estágio deveria ser acrescentado isso – Visitas planeadas” (EA2:30).

O conjunto de ideias apresentadas anteriormente remete-nos para uma tipologia de ensino clínico com preocupações essencialmente pessoalistas (Caires, 2001). Sob esta moldura, entre as principais responsabilidades atribuídas aos professores e enfermeiros

supervisores com comprometimento na condução do processo de ensino-aprendizagem clínica está a criação das condições necessárias à promoção do desenvolvimento pessoal (e profissional) do estudante de forma a que, ao resolver os seus próprios problemas pessoais, este possa estar mais disponível para ajudar “o outro” (utente) a enfrentar os seus.

Na Tabela 122, encontram-se coligidos os indicadores relativos à subcategoria debatida.

Um ensino prático mais individualizado personalizado - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Os alunos poderem escolher os contextos de prática</i> • <i>Deverá ser transmitida ao supervisor informação relativa ao estadió de desenvolvimento do aluno</i> • <i>Poder proporcionar ao aluno um ensino individualizado personalizado</i> • <i>A exigência em ensino clínico deve ser gradual</i> • <i>Número de alunos por contexto mais reduzido</i> • <i>Existência de uma relação aberta entre professor e estudante</i> • <i>Que as visitas dos professores aos contextos sejam agendadas com antecedência</i>

Tabela 122 - Subcategoria "Um ensino prático individualizado|personalizado"

Um ambiente que propicie o desenvolvimento de ações colaborativas de reflexão na e sobre a prática

De acordo com as opiniões de ambos os grupos de sujeitos do presente estudo, parece ser desejável e vital que docentes e supervisores clínicos desenvolvam um trabalho reflexivo-colaborativo especialmente durante a componente prática da formação inicial em Enfermagem. Partindo do pressuposto anterior, os sujeitos avançam algumas propostas que podem inspirar ao desenvolvimento de ações colaborativas de reflexão na e sobre a prática, cujas repercussões positivas não se limitarão certamente ao desenvolvimento pessoal e profissional do estudante mas, também, dos próprios professores e enfermeiros dos contextos implicados no processo formativo:

- desenvolvimento de seminários, no âmbito da supervisão clínica, destinados aos supervisores clínicos

“Há uma experiência que nós [professores] vamos fazendo aqui na escola, obviamente que isto tem a ver com o facto de nós fazermos muitas parcerias com instituições aqui da região, que são os seminários de orientadores do ensino clínico, a custo zero, para os orientadores que colaboram connosco, nos quais procuramos, de forma reflexiva e pedagógica, alertar os orientadores para as problemáticas da supervisão clínica” (FG5:27).

- desenvolvimento conjunto de pesquisas no âmbito da supervisão clínica

“(...) e também porque não colaborarem [os supervisores clínicos] em alguma investigação acerca do processo de ensino-aprendizagem ou do trabalho superviso, porque não?! Porque não colocar os supervisores, com a ajuda dos professores, a investigar sobre supervisão, sobre a forma como aprendem os alunos e o que aprendem verdadeiramente... Isto para mim é que é ter visão sobre o ensino, mas ainda estamos um pouco longe deste patamar...” (FG7:7).

- otimização das “passagens de turno” enquanto espaço formativo-reflexivo

“(...) eu acho que a passagem de turno acaba por ser um momento muito interessante em termos formativos e fundamental para o desenvolvimento do raciocínio clínico nos alunos... Se os enfermeiros da prática, especialmente os orientadores, tiverem cuidado em termos de rigor técnico e de transmissão da informação, este momento pode ser altamente formativo... Nos serviços em que há uma clara aposta nestes momentos, nós notamos que os alunos são mais consistentes nas suas argumentações clínicas.” (FG8:3).

- otimização dos momentos de avaliação formal do estudante (diagnóstica, formativa e sumativa) enquanto espaços formativos-reflexivos conjuntos

“(...) as avaliações dos estudantes em estágio, se bem orientadas e conduzidas, podem constituir-se verdadeiros momentos formativos para todos os intervenientes, pois para além da avaliação do estudante podem avaliar-se as condições em que esse estágio está a decorrer ou decorreu e, ainda, o desempenho de cada ator nesse âmbito, podendo tirar-se ilações importantes para estágios futuros...” (FG11:10).

- criação de espaços e disponibilidade para a reflexão conjunta sobre as práticas

(...) Penso que teria sido muito útil terem existido tempos destinados a refletir sobre as situações que vivi, quer com o orientador quer com o professor, já que se tratou de um estágio riquíssimo, mas que na minha modesta opinião foi subaproveitado...” (EA4:3).

- reforço do uso de metodologias reflexivas durante o ensino clínico

“O aluno precisa de ser estimulado a refletir! Às vezes, é a escrever que pensa e raciocina sobre as situações... Outras, é através do questionamento, outras é a observar, outras é pelo desafio do orientador ou do próprio professor... Não havendo essas oportunidades para refletir, muitas coisas importantes podem passar-nos ao lado, ignoramo-las por completo...Por isso é importante que a escola continue a apostar nas estratégias que nos levam a refletir sobre tudo aquilo que fazemos nos estágios...” (EA4:36).

De acordo com Nóvoa (2009), é urgente a criação de *“(...) um tecido profissional enriquecido e a necessidade de integrar na cultura docente, um conjunto de modos colectivos de produção e de regulação do trabalho”* (p.16). Neste âmbito, a colaboração entre professores e supervisores clínicos adquire uma importância acrescida, daí a necessidade do seu reforço e aprofundamento. Por seu lado, os contextos profissionais devem ser percebidos como locais de formação dos atores mencionados e como espaços de análise partilhada das práticas *“(...) enquanto rotina sistemática de acompanhamento, de supervisão e de reflexão”* (Idem). O desenvolvimento profissional

docente deve assim estar associado à experiência coletiva transformada em conhecimento profissional, ao desenvolvimento de projetos educativos colaborativos nos contextos profissionais e à noção de docência como coletivo, tanto no plano do conhecimento, como no plano ético.

A Tabela 123, inclui os indicadores relativos à subcategoria antes discutida.

Um ambiente que propicie ações colaborativas de reflexão na e sobre a prática - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desenvolver seminários reflexivos sobre a atividade supervisiva</i> • <i>Incrementar a investigação acerca da supervisão clínica</i> • <i>Utilizar as passagens de turno enquanto espaço formativo</i> • <i>Os momentos de avaliação constituírem-se como verdadeiros momentos formativos</i> • <i>Existência de disponibilidade de tempo para refletir sobre as práticas</i> • <i>Reforçar a importância do uso de metodologias reflexivas durante o ensino clínico</i>

Tabela 123 - Subcategoria "*Um ambiente que propicie ações colaborativas de reflexão na e sobre a prática*"

Maior investimento no ensino prático

A evidência de que a aprendizagem no posto de trabalho se tem vindo a configurar como um novo paradigma da formação, no caso da formação inicial em Enfermagem, é sobejamente relevada quer pela literatura quer pelos próprios referenciais normativos ao definirem que a componente prática deve compreender, pelo menos, metade da carga horária total do curso. Apesar da relevância conferida, os professores do estudo consideram haver necessidade de um maior investimento no ensino clínico, quer em termos de duração quer das estratégias de ensino-aprendizagem adotadas, aspetos bem patentes no seguinte testemunho docente:

“A grande fatia do tempo curricular da formação do aluno é passada nos contextos de prática clínica. Porém, eu defendo que este tempo deveria ser aumentado e que se devia investir muito mais nesta componente em termos das estratégias de formação utilizadas, pois como diz Sá-Chaves: o estágio continua a ser o parente pobre das formações que compreendem uma componente prática...” (FG12:7).

Em linha com o pensamento docente, também os estudantes defendem que os estágios devem ter uma maior duração. Justificam tal opinião salientando, por exemplo, as dificuldades sentidas aquando da integração nos contextos profissionais face ao tempo reduzido de que dispõe para a realização da mesma.

“Os estágios deveriam ser mais longos. Por exemplo, ao nível da integração, os professores e orientadores procuravam sempre que os alunos tivessem uma, duas semanas de integração e, mesmo assim, em alguns contextos de maior complexidade, é um tempo muito curto... Ninguém percebe que é muita coisa nova para assimilar e que os alunos precisam de mais tempo para conseguirem uma integração adequada...” (EA8:29).

De facto, apesar de ao longo do curso os estudantes “sofrerem” múltiplas integrações, consoante as áreas clínicas em que realizam os estágios, trata-se sempre de algo novo e gerador de alguma ansiedade e insegurança: novas pessoas; novas formas de estar; novas profissões; novas formas de organização e gestão dos cuidados; novas estruturas físicas; novos lugares de arrumação de materiais; nova tipologia de doentes; novas patologias; novas terapêuticas, etc.. Cada processo de integração é único e cada estudante, na sua singularidade, necessita também de um tempo “pessoal e único” para assimilar e acomodar as diferentes formas de trabalho com que são confrontados.

Considerando que os estudantes no quarto ano já possuem um vasto leque de experiência e um conhecimento teórico mais profundo e abrangente, alguns docentes defendem que o último ano do curso deveria ser totalmente prático.

“Para mim o 4º ano deveria ser então um ano totalmente prático, como se fosse uma integração à vida profissional, que seria o estágio mais alargado do curso, porque já têm um leque de conhecimentos mais sedimentados e algumas competências já desenvolvidas, pelas mais diversas áreas clínicas. Eu penso assim!” (FG4:24).

Tendo em conta a realidade dos ensinamentos clínicos em Enfermagem, crescentes esforços deverão ser mobilizados pelas entidades responsáveis de modo a garantir a promoção de experiências com qualidade, que assegurem experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de serem promovidas as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz dos futuros enfermeiros. Neste âmbito, evidencia-se como necessário mover esforços com vista à conceptualização e organização dos ensinamentos clínicos de uma forma mais estruturada e intencionalizada, pelo que fatores como a duração deverão ser devidamente ponderados.

Na Tabela 124, podem ser visualizados os indicadores que compõem subcategoria analisada.

Reforço do ensino prático - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Apostar mais na componente prática da formação inicial em Enfermagem</i>• <i>Que os estágios tivessem uma maior duração</i>• <i>Ter tempos de integração nos contextos de trabalho mais dilatados</i>• <i>O último ano do curso ser totalmente prático</i>

Tabela 124 - Subcategoria "Reforço do ensino prático"

Uniformização de critérios de exigência e avaliativos na componente prática da formação inicial em Enfermagem

Independentemente da modalidade de avaliação em causa (diagnóstica, formativa ou sumativa) é essencial que se definam, à partida, critérios e níveis de proficiência claros e que estes sejam compreendidos por todos os atores intervenientes no processo avaliativo. Contudo, a elaboração destes critérios não é uma tarefa fácil nem consensual, designadamente na formação clínica em Enfermagem, onde as competências e saberes a desenvolver são de grande complexidade (Araújo *et al.*, 2012). Sob este prisma, o diálogo e o apoio entre os docentes e enfermeiros supervisores deveria constituir a base de uma avaliação homogénea e coerente com os objetivos da componente prática (Amaral, 2016; Soares *et al.*, 2014; Cunha *et al.*, 2010; Simões, Alarcão & Costa, 2008), porém tal evidência parece não ser confirmada a avaliar pelas narrativas discentes.

“(...) o que eu realmente senti foi, e de alguma forma não foi tão benéfico para nós, teve a ver com a avaliação... Se procuravam [os professores] que a avaliação fosse justa e transversal aos estágios independentemente dos locais, ou seja, que fosse similar entre professores, e entre professores e orientadores, ou pelo menos que se aproximassem umas das outras, nesse aspeto, o processo avaliativo foi em muitos estágios pouco coerente em termos de uniformidade de critérios e com os próprios objetivos do estágio, também não senti que o fosse...” (EA1:12).

Para os estudantes é fundamental que os professores saibam avaliar as aprendizagens realizadas em contexto clínico, e que apliquem as diferentes modalidades avaliativas no decurso temporal do ensino clínico para que o estudante, mediante o *feedback* obtido, possa verificar a compatibilidade existente (ou não) entre os resultados alcançados e os objetivos previamente definidos.

“Acho que, às vezes, faz falta que os professores saibam avaliar em estágio! (...) para mim os professores avaliam tudo e mais alguma coisa no ensino teórico, mas nos estágios, já não procedem do mesmo modo... Eu acho que deveria haver uma reunião, digamos assim, passado aí uma semana, semana e meia do início do estágio na qual deve estar o orientador, para que o professor percebesse e tomasse noção das impressões iniciais do orientador relativamente ao aluno e vice-versa e orientasse as coisas mediante esse feedback... Parece-me ainda importante que sejam sempre realizadas as avaliações intermédias, pois nem sempre elas são feitas em todos os estágios... Eu só posso melhorar se me disser o que fiz bem e o que fiz mal e isso não pode ser só dito apenas no final...” (EA12:26).

Sobretudo, os estudantes desejam uma avaliação da componente prática que seja formativa e inclusiva.

“(…) principalmente, não fazendo do processo avaliativo algo para reprimir ou para incutir medo... Tentar sempre mostrar ao aluno, que o processo avaliativo é algo de bom, é um momento de aprendizagem, é algo formativo e que procura incluir e não excluir, como nos dizia sempre uma professora que tivemos...” (EA2:29).

Os desafios da avaliação em ensino clínico foram profundamente estudados por Carvalho (2004). Segundo o autor, para que seja possível desenvolver um modelo de avaliação mais adequado ao perfil de enfermeiro que se pretende atingir (modelo definido pela OE) e ao modelo de aprendizagem defendido (socioconstrutivista), é necessário introduzir alterações de fundo em quatro pilares fundamentais, nomeadamente: substituir o atual modelo de avaliação por um outro de caráter qualitativo; criar uma comissão de avaliação dos ensinos clínicos; definir e explicitar os critérios de avaliação e alterar o modelo de acompanhamento dos estudantes. Para além das medidas consideradas centrais, o autor menciona ainda um conjunto de medidas secundárias, como por exemplo: melhorar o sistema de informações; valorizar o erro como instrumento de aprendizagem e aumentar a participação dos estudantes na avaliação.

Os indicadores que compõem subcategoria analisada são os constantes da Tabela 125.

Uniformização de critérios de exigência e avaliativos na componente prática da formação inicial em Enfermagem - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Uma avaliação homogênea entre professores e supervisores e coerente com os objetivos do ensino clínico</i>• <i>Que sejam aplicadas as diferentes modalidades avaliativas (diagnóstica, formativa e sumativa) no decurso temporal do ensino clínico</i>• <i>Uma avaliação da componente prática que seja formativa e inclusiva</i>

Tabela 125 - Subcategoria "*Uniformização de critérios de exigência e avaliativos na componente prática da formação inicial em Enfermagem*"

Em **síntese**, no geral, os sujeitos do estudo aspiram a uma formação assente numa estratégia colaborativa e co-responsável entre a academia e contextos profissionais. Ambicionam um ensino prático mais personalizado e, simultaneamente, facilitador da reflexão na e sobre a prática, de forma a facilitar o desenvolvimento pessoal (e profissional) do estudante. Por outro lado, não deixam de manifestar que o que sobretudo não querem é uma formação onde existam incoerências quer em termos de exigência quer avaliativos entre docente e supervisor clínico. Sublinham ainda a necessidade de haver um maior investimento nesta componente formativa.

4.3 Perfil de professor desejado

Na tríade supervisiva, o docente, enquanto supervisor da instituição escolar, desempenha um papel fundamental e de grande influência no processo de desenvolvimento pessoal e profissional do estudante, embora não tão valorizado quanto o do supervisor dos contextos profissionais (Amaral, 2016; Martins, 2009; Silva e Silva, 2004; Carvalhal, 2003), ideia da qual já demos conta anteriormente. Para além da coordenação, do planeamento e do ensino de determinadas unidades curriculares (teóricas, teórico-práticas e laboratoriais) na componente teórica, os docentes ocupam-se também da componente prática, sendo responsáveis pelo planeamento e implementação do ensino clínico no terreno e, naturalmente, pelo acompanhamento, mediação e avaliação das aprendizagens do estudante, através da supervisão direta do seu desempenho nos contextos de trabalho. O exercício da atividade supervisiva requer assim uma permanente tomada de decisão, suportada no saber (disciplinar e pedagógico), na dimensão pessoal, na reflexividade e, em grande medida, em experiências profissionais anteriormente vividas que à *posteriori* servem de alavanca à produção de conhecimento (Nascimento, 2007). Apesar da inegável importância do papel docente no processo de desenvolvimento do estudante em ensino clínico, professores e estudantes consideram que o perfil de docente de Enfermagem não responde às atuais exigências da componente prática da formação inicial em Enfermagem. Face a tal constatação, os sujeitos elencam um conjunto de requisitos aos quais os professores idealmente devem responder para que possam promover, simultaneamente, um ensino e uma prestação de cuidados, mais racional, estruturada, integrada e funcional, baseada na melhoria dos processos, aprofundamento das estratégias e reforço da articulação entre academia e organizações de saúde (Abreu, 2007). Sublinham assim docentes e discentes que, os professores devem ser detentores, nomeadamente, de: formação pedagógica; experiência profissional em Enfermagem; formação especializada na área clínica em que supervisionam os estágios; experiência supervisiva e, ainda, que estejam motivados para a função supervisiva (Figura 51).

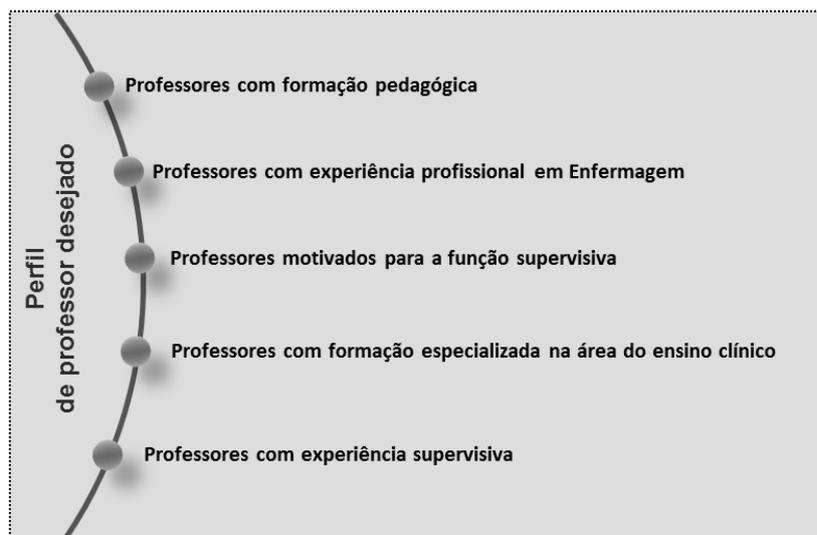


Figura 51 - Categoria "Perfil de professor desejado"

Professores com formação pedagógica

À semelhança do que ocorre no ensino superior em geral, a carreira docente em Enfermagem não exige qualquer formação pedagógica quer enquanto requisito de acesso quer posteriormente para progressão na mesma. Deste modo, o recrutamento e entrada na carreira docente, na generalidade dos casos, ocorre entre enfermeiros oriundos da prática clínica, não parecendo existir diferença entre ter conhecimento disciplinar específico e ser professor (Rodrigues, 2006), restringindo-se a formação profissional docente à formação obtida na área de Enfermagem. Talvez por isso, os professores entrevistados manifestem sentimentos de impreparação para o exercício da docência e afirmam ser desejável e necessário que os docentes de Enfermagem sejam detentores de formação pedagógica, nomeadamente, na área das Ciências da Educação, consideradas as diferentes funções (ensino, investigação, gestão e extensão) a que o professor de ensino superior é chamado a responder.

"(...) eu penso que quem está na docência tem que se manter atualizado e ter formação na área pedagógica... Preferencialmente, não digo que fosse formado em Ciências da Educação mas, pelo menos, deveria ser exigido que tivesse formação pedagógica para poder lecionar no ensino superior... Não basta saber Enfermagem, é preciso saber como ensiná-la, como transmiti-la (...) até porque há oferta formativa em Ciências da Educação para os docentes de outras áreas científicas como, por exemplo, a Enfermagem..."
(FG5:4).

Refletindo sobre a docência na componente prática da formação inicial em Enfermagem, os professores sublinham ainda que, para além de formação pedagógica, idealmente, os docentes deveriam ter também formação específica em Supervisão Clínica, enquanto contributo para a garantia de qualidade da formação clínica.

“Eu penso que para além da necessária formação pedagógica, idealmente os professores deveriam ter formação em supervisão clínica, seria um garante para a qualidade da formação prática dos alunos, uma vez que nós não temos uma formação específica para fazer a supervisão do estudante em contexto clínico, portanto, tudo o que fazemos é um pouco empírico, por jeito, ou dedicação pessoal...” (FG1:19).

A necessidade de formação pedagógica dos professores do ensino superior tem sido uma questão particularmente discutida e investigada nos últimos anos, quer a nível nacional (Almeida, 2012; Pinto, 2008; Esteves, 2005; Reimão, 2001) quer internacional (Zabalza, 2004; Imberón, 2000; Garcia, 1999). Recentemente, também no âmbito da formação em Enfermagem, esta questão tem vindo a ganhar ênfase, constituindo-se como objeto de estudo e análise. Alguns trabalhos de investigação têm vindo a realçar a impreparação docente para a função e a consequente necessidade e pertinência da criação de Departamentos de Formação Pedagógica (Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Pereira, 2007; Oliveira, 2006), com vista não só a proporcionar uma melhor preparação docente para o ensino do cuidado de Enfermagem mas também para que os professores possam desenvolver uma prática pedagógica alicerçada no conhecimento pedagógico geral e no conhecimento pedagógico de conteúdo (Shulman, 2005; 2004; 1986). Por outro lado, alguns autores, dando relevo às atuais exigências decorrentes da própria carreira docente, nomeadamente no que concerne à atividade investigativa, defendem a criação de Unidades de Investigação e grupos de investigadores em rede que facilitem e fomentem o desenvolvimento de projetos de investigação em Enfermagem, de forma a colmatar o hiato existente entre ensino, investigação e desenvolvimento profissional (Lopes *et al.*, 2013; Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Amendoeira, 2009).

A Tabela 126, podem ser observados os indicadores relativos à subcategoria emergida que versa a problemática da formação pedagógica dos professores de Enfermagem.

Professores com formação pedagógica - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Professores detentores de formação pedagógica • Professores detentores de formação em Ciências da Educação • Professores detentores de formação em Supervisão Clínica em Enfermagem

Tabela 126 - Subcategoria "*Professores com formação pedagógica*"

Professores com experiência profissional em Enfermagem

A experiência profissional em Enfermagem emerge como condição desejável no desenvolvimento da atividade docente, sendo esta fortemente valorizada pelos professores mas sobretudo pelos estudantes entrevistados. Os professores sublinham que o contacto com a prática e a experiência no terreno possibilita a aquisição de

conhecimentos que lhes permite estar atualizados e, por conseguinte, desenvolver práticas de ensino mais sustentadas. Por seu lado, os estudantes destacam positivamente o “pragmatismo” e a “objetividade” dos docentes detentores de experiência profissional em Enfermagem quer no que toca à mediação entre o conhecimento teórico e o conhecimento prático quer quanto aos objetivos a atingir no final dos ensinamentos clínicos.

“O facto de não estar na prática, uma vez que fui enfermeira de reabilitação, faz-me falta... Faz-me falta estar com os colegas da especialidade e ver as coisas modernas que saíram, os aparelhos que saíram, faz-me falta saber manipulá-los... Portanto, eu para lecionar de uma forma atualizada, tenho que ir ver, tenho que ter contacto com a prática, tenho que ter experiência no terreno...” (FG7:31).

“(...) os nossos professores têm muito conhecimento da prática, pois muitos deles exercem como enfermeiros e, por isso, foram muito claros e objetivos naquilo que nos explicavam e naquilo que queriam que nós realmente soubéssemos no final do estágio... Eles conseguem arranjar formas muito simples e práticas de nos induzir a passar da teoria à prática e da prática à teoria... Por isso, para mim a experiência dos professores enquanto enfermeiros da prática é fundamental num professor!” (EA14:5).

Aprofundando as suas reflexões acerca da necessidade de os professores terem experiência profissional em Enfermagem, ambos os grupos de sujeitos enfatizam a necessidade de os docentes possuírem conhecimento prático. Os professores justificam tal posição defendendo que têm uma maior “autoridade sobre o que ensinam” uma vez que “ensinam o que fazem”. Corroborando a opinião docente, os estudantes defendem que os professores que detêm conhecimento prático, são menos “teóricos” e “mais realistas”, pelo que transmitem a “profissão real” com propriedade, sendo isso considerado um fator facilitador não só da adaptação|integração do estudante nos contextos profissionais mas, também, do seu desenvolvimento pessoal (e profissional).

“(...) como eu já disse, eu acho uma grande mais-valia para a escola, nós estarmos todos inseridos na prática, não vimos para aqui ensinar apenas “teorias”... Esta “dualidade” dá-nos outra perspetiva da docência ou, se quiseres, da supervisão... Confere-nos uma maior autoridade sobre aquilo que ensinamos, e é facilitador para o estudante, pois, afinal de contas, ensinamos o que fazemos...” (FG1:10).

“Nesse aspeto [ter professores com conhecimento prático], eu percebo que existe uma coisa diferente na minha faculdade relativamente às outras, que eu acho que é boa e muito importante, e que é: muitos dos professores que nos dão aulas, não são apenas “teóricos”, são pessoas que estão no ativo, isto é, são enfermeiros que trabalham na área clínica em que nos dão aulas e orientam os estágios... Essa situação, para mim, faz toda a diferença, pois são “menos teóricos”, são mais práticos e mais realistas... (...) Sei de outras escolas em que os professores são “apenas docentes”. Acho que ficamos a ganhar, pois somos melhor integrados, logo adaptamo-nos melhor aos contextos...” (EA1:10).

O valor simbólico atribuído à experiência como enfermeiro no processo de “tornar-se professor em Enfermagem” tem vindo a ser evidenciado em diversos trabalhos desenvolvidos no âmbito da docência neste âmbito (Lopes *et al.*, 2013; Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011; Sebold e Carraro, 2011). Também do ponto de vista das Ciências da Educação, o conhecimento docente adquirido na prática – conhecimento de conteúdo, conhecimento dos contextos e conhecimento dos objetivos, fins e valores educacionais – é apontado por alguns autores como condição estruturante e legitimadora da ação educativa (Shulman, 2005, 2004, 1987, 1986; Sá-Chaves, 2000). Tal conhecimento parece ter valor acrescido uma vez que retira a ação docente do âmbito restrito das cognições, para a situar no quadro da praxis humana pessoalizada e éticamente responsável (Sá-Chaves, 2000).

Na Tabela 127, mostram-se os indicadores que compõem a subcategoria analisada.

Professores com experiência profissional - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Professores detentores de conhecimento profissional em Enfermagem</i> • <i>Professores detentores de conhecimento prático</i>

Tabela 127 - Subcategoria "*Professores com experiência profissional*"

Professores motivados para a função supervisiva

O gosto pela profissão de Enfermagem e pela docência bem como a motivação para a função supervisiva, são características que os professores deste estudo consideraram desejáveis e fundamentais a um exercício pleno da docência em ensino clínico, como se pode verificar no seguinte trecho dos seus discursos:

“(...) um professor só consegue ser bom professor de Enfermagem em ensino clínico, se gostar de Enfermagem, se gostar de a ensinar e, sobretudo, se estiver motivado para o desempenho dos diversos papéis que a função docente em estágio exige...” (FG9:51).

Por outro lado, os sujeitos consideram também que uma maior disponibilidade docente para apoiar o estudante e o enfermeiro supervisor poderia, em última análise, constituir-se como fator motivacional para o próprio docente, na medida em que lhe proporcionaria uma proximidade mais efetiva aos contextos profissionais e aos atores; um melhor domínio do processo de ensino-aprendizagem clínico e, inclusive, melhores resultados em termos educativos.

“(...) era desejável e até motivador que nós tivéssemos mais disponibilidade para estar com os enfermeiros do exercício que orientam os nossos alunos... Essa disponibilidade

poderia constituir-se como motor motivacional para nós, porque teríamos maior contacto com a prática e até para o orientador, porque se sentiria mais apoiado...” (FG9:61).

“(...) provavelmente, se o orientador da escola fosse todas as semanas aos locais de estágio, e tivesse disponibilidade para estar connosco para ter aquelas conversas de apoio que pareciam quase informais, sobre como estava a decorrer o estágio ou as dificuldades sentidas e não tanto para nos questionar, teria sido muito mais motivador para nós até para o próprio professor, pois teria um melhor controlo das coisas e provavelmente até melhores resultados...” (EA4:32).

Estes achados vêm assim reforçar os resultados obtidos em outros trabalhos desenvolvidos na área da componente prática da formação inicial em Enfermagem que enfatizam a motivação docente e o gosto pela profissão como características não só desejáveis (Sebold e Carraro, 2011; Martins, 2009) mas fundamentais à eficácia dos professores (Friedlander e Moreira, 2006) e ao seu desenvolvimento profissional, na medida em que influenciam na construção de soluções específicas e não *standard* num contexto que, por ser social, é sempre intersubjetivo (Sá-Chave, 2000).

A Tabela 128, congrega os indicadores subjacentes subcategoria analisada.

Professores motivados para a função supervisiva - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Professores que gostem da profissão e estejam motivados para o exercício supervisivo</i>• <i>Professores que manifestem disponibilidade para apoiar os supervisores</i>• <i>Professores que manifestem disponibilidade para apoiar os estudantes</i>

Tabela 128 - Subcategoria "*Professores motivados para a função supervisiva*"

Professores com formação especializada na área do ensino clínico a supervisionar

De acordo com a opinião dos sujeitos, revela-se vantajoso para a aprendizagem dos estudantes e securizante para os professores que estes últimos sejam detentores de formação especializada na área clínica dos estágios que supervisionam.

“Se coordenasse a escola (...) só convidava professores que eu conhecesse bem o curriculum, professores que fossem enfermeiros especialistas na área clínica do estágio, porque (...) são esses os professores que estão melhor capacitados para dar uma resposta pertinente às necessidades dos estudantes e, por outro lado, sentem-se eles próprios mais seguros no desempenho dessa tarefa...” (FG9:53).

“Claro que também tínhamos professores que sabiam da área de especialidade, sabiam do que é que estávamos a falar, não é?! Eu digo isto porque, por exemplo estive em pediatria com um professor que apenas teve pediatria quando ele próprio foi aluno, portanto, nem sequer era da área... Ele ajudava-nos nas questões mais pedagógicas, porém, relativamente aos conhecimentos de pediatria ele não podia ajudar, pois ele era de médico-cirurgia...” (EA8:36).

A reforçar o pensamento anterior, o grupo docente sublinha que os professores devem estar preparados|capacitados, para desempenharem a função de supervisor da instituição

escolar. Neste âmbito, desocultam algumas condições que consideram serem facilitadoras da assunção da função supervisiva, nomeadamente, ser especializado na área clínica em que se realiza o estágio e ter conhecimento prévio dos contextos e dos orientandos.

“Depois há também que (...) definir quem são os professores que vão supervisionar, (...) eu acho que deviam ser professores dessa área clínica, com conhecimento prévio do grupo de alunos a orientar e também dos locais onde o estágio vai decorrer, sobretudo, acho que devem ser professores que se sintam capacitados para fazer as funções de orientador de estágio...” (FG12:43)

Os dados obtidos parecem convergir com as recomendações apontadas em outros trabalhos, segundos as quais, professores e enfermeiros supervisores, desejavelmente, deverão ter formação especializada na respetiva área clínica do estágio (Amaral, 2016; Gonçalves, 2012; Silva *et al.*, 2011; Martins, 2009; Nascimento, 2007; Simões, 2007; Carvalhal, 2003). Do ponto de vista pedagógico, tal perspetiva vai também ao encontro do preconizado por Shulman (2005, 2004, 1986) e Sá-Chaves (2000) ao defenderem que o professor, no desempenho da atividade docente, deve demonstrar possuir conhecimento em várias e distintas dimensões (currículo; pedagógico geral; pedagógico do conteúdo; contextos do aprendente e suas características; objetivos, fins e valores educacionais) entre as quais, a dimensão de conteúdo na respetiva área científica.

Da Tabela 129, constam os indicadores que deram sentido à criação da subcategoria que evidencia a importância do professor de Enfermagem possuir formação especializada na área clínica em que supervisiona ensinamentos clínicos.

Professores com formação especializada na área do ensino clínico a supervisionar - Indicadores

- *Professores com formação especializada na área clínica dos estágios que supervisionam*
- *Professores preparados/capacitados para desempenharem a função de supervisor da instituição escolar*

Tabela 129 - Subcategoria "*Professores com formação especializada na área do ensino clínico a supervisionar*"

Professores com experiência supervisiva

A experiência docente na orientação|supervisão clínica dos estudantes parece ser uma característica bastante valorizada quer pelos docentes quer pelos discentes do estudo. De acordo com os docentes, o facto de terem uma larga experiência na orientação|supervisão de estudantes em ensino clínico, permite-lhes ter a segurança necessária para fazer um ensino eficaz, segundo o grau de desenvolvimento do estudante e as necessidades do utente|família. Possibilita-lhes inclusive, antecipar

situações problemáticas e acautelar outras evitando assim possíveis constrangimentos. Porém, só por si, a experiência prática parece não ser suficiente, emergindo das narrativas docentes a condição de imprescindibilidade da reflexão, enquanto instrumento individual e coletivo de análise da eficácia das estratégias desenvolvidas e como resposta às incertezas e conflitos do dia-a-dia.

“(...) eu tenho uma larga experiência em acompanhar alunos, pois oriento alunos desde o primeiro ano em que vim para a escola. Essa experiência permite-me atualmente ter a segurança e a perspicácia necessárias para fazer um ensino prático de acordo com as necessidades dos alunos e dos doentes ou famílias (...). Consigo inclusive, antecipar algumas situações e acautelar outras, evitando assim possíveis complicações... Porém, apesar de a experiência ser fundamental, como todos sabemos, só a experiência não basta, é necessário olhar para essa mesma experiência, refleti-la e retirar ensinamentos dela, de preferência em conjunto com os colegas que participaram no estágio...” (FG7:32).

A comprovar a percepção docente, os discentes dizem ser melhor orientados|supervisionados por docentes com experiência em supervisão clínica.

“(...) agora para o final do curso, face às remodelações que a escola sofreu, já não apanhamos aqueles professores que já cá estavam há muitos anos e que tinham muita experiência em orientação de estudantes, todos nós sentimos a diferença... Anteriormente, apesar da exigência, nós erámos melhor acompanhados, todos nós sentimos isso!...” (EA13:8).

Tais evidências são também confirmadas pelos participantes dos estudos de Gonçalves (2012) e Mestrinho (2011).

Em **síntese**, para os professores e estudantes ouvidos, o professor ideal deve apresentar os seguintes traços: deve ter formação pedagógica (em Ciências da Educação e|ou Supervisão Clínica); deve ter experiência profissional em Enfermagem (deve ser conhecedor do real onde os enfermeiros trabalham; conhecer os contextos onde são prestados os cuidados de saúde); deve estar motivado para a função supervisiva (mostrando disponibilidade para o estudante, supervisor clínico|equipa de Enfermagem); deve ter formação especializada na área do ensino clínico que supervisiona (isto é, deve ser cientificamente competente, atualizado e sabedor na respectiva área de atuação); deve ainda, ser detentor de experiência em supervisão clínica.

4.4 Relações interinstitucionais desejadas

Apesar da importância reiteradamente concedida à colaboração|articulação interinstitucional pela investigação e pelos próprios normativos legais (Amaral, 2016;

Amaral e Deodato, 2015; Mendes *et al.*, 2012; Arco, 2012, 2011, 2003; Borges, 2010; Garrido *et al.*, 2008; Amendoeira, 2008; Abreu, 2007; Mestrinho, 2007, 2004, 2000; Carvalho, 2006; Carvalhal, 2003; Decreto-Lei n.º 206/2004 de 19 de Agosto), na generalidade das situações, verifica-se que esta tem sido deixada ao critério de cada estabelecimento de ensino e à boa vontade dos enfermeiros da prática e das instituições de saúde, situação que se tem traduzido na penalização do estabelecimento de uma profícua e desejável colaboração entre ambas as partes. Reiterando as preocupações enunciadas, os sujeitos deste estudo consideram que urge desenvolver formas de colaboração e de trabalho conjunto entre as escolas e as organizações de saúde. Defendem, por exemplo, que devem ser estabelecidas parcerias efetivas interinstitucionais e, nos casos em que não haja lugar a tal formalização, são da opinião que deve procurar-se, a todo o custo, manter os mesmos campos de estágio para que ambas as organizações possam obter mais-valias dessa mesma colaboração (Figura 52).

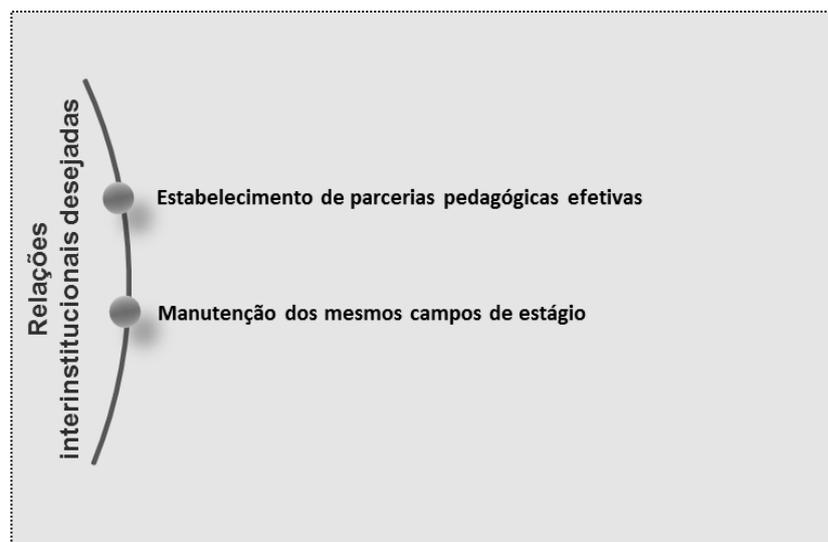


Figura 52 - Categoria "Relações interinstitucionais desejadas"

Estabelecimento de parcerias pedagógicas efetivas

O estabelecimento de parcerias pedagógicas efetivas entre escolas e organizações de saúde parece ser, na opinião dos sujeitos, um desígnio do qual ambas as instituições “não poderão escapar”, consideradas as atuais exigências do ensino superior, da profissão e a própria evolução social.

“(...) deveria haver uma maior proximidade e vinculação entre escolas e contextos. Por isso, sugiro a criação de parcerias efetivas como forma de contornar algumas das problemáticas inerentes à realização dos ensinos clínicos. Eu penso que não existe outro caminho se tivermos em atenção as atuais exigências da formação em Enfermagem, da profissão e até dos próprios utentes...” (FG5:15).

“(...) o ensino clínico deveria funcionar como um todo e haver uma boa, ou melhor, uma excelente articulação entre a escola e os locais de estágio, pois, na maior parte dos estágios nós vemos que isso não é assim... Há um grande desfasamento, no entanto, eu acho que quer os profissionais dos locais de estágio quer professores precisam uns dos outros para se desenvolverem... os enfermeiros estão melhor preparados para atuar, mas os professores sabem fundamentar melhor as razões de determinada ação, por isso, juntá-los era o ideal...” (EA3:14).

Apesar da incontornável eficácia desta estratégia demonstrada pela evidência científica, sabemos que promover e gerir processos de colaboração interinstitucional, não constitui tarefa fácil, sobretudo quando se trata de duas instituições tão distintas e de natureza tão especializada como as escolas e as organizações de saúde (Amaral, 2016; Amaral e Deodato, 2015; Arco, 2012). Todavia, alguns professores parecem otimistas e asseguram que hoje em dia “já se vai sentindo alguma diferença” quer no que toca à partilha de recursos e informação quer na produção conjunta de saberes. Referem, por exemplo, que no âmbito dos ensinos clínicos se verifica uma clara mudança na forma de estar|agir, evidenciada por uma maior proximidade entre professores e enfermeiros da prática clínica. Paralelamente afirmam, que começa a assistir-se ao surgimento de algumas iniciativas de índole cooperativa|colaborativa, nomeadamente, nas áreas da formação e da investigação.

“Há pouco tempo, no âmbito de um trabalho conjunto com uma instituição de saúde acerca da CIPE [Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem], tive oportunidade de visitar uma escola do norte do país, e eles [professores], estão muito bem articulados com os contextos em termos de estágios... Por outro lado, fazem investigação conjunta e as temáticas que investigam têm a sua génese na prática e são trabalhadas teoricamente, do ponto de vista investigativo, na Escola... Para mim, isto constitui bom exemplo de articulação, ao contrário de tudo o que conhecemos aqui em Lisboa...” (FG10:18).

Apesar de existirem alguns sinais de mudança, uma grande parte dos docentes mantem-se séptica relativamente à sustentabilidade e manutenção das parcerias entre as escolas e as organizações de saúde. Defendem a tese de que a consolidação das relações interinstitucionais não se “faz por decreto”, principalmente quando nessa parceria os modelos de gestão e de formação são demasiado volúveis e nela intervêm atores diversos cuja identidade e cultura assumem singularidades diferenciadoras. Face ao exposto, consideram ser necessário e desejável desenvolver mecanismos que vinculem os atores ao processo de parceria, particularmente, naquilo que aos ensinos clínicos diz respeito.

“(...) Apesar de eu saber que a maior parte das escolas celebrou protocolos com as instituições de saúde, ao abrigo do Decret-Lei de 2004, penso que deveriam ser desenvolvidos outros mecanismos potenciadores de uma maior vinculação entre escolas e

os contextos, de modo a facilitar a concretização dos estágios. Eu sinto que esta “pseudo vinculação protocolar” continua a possibilitar que cada contexto e cada escola continuem a atuar como sempre atuaram, impondo-se mutuamente as suas identidades e culturas, onde o desenvolvimento comum não passa de um “slogan” e a preocupação em proporcionar ao aluno as melhores condições de aprendizagem não constitui um objetivo coletivo mas sim individual, isto é, apenas diz respeito às pessoas diretamente implicadas na sua avaliação, que são o professor e o orientador do terreno...” (FG5:14).

A corroborar a opinião docente, os discentes sublinham a necessidade de professores e enfermeiros supervisores trabalharem em parceria, de modo a estarem articulados e atualizados quer em termos teóricos quer práticos.

“(...) para mim os orientadores devem manter um contacto permanente com a escola porque senão acabam por ficar “um pouco fora”, isto é, menos familiarizados com as teorias que são preconizadas na escola, nomeadamente, em termos dos modelos teóricos e das metodologias mais recentes de organização dos cuidados e até de investigação... Reconheço também, a necessidade dos professores terem um maior contacto com os contextos e com os profissionais, para que assim, possam estar também atualizados relativamente às práticas que hoje em dia se realizam nos hospitais e centros de saúde, no fundo o que se pretende é que conheçam a realidade e trabalhem em parceria...” (EA2:11).

Apesar dos constrangimentos e dificuldades identificadas, o estabelecimento de parcerias na formação em saúde em geral e na formação de enfermeiros em particular, apresenta-se como indispensável, nomeadamente, porque além da partilha de recursos e informação, permite ainda um processo de autorregulação centrado na aprendizagem, diálogo e participação propulsora do enriquecimento comum. Para tal será necessário, *“(...) mobilizar a rede formal, associada aos normativos legais e a rede informal com os seus atores-chave identificados, cuja ação se encontra ancorada em laços de amizade e confiança cimentados ao longo de uma carreira de trabalho conjunto, bem como em valores simbólicos e ideológicos da profissão”*(Arco, 2012:12).

Assim, considerada a complexidade intrínseca às redes informais, investigar as parcerias na formação em Enfermagem emerge como um possível caminho, no sentido de perceber como são conciliáveis divergências e de que forma podem ser mobilizadas estratégias rumo à definição de um projecto formativo comum, assim como, à facilitação das dinâmicas que lhe estão subjacentes. Neste âmbito, os trabalhos desenvolvidos nomeadamente por Amaral e Deodato (2015), Arco (2012), Borges (2010) e Carvalho (2006) poderão constituir um precioso contributo para desencadear o debate acerca desta problemática.

Na Tabela 130, estão dispostos os indicadores relativos à subcategoria analisada.

Existência de parcerias pedagógicas efetivas - Indicadores

- *Existência de parcerias efetivas entre Academia e as Organizações de Saúde*
- *Desenvolvimento de mecanismos que vinculem os atores ao processo de parceria*
- *Supervisores e professores que trabalhem em parceria quer em termos conceptuais quer em termos de práticas*

Tabela 130 - Subcategoria "*Existência de parcerias pedagógicas efetivas*"

Manutenção dos mesmos campos de estágio

Nos casos em que não haja lugar ao estabelecimento de protocolos de parceria entre as escolas e as organizações de saúde, alguns professores defendem que deve procurar-se manter os mesmos campos de estágio pelo período de tempo mais alargado possível. Alegam que nas situações em que a Escola “permanece” nos serviços por mais de um semestre ou em anos letivos sucessivos, isso constitui um aspeto positivo e facilitador para todos os atores diretamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem clínico, designadamente: para o docente, porque possibilita que este desenvolva relações de proximidade com os enfermeiros dos contextos e com as chefias de Enfermagem; para os profissionais, porque não têm de estar constantemente a adaptar-se às “exigências” conceptuais e formativas de diferentes escolas e, por fim, para o estudante, porque não necessita de um tempo de integração tão dilatado e porque lhe é suavizado o choque da realidade por via de uma medição docente mais eficaz.

“(…) quando não há disponibilidade para estabelecer protocolos de parceria com o hospital ou centro de saúde, eu “bato sempre muito nesta tecla” de procurar manter os mesmos campos de estágio nos semestres ou anos letivos seguintes... Quando fazia estágios em dois semestres seguidos no mesmo contexto, ou em dois anos letivos consecutivos, verifiquei que existiam ganhos para todas as partes envolvidas: as relações entre nós e os enfermeiros, inclusive com os enfermeiros-chefes eram mais fáceis e mais cordiais, (...) deixavam-nos muito mais à vontade, uma vez que já os conhecíamos e conhecíamos o contexto; para os enfermeiros, também era facilitador, uma vez que não tinham que se adaptar a uma nova escola com outra ideologia e outras formas de encarar a prática e, de algum modo, porque também lhes aliviávamos a carga de trabalho (risos)... Quem ficava a ganhar eram sobretudo os estudantes. Como nós conhecíamos bem o serviço, não necessitavam de períodos tão longos de integração e sentiam com menos intensidade a diferença entre teoria e prática e, no fundo, também eram melhor acolhidos pelos profissionais...” (FG4:52). pois

Assim, conscientes de que inúmeros saberes práticos escapam a muitos dos professores e que também muitos saberes teóricos escapam a muitos enfermeiros (D’Espiney, 1997), reforçamos a necessidade de conjugar o ensino teórico e o saber prático, num projecto formativo comum. Tal postura, conduz à necessidade de (re)centrar o debate na problemática das parcerias institucionais na medida em que se considera que só uma verdadeira articulação pode garantir a qualidade da formação dos estudantes de

Enfermagem e o próprio desenvolvimento profissional dos docentes (Amaral e Deodato, 2015; Arco, 2012, 2011; Mendes *et al.*, 2012; Borges, 2010; Mestrinho, 2007, 2004, 2000; Carvalho, 2006; Carvalhal, 2003). Percebe-se no entanto, tal como refere Arco (2012), que será um processo difícil e moroso, com avanços e retrocessos, porém continuamos a encará-lo como o melhor caminho, considerada a necessidade de profissionalização quer dos profissionais de enfermagem quer dos docentes.

Em **síntese**, ao enunciar o tipo de relação desejada entre a academia e as instituições de saúde, a opinião dos sujeitos converge num pensamento único: urge estabelecer parcerias efetivas entre ambas as organizações. Quando tal não for viável, os docentes consideram ser desejável a manutenção dos mesmos locais de *practicum* pelo maior período de tempo possível.

4.5 Perfil de supervisor clínico desejado

Apesar da centralidade do papel do enfermeiro supervisor no processo de formação clínica do estudante, a literatura da especialidade continua a salientar que muitos profissionais assumem a função de supervisor clínico sem estarem devidamente preparados e/ou conscientes do que significa a assunção de tal papel (Rodrigues, 2007). Outros autores frisam que face à “*falta de pessoal treinado para levar a cabo essa tarefa*” (Garrido, 2005:13), as práticas supervisivas ficam muito aquém da evidência científica nesta área (Macedo, 2012; Silva *et al.*, 2011), situação que deixa perceber o desfazamento atualmente existente entre o perfil de supervisor clínico “real” e o “desejável”. Assim, conscientes de que na atualidade o enfermeiro supervisor deve possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e atitudes que lhe permitam agir simultaneamente como perito da prática de Enfermagem e pedagógico (Carvalhal, 2003), professores e estudantes enumeram um conjunto de requisitos que consideram fundamentais à definição de um “perfil profissional” de supervisor clínico. Nesse sentido, julgam ser desejável que este possua, designadamente: formação pedagógica; experiência profissional; formação especializada na área do ensino clínico a supervisionar; características pessoais facilitadoras da relação pedagógica e conhecimento técnico-científico sólido. Acresce ainda referir que, de acordo com os estudantes, a idade e o género dos supervisores são variáveis com pouca ou nenhuma influência sobre o tipo de relação pedagógica que é desenvolvida entre estudante e supervisor clínico (Figura 53).

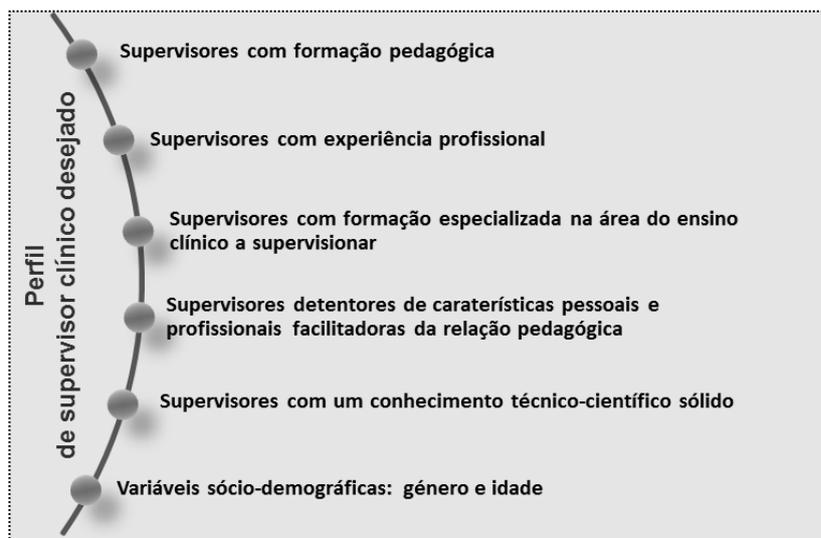


Figura 53 - Categoria "Perfil de supervisor clínico desejado"

Supervisores com formação pedagógica

A necessidade de os supervisores clínicos deterem formação pedagógica para o exercício da função supervisiva, é uma condição unanimemente reclamada quer pelos professores quer pelos estudantes. De acordo com ambos os grupos de sujeitos ouvidos, a participação na supervisão de estudantes em ensino clínico, não deveria ter um carácter tão eventual ou aleatório mas, contrariamente, deveria ser mais vinculativa, mais formal, devendo ser exigido a todos aqueles que desejam exercer a função de supervisor clínico, que fossem submetidos a um programa de formação específico para a área formativa.

“(...) relativamente aos orientadores penso que todos deveriam ter formação pedagógica para orientar os alunos, (...) não deveria ser orientador quem quer, mas apenas aqueles que estivessem habilitados para a função...Deveria inclusive existir um programa formativo específico, para que aí, adquirissem capacidades de análise e de conceptualização das situações clínicas e ficassem mais habilitados a ajudar os alunos a refletir e a desenvolverem-se profissionalmente...” (FG10:25).

“(...) Se me pergunta se eu acho benéfico que eles [orientadores da escola] tenham alguma habilitação, algum conhecimento pedagógico ou mesmo formação em supervisão, sem duvida que sim... Eu considero até que nenhum professor deveria poder leccionar sem ter essa formação...” (EA2:10).

Aprofundando o pensamento anterior, os docentes defendem que deveria ser publicada legislação com vista à regulação da componente prática da formação inicial em Enfermagem, na qual fossem definidas as funções dos atores diretamente envolvidos no processo educativo clínico (professores e supervisores clínicos), bem como os critérios necessários à candidatura dos enfermeiros dos contextos profissionais ao exercício

supervisivo clínico. Entre os critérios considerados indispensáveis, “possuir formação pedagógica”, volta a ser destacado como condição incontornável e fundamental ao desenvolvimento de uma formação clínica de qualidade.

“Deveria existir uma Lei que regulasse de forma mais específica a formação clínica dos estudantes e o papel dos orientadores nesse âmbito e, ainda, os requisitos necessários para que os enfermeiros da prática pudessem participar na mesma. Um dos requisitos seria obviamente possuir formação pedagógica e, se assim fosse, talvez a orientação dos estudantes desse um salto qualitativo, uma vez que os orientadores estariam mais conscientes do seu papel...” (FG9:27).

Reiterando a opinião docente, os discentes consideram que “ser um bom enfermeiro” é condição necessária mas não suficiente para ser um “bom supervisor clínico”. Defendem por isso, a necessidade de o supervisor possuir formação pedagógica e, também, alguma disposição pessoal para transmitir o conhecimento prático ao estudante;

“Na minha perspetiva não basta ser um bom enfermeiro para orientar bem o aluno, é necessário que esse enfermeiro saiba também como transmitir o conhecimento na prática, o que implica ter formação pedagógica para isso e, também necessário existir alguma vontade pessoal para orientar...” (EA6:11).

identificar as suas necessidades de formação ou, ainda, para que possa sentir-se apto a

“Se o orientador não tiver formação para orientar alunos, corre o risco de não se aperceber e deixar passar muitas coisas e, mais à frente, não só o aluno sairá prejudicado, mas também o próprio orientador, uma vez que, vai passar a ideia ao professor da escola de que não foi capaz de reconhecer as necessidades de formação do aluno e intervir atempadamente...” (EA14:11).

envolver-se nos seus projetos académicos:

“Para ser franca, acho muito importante que o orientador de estágio tenha formação pedagógica e até investigativa, para assim poder ajudar-nos nos trabalhos e nas pesquisas que nós fazemos, para atingir os objetivos de estágio. É importante que ele esteja envolvido, até para que esses trabalhos não sejam tão teóricos e espelhem bem o trabalho por nós desenvolvido nos locais de estágio...” (EA14:3).

Refletindo um pouco mais profundamente sobre esta questão, alguns docentes e também discentes, consideram que uma formação pedagógica genérica pode não ser suficiente para assegurar a desejável qualidade do processo supervisivo e, por isso, recomendam que os supervisores sejam detentores de formação específica, isto é, em supervisão clínica. Tal aspiração, resulta essencialmente da necessidade dos enfermeiros dos contextos colmatarem as dificuldades sentidas no acompanhamento dos estudantes,

considerado o desconhecimento das estratégias supervisivas e metodologias pedagógicas e didáticas adequadas à sua atividade enquanto formadores na prática.

“Em ensino clínico é fundamental ter pessoal, entenda-se tutores, bem treinados e que tenham formação em supervisão clínica para poderem orientar convenientemente os alunos pois, como todos sabemos, este aspeto continua a ser uma zona problemática dos estágios, uma vez que os orientadores não têm qualquer conhecimento pedagógico ou didático...” (FG4:12).

“Eu penso que atualmente é essencial, e deveria ser exigido, que o orientador tenha conhecimentos de supervisão clínica, inclusive a nossa escola disponibiliza esse tipo de formação...” (EA15:12).

Garrido *et al.* (2008) e Fernandes *et al.* (2012), defendem ser incontornável a necessidade de existência de uma política de formação sustentada, quer no sentido da melhoria da qualidade na formação inicial em Enfermagem quer do incremento da formação e do desenvolvimento profissional de enfermeiros e docentes.

Sem esquecer que a formação dos supervisores não pode ser considerada um "deus ex machina" (Perrenoud, 1993:94), perfilhamos porém o pensamento de Wideen e Tisher (1990 citado por Rodrigues, 2006:76), segundo o qual: "(...) *se queremos dar aos jovens a melhor educação é basilar dar primeiro uma boa formação aos que os vão ensinar*". Ponderando nesta premissa, consideramos fundamental, que todos enfermeiros que colaboram na supervisão de estudantes em ensino clínico sejam submetidos a programas de formação que lhes possibilitem, nomeadamente, a aquisição de conhecimento pedagógico geral e conhecimento pedagógico de conteúdo (Shulman, 2005, 2004, 1986), enquanto ferramentas facilitadoras da sua ação enquanto formadores.

A Tabela 131, compreende os indicadores relativos à subcategoria apreciada.

Supervisores com formação pedagógica - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Supervisores com conhecimentos / formação pedagógica</i>• <i>Supervisores conscientes do seu papel no processo formativo</i>• <i>Supervisores que saibam transmitir os conhecimentos ao aluno</i>• <i>Supervisores que saibam identificar as necessidades de formação do aluno</i>• <i>Supervisores que tenham conhecimentos que lhes permitam envolver-se nos projetos académicos do aluno</i>• <i>Supervisores com formação em supervisão clínica</i>

Tabela 131 - Subcategoria "*Supervisores com formação pedagógica*"

Supervisores com experiência profissional

A função do supervisor é apoiar a formação e a atividade do supervisionado, tendo sempre em conta a prestação de cuidados de qualidade à pessoa/família e, ainda, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico do estudante, em conformidade com os objetivos do programa da Unidade Curricular de Formação Clínica. Neste âmbito, a experiência profissional e a perícia do supervisor clínico, emergem como aptidões particularmente valorizadas por docentes e discentes, uma vez que é através destas que o supervisor obtém reconhecimento na sua área de atuação pelos pares, utentes, estudantes e até pelos professores das escolas com as quais colabora.

“Preconizamos que o orientador seja alguém que tenha experiência profissional enquanto enfermeiro... Porém, preconizamos que essa experiência profissional não seja confundida apenas com anos de exercício, mas que corresponda à perícia, isto é, a uma experiência refletida, atuante e transformadora e, por isso, reconhecida pelos pares, pelas chefias, pelos doentes e, inclusive, pelos próprios professores que, em algumas situações acabam por convidar esses orientadores para colaborar com as escolas, e alguns até se tornam docentes...” FG6:29).

Tal pensamento parece ser reforçado pela opinião discente, uma vez que os estudantes consideram que a supervisão efetuada por um supervisor experiente permite-lhes aceder mais facilmente ao conhecimento prático e aos “truques” utilizados por estes, no sentido da ágil resolução dos problemas com que são confrontados na atividade profissional quotidiana.

“O que eu mais valorizo no enfermeiro orientador é que ele tenha experiência, que tenha perícia a cuidar das pessoas para que eu possa aprender os “truques todos”...” (EA3:5).

Os estudantes sublinham também que os supervisores com mais anos de carreira e experiência profissional são mais acessíveis, mais disponíveis, demonstram maior segurança durante os processos de cuidar e, sobretudo, são capazes de justificar de forma “clara” e “simples” as ações e raciocínios subjacentes à tomada de decisão.

“(...) os enfermeiros com mais anos de serviço demonstram ter maior experiência profissional e também ser mais simples e acessíveis na sua forma de estar e, sobretudo, muito mais disponíveis para ajudar e explicar, apesar dos muitos doentes que têm para cuidar. Demonstram muita segurança a cuidar (...). É claro que essa segurança lhes vem dos muitos anos de exercício profissional e das diferentes experiências que foram tendo ao longo da vida profissional, (...) talvez seja por isso, para nós que estávamos a começar, eu sentia que explicavam tudo de uma maneira simples e entendível,” (EA4:7).

Assumindo que a supervisão clínica é parte integrante do “ser enfermeiro”, ou seja, que se enquadra no domínio de competências do enfermeiro de cuidados gerais e especializados, os discentes consideram ainda fundamental, que os supervisores clínicos detenham experiência na área da supervisão clínica em Enfermagem.

“(...) notava-se que eram pessoas [os orientadores] com muita experiência na orientação de alunos... Notava-se, pela experiência que tinham e relativamente à forma como lidavam com as nossas dificuldades e inseguranças... Eles próprios diziam: “É importante tu aprenderes isto, mas não podes aprender tudo de um momento para o outro, vais adquirindo com o tempo, com calma!”. Esta postura não é muito comum nos orientadores! Só aqueles que já têm muita experiência de orientação e que sabem o que estão a fazer dizem este tipo de coisas...” (EA8:42).

São múltiplas as pesquisas que defendem o postulado de que o supervisor clínico deve ser um enfermeiro experiente e perito na área da Enfermagem em que exerce funções (Amaral, 2016; Calado, 2014; Macedo, 2012; Fernandes *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2010; Ribeiro *et al.*, 2010; Rua, 2009; Martins, 2009; Simões *et al.*, 2008; Garrido *et al.*, 2008; Abreu, 2007, 2003; Dixe, 2007; Fernandes, 2007; Longo, 2005; Longarito, 2002; Franco, 2000). Ribeiro *et al.* (2010), por exemplo, constataram que os enfermeiros que possuem mais tempo de exercício profissional (≥ 14 anos) são os que apresentam maior solidez, em termos de competências, no exercício supervisivo. Resultados semelhantes foram verificados por Longarito (2002), sendo que os próprios enfermeiros da prática clínica consideraram a pouca experiência profissional uma limitação para a orientação de estudantes em Ensino Clínico, uma vez que também eles se confrontam com o seu próprio processo de integração|adaptação ao serviço. No mesmo sentido, Franco (2000) diz que os enfermeiros com menos anos de experiência profissional podem sentir alguma insegurança e, por isso, necessitam de um colega mais velho que os apoie na orientação. Por sua vez, Cordeiro (2008), sublinha que dificilmente um enfermeiro com pouco tempo de exercício profissional reunirá as características desejadas para ser um bom supervisor. Realça, no entanto, que o facto de um enfermeiro deter muito tempo de exercício profissional, também não constitui garantia da presença dessas mesmas características.

Terminada a análise e discussão da presente subcategoria, na Tabela 132, reúnem-se os indicadores que a integram.

Supervisores com experiência profissional - Indicadores

- *Supervisores com conhecimento prático*
 - *Supervisores com experiência profissional*
 - *Supervisores com perícia*
 - *Supervisores experientes, que ensinam os “truques” da profissão*
 - *Supervisores com alguns anos de carreira profissional*
 - *Supervisores com experiência em supervisão clínica*
-

Tabela 132 - Subcategoria "Supervisores com experiência profissional"

Supervisores com formação especializada na área do ensino clínico a supervisionar

Ter enfermeiros supervisores capazes de fazer da prática e da análise da mesma um dispositivo de eleição para a tomada de consciência de uma parte relevante dos saberes específicos dos enfermeiros, parece ser uma das preocupações dos sujeitos do presente estudo. Sob esta perspectiva, professores e estudantes são unânimes em considerar que os enfermeiros que colaboram na supervisão de estudantes deveriam ser preferencialmente especialistas na área do ensino clínico que supervisionam. Na argumentação utilizada, os professores alegam que o enfermeiro especialista, pela sua preparação diferenciada, tem uma maior preocupação com os objetivos da formação clínica e manifesta um pensamento e uma ação mais próximos e coerentes com o que é preconizado em ambiente acadêmico, o que, em última análise, acaba por influenciar positivamente a articulação interinstitucional e diminuir o sentimento de dicotomia entre teoria e prática.

“(...) quando os enfermeiros que estão a ser tutores dos nossos alunos são especialistas na área em que o estágio se desenvolve, nota-se logo, têm uma outra formação... A tarefa de orientar os estudantes é muito mais facilitada: eles programam e organizam as atividades sempre de acordo com os objetivos e finalidades definidos para o estágio. Até ao nível de como “pensamos a Enfermagem” entendemo-nos muito melhor. Temos paradigmas comuns, temos linguagens comuns, temos focos de interesse comuns, enfim, sente-se menos aquela coisa da diferença entre a teoria e a prática...” (FG4:54).

Do mesmo modo, os estudantes sublinham que o enfermeiro especialista, quando supervisor, tem uma maior preocupação com os aspetos teóricos da formação clínica, demarcando-se dos enfermeiros generalistas pela capacidade de conceptualização quer dos cuidados de Enfermagem que prestam quer do próprio processo educativo.

“Eu quando tinha uma enfermeira que mostrava mais dedicação e puxava mais pelos aspetos teóricos, mesmo sem perguntar, eu percebia logo que ela era especialista, percebia logo que a coisa ia ser diferente, pois os enfermeiros especialistas são sempre pessoas muito mais assertivas e têm uma outra noção do que é cuidar e do que é ensinar... A forma de transmitir os conhecimentos era diferente – era mais conceptual...” (EA12:17).

Os achados obtidos parecem genericamente convergir com os resultados alcançados no estudo de Amaral (2016). De acordo com a autora, o enfermeiro especialista pelas

competências comuns especializadas que possui, tem um papel facilitador do processo de ensino aprendizagem dos estudantes nos contextos de prática clínica, nomeadamente, no âmbito da preparação e organização do ensino clínico; no acolhimento e integração do estudante no contexto e; no acompanhamento e monitorização do ensino clínico e no apoio à díade enfermeiro supervisor-estudante.

De acordo com um parecer produzido pela OE acerca da orientação de estudantes em ensino clínico no âmbito da licenciatura em Enfermagem (Parecer nº 19/2012), esta recomenda que nas decisões sobre as condições de desenvolvimento dos ensinos clínicos, nomeadamente naquilo que aos orientadores diz respeito, devam ser considerados os seguintes aspetos: (i) os objetivos de formação e as competências profissionais do enfermeiro|enfermeiro especialista que, enquanto orientadores de ensino clínico, garantam o direito do utente a cuidados de Enfermagem de qualidade e, simultaneamente, favoreçam a aprendizagem do estudante; (ii) a relação de formação no âmbito dos ensinos clínicos da licenciatura acontece em torno da aprendizagem dos cuidados de Enfermagem gerais e do desenvolvimento das competências estabelecidas no Referencial de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais; (iii) enfermeiro e enfermeiro especialista detêm e desenvolvem competências científicas, técnicas e humanas necessárias para garantir a qualidade e segurança da prestação de cuidados de Enfermagem gerais à pessoa e facilitam a aprendizagem e o desenvolvimento de competências profissionais nos estudantes, no âmbito da formação em ensino clínico. Assim, e face a tais considerandos, a OE conclui que embora a colaboração do enfermeiro especialista na formação inicial do estudante em ensino clínico possa “constituir uma mais-valia”, esta não constitui condição *sine qua non* para o desenvolvimento ideal dos ensinos clínicos.

Por outro lado, sendo a população de enfermeiros especialistas diminuta comparativamente à de enfermeiros de cuidados gerais (aproximadamente 20% (13.897) do total dos enfermeiros (66.897), de acordo com os dados estatísticos publicados pela OE em 2015), e considerando que a generalidade dos enfermeiros especialistas está envolvida em atividades de gestão dos próprios serviços e na supervisão da componente prática da formação pós-graduada, ao nível das especialidades e mestrados, naturalmente, a sua disponibilidade para colaborar na supervisão|orientação de estudantes na formação inicial em Enfermagem é praticamente residual ou mesmo nula.

Supervisores detentores de características pessoais e profissionais facilitadoras da relação pedagógica

De acordo com os discentes entrevistados, as características pessoais e profissionais do enfermeiro supervisor podem constituir-se como fatores determinantes do sucesso|insucesso do estudante durante os períodos de formação clínica. Partindo desta premissa, os sujeitos consideram ser desejável que os enfermeiros supervisores possuam, designadamente, as seguintes características pessoais: calma|tranquilidade; humildade; facilidade de relacionamento interpessoal|bom comunicador; empatia; assertividade; paciência; compreensão|tolerância; disponibilidade; motivação; bom senso; acessível. Vejamos os trechos que aludem às características pessoais anteriormente discriminadas:

“(...) O que é que um bom orientador não deve fazer, eu não gosto muito de pressão, gosto de tranquilidade, gosto de calma (...). Para mim um bom orientador deve ser calmo, tranquilo no seu modo de atuar e interagir...” (EA8:15).

“A humildade também me parece uma característica importante [no supervisor] porque, no fundo, acabamos por perceber quando a pessoa está ali a “contornar o assunto” quando não sabe...” (EA5:6).

“(...) que saiba comunicar, para mim é essencial que um orientador saiba comunicar, que saiba estabelecer uma boa relação interpessoal...” (EA8:20).

“(...) saberem [os supervisores] colocar-se no nosso lugar, no lugar do outro e recordarem-se que um dia também já foram alunos... Que sejam empáticos, que é aquilo que na escola nos exigem a nós na relação com os utentes” (EA5:5).

“Depois outra característica que indicaria como fundamental é a assertividade, é importante que o orientador saiba ser assertivo na relação com o aluno...” (EA12:2).

“Caraterísticas?!... Várias, mas acima de tudo [o supervisor] deverá ser alguém muito paciente...” (EA3:8).

“Ligado ao reforço positivo, vem para mim a necessidade de os orientadores perceberem os nossos sentimentos, e serem compreensivos... Às vezes, existem situações para as quais nós não estamos preparados e, logicamente, ficamos perturbados... Nessas situações precisamos sobretudo de alguém que nos compreenda e seja tolerante...” (EA3:16).

“(...) a disponibilidade dos orientadores para me explicarem, determinadas situações com que se deparavam era fantástica, estavam sempre disponíveis!...” (EA1:15).

“Um bom orientador tem de ser uma pessoa (...) que esteja disposta e motivada para ensinar, para orientar o aluno...” (EA13:10).

“(...) que seja uma pessoa equilibrada e com um bom-senso [o supervisor], bastante bom-senso, para poder gerir, em todos os momentos, tudo o que ocorre no ensino clínico seja na interação com o aluno, seja com os doentes e também com os próprios colegas...” (EA2:25).

“É basicamente com aqueles orientadores que são mais acessíveis (...) que se colocam na posição de “quase colega” de ensino clínico e estão ali para, não só ensinar, mas também aprender conosco, acabam por ser aqueles com os quais mais nos identificamos, pois são mais acessíveis...” (EA13:6).

Ao nível das características profissionais, os estudantes parecem valorizar nos supervisores clínicos, nomeadamente: profissionalismo; exigência; responsabilidade; competência técnica; segurança; capacidade de planeamento e organização; implicação com o processo supervisivo, proatividade e, ainda, investimento na sua formação contínua|desenvolvimento profissional, como se pode inferir das seguintes afirmações:

“Acima de tudo o supervisor deve ter e demonstrar profissionalismo!” (EA12:1).

“(...) acho que os orientadores devem ser extremamente exigentes, tanto os das instituições de saúde como os da escola...” (EA5:21).

“É necessário que o orientador assuma o aluno como mais uma das suas vertentes profissionais: “É da minha responsabilidade.” Esta atitude faz toda a diferença... O orientador tem que se sentir responsável pelas aprendizagens dos alunos...” (EA12:5).

“Apesar de eu ser aluno... sou uma pessoa também, não é?! Logo, penso que o orientador deveria ter a preocupação de me transmitir alguma segurança, alguma confiança: “Olha, eu vou fazer uma vez e tu fazes a seguir e nós depois conversamos sobre o que foi bem, sobre o foi mal. Para ti está bem esta metodologia?!...”. Os orientadores que utilizaram esta metodologia para mim foram os melhores. Os que têm esse tipo de comportamento, sem dúvida, dão uma segurança e um à vontade fantásticos...” (EA12:7).

“(...) sobretudo, eu valorizo é a competência do orientador...” (EA8:1).

“(...) eu considerava a orientadora uma boa enfermeira, especialmente porque era bastante organizada quer na prestação directa de cuidados quer no planeamento e gestão do turno, (...) uma vez que ela era também a chefe de equipa...” (EA9:25).

“E mesmo a própria postura dos orientadores, porque, lá está, nós acabamos por nos aperceber daqueles que são “menos bons” e daqueles que são para nós um exemplo profissional, “verdadeiros modelos de prática”... Com esses, nós identificamo-nos e queremos no futuro ser como eles... Quando não nos identificamos com o orientador, pensamos: “Ok, eu gostaria de ter outro tipo de orientador, mas como isso não é possível e há um estágio para fazer... acabamos por pensar para nós mesmos que é apenas mais um orientador que passa na nossa vida de estudantes”” (EA13:5).

“(...) também me ajudou imenso a orientação que tive no hospital X... Nesse hospital, os orientadores eram pessoas que se interessavam muito por nós... Estavam muito implicados no nosso desenvolvimento enquanto futuros profissionais, e isso, foi notório desde o primeiro ao último dia de estágio...” (EA1:11).

“O desejável é que fosse uma pessoa (o supervisor) pró-ativa... Eu tive alguns orientadores, não muitos, que estavam sempre a antecipar situações de aprendizagem e, quando eu levava coisas para pesquisar em casa, eles questionavam se eu tinha ido pesquisar. Até nos trabalhos que eu tinha que fazer para a escola, eles queriam vê-los...” (EA10:8).

“Hoje em dia não nos podemos colocar na postura de: “Eu tenho 40-45 anos e já aprendi tudo o que havia para aprender...”. Não, há muito mais para aprender, estamos sempre a aprender, pelo que um orientador tem o dever de procurar estar sempre atualizado e fazer formação ao longo de toda a sua vida profissional...” (EA6:15).

Estes achados vêm reforçar os resultados de diversos trabalhos publicados que elencam um conjunto de características|competências|qualidades pessoais e profissionais, consideradas como fundamentais ao “perfil ideal” de enfermeiro supervisor clínico (Calado, 2014; Lopes *et al.*, 2013; Sim-Sim *et al.*, 2013; Novo, 2011; Ribeiro *et al.*, 2010; Cunha *et al.*, 2010; Pretty *et al.*, 2010; Martins, 2009; Garrido *et al.*, 2008; Paiva, 2008; Abreu, 2007, 2003; Faria, 2007; Simões e Garrido, 2007; Fernandes, 2007; Serra, 2006; Longo, 2005; Garrido, 2004; Carvalhal, 2003; Franco, 2000; Cotrell, 2000).

Da nossa experiência pessoal e, fundamentalmente, das reflexões que temos vindo a realizar no âmbito dos cursos de pós-graduação que desenvolvemos para supervisores clínicos, ou em reflexões conjuntas com os enfermeiros que colaboraram na supervisão de estudantes nos ensinamentos clínicos que coordenamos, também nós tivemos oportunidade de constatar a unanimidade de opinião acerca de um alargado leque de características que desejavelmente o supervisor clínico deve possuir e que, de uma maneira geral, são bastante coincidentes com as anteriormente apontadas.

Na Tabela 133, encontram-se reunidos os indicadores que nos permitiram inferir as características pessoais e profissionais que o supervisor clínico idealmente deve possuir.

Supervisores detentores de características pessoais e profissionais facilitadoras da relação pedagógica -

Indicadores

- *Supervisores exigentes*
- *Supervisores calmos*
- *Supervisores humildes*
- *Supervisores que saibam comunicar com o aluno*
- *Supervisores responsáveis*
- *Supervisores empáticos/assertivos*
- *Supervisores pacientes*
- *Supervisores compreensivos*
- *Supervisores que transmitam confiança/segurança ao aluno*
- *Supervisores tolerantes*
- *Supervisores competentes, acessíveis*
- *Supervisores organizados, com “bom senso”*
- *Supervisores que sejam verdadeiros “modelos de prática clínica”.*
- *Supervisores motivados*
- *Supervisores implicados no desenvolvimento profissional do aluno*
- *Supervisores que investem na sua formação contínua*
- *Supervisores que sejam pró-ativos relativamente ao processo supervivo*

Tabela 133 - Subcategoria "*Supervisores detentores de características pessoais e profissionais facilitadoras da relação pedagógica*"

Supervisores com um conhecimento técnico-científico sólido

De acordo com os discentes entrevistados, ensinar e aprender não se configura como tarefa fácil para o supervisor clínico. Por isso, consideram fundamental, que este deve possuir um conhecimento técnico-científico sólido.

“(...) orientar estudantes não é coisa fácil, por isso é necessário que tenha [o supervisor clínico] bons conhecimentos tecnico-científicos, (entenda-se de Enfermagem)... Isso é fundamental, principalmente na área em que exerce, na área clínica onde nós vamos estar a estagiar...” (EA5:12).

Sublinham também, que os enfermeiros que colaboram na supervisão de estudantes em ensino clínico devem ser profissionais motivados e preocupados com a sua atualização técnico-científica ao longo do tempo, de modo a que possam dar uma resposta competente às necessidades dos utentes mas também às dos estudantes, fundamentado a sua ação, explicando os “comos” e os “porquês” da mesma.

“(...) a formação que os enfermeiros tinham sobre determinado assunto, há dez-quinze anos atrás, está completamente obsoleta hoje em dia, pelo que, é fundamental estar actualizado, é necessário que se preocupem e estejam motivados para fazer formação [os supervisores] para que possam responder às necessidades dos doentes e, claro, às nossas...” (EA6:13).

“(...) os procedimentos técnicos que fazia, fazia sempre corretamente, respeitando sempre os princípios. Na prática, ela fazia tudo impecavelmente e justificava muito bem os “comos” e “porquês” do fazer de determinada maneira.” (EA9:27).

Para os estudantes, o enfermeiro supervisor possuir um conhecimento técnico-científico sólido constitui uma mais-valia não somente para o desenvolvimento competente do processo supervisivo mas, inclusive, para as próprias dinâmicas e segurança da equipa no seu desempenho quotidiano. Trata-se assim, de um traço de profissionalidade distintivo que induz, não apenas os estudantes, mas também os próprios pares, ao reconhecimento do supervisor como “modelo profissional” no seio da equipa de Enfermagem.

“Outra coisa que está associada ao saber, é a atitude profissional... Eu tive alguns orientadores que tinham um conhecimento muito profundo da profissão. Eram pessoas que sabiam muito, o que era muito bom para nós, pois aprendíamos muito com elas... Até os próprios enfermeiros, especialmente os mais novos aprendiam... Por isso, quando estavam de turno, quando havia dúvidas, era a eles que os outros enfermeiros recorriam, eram considerados referências...” (EA7:10).

O enfermeiro que supervisiona, “não é meramente um enfermeiro”, é (deveria ser) um “enfermeiro com valor acrescentado”, pois, além de desempenhar o papel de “modelo profissional”, é-lhe ainda exigido que no seu desempenho seja pedagógico. Sob esta

moldura, vários são os estudos que evidenciam a importância do supervisor clínico deter um conhecimento técnico-científico sólido (Novo, 2011; Cunha *et al.*, 2010; Ribeiro *et al.*, 2010; Martins, 2009; Garrido *et al.*, 2008; Simões *et al.*, 2008; Paiva, 2008; Dixe, 2007; Serra, 2007; Longo, 2005; Fonseca, 2004; Simões 2004; Belo, 2003; Cavalhal, 2003; Franco, 2000), isto é, conhecimento de conteúdo (Shulman, 2005, 2004, 1987, 1986). Para além deste tipo de conhecimento, os autores defendem ainda que o supervisor clínico deve ser conhecedor dos contextos (recursos humanos, materiais e dinâmicas organizativas intrínsecas à prestação de cuidados de saúde) e das variáveis pedagógicas intervenientes no processo supervisory propriamente dito, nomeadamente, que seja capaz de: estabelecer um ambiente afetivo-relacional positivo (integrando o estudante na organização de saúde, serviço e equipa; criando condições de trabalho favoráveis; identificando e antecipando problemas e dificuldades); planear, orientar|supervisionar, motivar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo estudante situadamente; desenvolver estratégias pedagógicas que incitem o estudante ao desenvolvimento de capacidades de reflexão, auto-conhecimento, inovação e participação; proporcionar um suporte técnico, emocional e cognitivo que seja facilitador do desenvolvimento de competências instrumentais, interpessoais e sistémicas.

A Tabela 134, proporciona uma visão integrada dos indicadores relativos à importância de os supervisores clínicos serem detentores de um conhecimento técnico-profissional sólido.

Supervisores com um conhecimento técnico-científico sólido - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Supervisores com bons conhecimentos técnico-científicos</i> • <i>Supervisores atualizados do ponto de vista técnico-científico</i> • <i>Supervisores com atitude profissional</i> • <i>Supervisores que saibam fundamentar a ação</i>

Tabela 134 - Subcategoria "*Supervisores com um conhecimento técnico-científico sólido*"

Variáveis sócio-demográficas: género e a idade

Segundo a opinião dos estudantes, as variáveis sócio-demográficas, género e idade, parecem ter pouca ou nenhuma influência quer no apoio quer no tipo de relação pedagógica que é estabelecida entre supervisor clínico e estudante.

“Falando dos orientadores da prática, acho que só tive um ou dois orientadores do sexo masculino, e o resto foram tudo mulheres, mas não notei grande diferença entre a orientação e o apoio dado por orientadores homens ou mulheres... Também relativamente

à idade, apesar dos orientadores mais velhos terem mais experiência, mas penso que não foi significativa a diferença. Portanto, para mim, quer a idade quer o género, não tiveram qualquer influência nem condicionaram a minha relação com os orientadores...” (EA4:39).

Relativamente ao género, resultados idênticos foram obtidos nos estudos de Ribeiro *et al.* (2010) e Paiva (2008) ao verificarem que apesar de a Enfermagem ser uma profissão tradicionalmente feminina, ao nível da colaboração e apoio dispensado aos estudantes em ensino clínico, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o contributo dado por enfermeiros ou enfermeiras ($p=0,323$). Por seu lado, Martins (2009) constatou que quando o género do supervisor e do estudante não é coincidente, isso pode ser gerador de “algum constrangimento”, “receio” ou “ansiedade” no estudante. Quanto à idade, Paiva (2008), analogamente aos resultados obtidos no presente estudo, verificou que a idade parece não ter qualquer influência sobre a disponibilidade e apoio manifestado pelos enfermeiros durante o processo de supervisão|orientação do estudante. Contrariamente, o estudo de Ribeiro *et al.* (2010), apurou que os enfermeiros com idades superiores aos 37 anos oferecem um maior contributo para a formação inicial, comparativamente aos enfermeiros mais novos (idade ≤ 27 anos) ($p=0.033$). Por seu lado, Martins (2009) concluiu que os sujeitos do seu estudo (estudantes) preferiam supervisores clínicos jovens. Na base de tal opinião emergem argumentos tais como: “(...) são mais dinâmicos”; “passaram pela experiência de estudante há menos tempo, logo vêem o aluno de uma forma diferente” e “têm mais paciência para o estudante” (p.253).

Em **síntese**, de acordo com os sujeitos envolvidos no estudo, o supervisor clínico ideal deve ter os seguintes traços:

- deve ter formação pedagógica (idealmente em Supervisão Clínica);
- deve ter experiência profissional;
- deve ter formação especializada na área do ensino clínico que supervisiona;
- deve ter características pessoais e profissionais facilitadoras de uma atmosfera-afetivo relacional positiva entre os atores diretamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem clínico (características pessoais: calma|tranquilidade; humildade; facilidade de relacionamento interpessoal|bom comunicador; empatia; assertividade; paciência; compreensão|tolerância; disponibilidade; motivação; bom senso e ser acessível. Características profissionais: profissionalismo; exigência; responsabilidade;

competência técnica; segurança; capacidade de planejamento e organização; implicação com o processo supervisivo, proatividade e, ainda, investimento na sua formação contínua|desenvolvimento profissional);

– deve possuir um conhecimento técnico-científico sólido (deve ser cientificamente competente, o que parece implicar não apenas a posse de um saber, mas também da adequação da sua aplicação).

As variáveis sócio-demográficas, gênero e idade, aparentam não ter qualquer influência na qualidade do processo de ensino-aprendizagem clínico.

4.6 Características dos contextos profissionais desejadas

Ao longo dos oito semestres que compõem a formação inicial em Enfermagem, os estudantes permanecem a maior parte do tempo nas organizações de saúde. É de esperar, portanto, que os seus percursos de formação sejam fortemente influenciados pelas características clínicas e sociais dessas mesmas organizações, fenómeno que Kolb (1984) designa de “*Environmental Press*”. São vários os autores que nos seus estudos se referem ao efeito condicionador dos contextos profissionais sobre o processo supervisivo em geral e, especificamente, sobre as aprendizagens e o desenvolvimento do estudante em ensino clínico (Lopes *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2011; Garrido *et al.*, 2008; Rua, 2009; Martins, 2009; Fernandes, 2007; Abreu, 2007, 2001; Carvalho, 2006; Longo, 2005; Carvalho, 2004; Simões, 2004; Belo, 2003). Nesses estudos, são identificadas diversas dimensões objetivas (condições estruturais, materiais; técnicas; tecnológicas) e subjetivas (decisões políticas; diminuição do tempo e do número de internamentos; encerramento de instituições de saúde e redução do número de enfermeiros) que urge melhorar pois têm uma forte influência sobre todos os atores intervenientes no processo supervisivo clínico, especialmente sobre o estudante. Em consonância com as pesquisas mencionadas, os professores e estudantes do presente estudo consideram que idealmente os contextos deveriam possuir condições estruturais e recursos adequados à colaboração na formação inicial; ser acolhedores e facilitadores da integração do estudante e, não menos importante, constituírem um estímulo ao desenvolvimento (profissional) consistente do estudante (Figura 54).

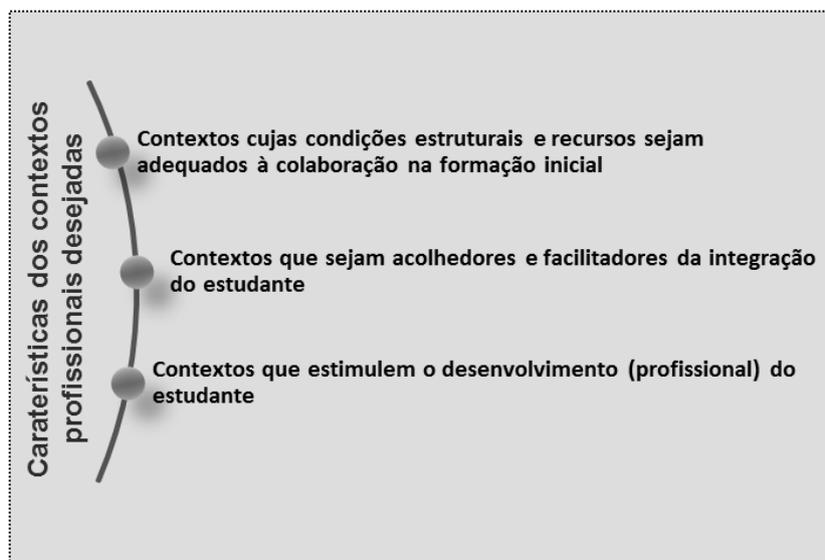


Figura 54 - Categoria "Caraterísticas dos contextos profissionais desejadas"

Contextos cujas condições estruturais e recursos sejam adequados à colaboração na formação inicial

À semelhança dos estudos anteriormente citados, também no presente estudo, professores e estudantes consideram que as condições estruturais, materiais, técnicas e tecnológicas são fatores cuja influência se faz sentir nas aprendizagens e no desenvolvimento global dos estudantes. Face a tal constatação, os sujeitos consideram que, idealmente, os contextos onde ocorrem os ensinamentos clínicos, deverão possuir boas condições estruturais e dispor das tecnologias adequadas às atuais exigências da *praxis* clínica, enquanto fatores motivacionais e facilitadores das aprendizagens discentes em ensino clínico.

“(...) não basta a boa vontade dos colegas da prática, é também necessário que as estruturas físicas dos serviços tenham condições mínimas e que hajam recursos materiais e tecnológicos que possibilitem a realização do estágio...” (FG2:25).

“Eu não digo que a estrutura física seja o fator mais importante, mas é claro que o aluno se sente mais confortável em locais onde a estrutura física é nova e detêm as melhores condições em termos de recursos materiais e tecnologias atuais para apoio à prática de Enfermagem...” (EA9:31).

A relevância deste factor é bem patente nos trabalhos desenvolvidos por Martins (2009) e Longo (2005). De acordo com este último autor, as condições físicas, técnicas e materiais do contexto de realização do ensino clínico, constituem um dos requisitos primordiais para o normal desenvolvimento do processo supervisivo. Sublinha ainda o autor que, o facto de ao longo da sua formação o estudante ter sido habituado, em contexto académico, a elevados padrões de qualidade e, eventualmente, de quantidade,

leva a que este sinta essas limitações de um modo mais acentuado nos contextos clínicos.

Se, por um lado, as condições estruturais e tecnológicas dos contextos são significativamente valorizadas, não menos negligenciáveis parecem ser as metodologias de organização|gestão dos cuidados de Enfermagem. Neste âmbito, os docentes sublinham ser também desejável que os estudantes desenvolvam os ensinamentos clínicos em contextos profissionais onde não se “trabalhe à tarefa”.

“(...) na instituição X, o modelo de trabalho é centrado na família, logo, à partida, o trabalho não é realizado à tarefa, pelo menos do que eu conheço a nível de Lisboa, e isso faz com que sejam contextos muito bons para os alunos desenvolverem os seus projetos de aprendizagem... Se eu pudesse nunca escolheria locais de estágio onde se trabalha à tarefa, embora eu tenha consciência de que ia ser uma escolha difícil (risos)...” (FG6:2).

Enquanto corolário de conjuntura ideal para o desenvolvimento dos ensinamentos clínicos, os docentes defendem que a componente formativa clínica, deverá idealmente ocorrer em contextos de excelência comprovada.

“(...) cada vez mais, (...) para formar profissionais de excelência – e cada vez mais temos que ser todos de excelência – temos que os ensinar [os estudantes] em locais de excelência, isto é, em contextos de trabalho de excelência comprovada...” (FG9:7).

Considerados os constrangimentos anteriormente enumerados, uma das dificuldades que as escolas sentem na atualidade consiste na escolha das organizações de saúde e, especificamente, de “contextos de trabalho de excelência comprovada” para a realização da componente prática da formação inicial em Enfermagem. Assim, defendendo que as organizações de saúde não se podem alhear da colaboração nesta componente, e que esta deve constituir uma prioridade para as mesmas, alguns autores e a própria OE, no âmbito do MDP, têm vindo a fazer propostas concretas no sentido de tornar as organizações de saúde em organizações qualificantes, quer para os estudantes, no âmbito dos ensinamentos clínicos, quer para os seus próprios profissionais de saúde (Garrido *et al.*, 2008; Abreu, 2007; Carvalho, 2006; OE, 2010).

Na Tabela 135, podem ser observados os indicadores relativos à subcategoria discutida.

Contextos cujas condições estruturais e de recursos sejam adequadas à colaboração na formação inicial - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>A formação clínica apenas poder ocorrer em contextos de excelência comprovada</i> • <i>Os contextos deverão ter condições físicas adequadas à realização do ensino clínico</i> • <i>Contextos cuja organização do trabalho não seja à tarefa</i> • <i>Contextos promotores de um ambiente propício à aprendizagem</i>

Tabela 135 - Subcategoria "*Contextos cujas condições estruturais e de recursos sejam adequados à colaboração na formação inicial*"

Contextos que sejam acolhedores e facilitadores da integração do estudante

A percepção que docentes e discentes têm acerca do modo como estes últimos são acolhidos e integrados nas dinâmicas dos contextos profissionais emerge das suas narrativas com alguma expressividade. Com efeito, são múltiplas as referências à importância da sensibilidade dos contextos e dos respetivos profissionais (ou falta dela) para acolher e integrar os estudantes, o que demonstra o quanto esses aspetos são “marcantes” e “inesquecíveis”, detendo inclusive, o poder de facilitar ou inibir o percurso e o desenvolvimento (profissional) do estudante.

“Isto faz-me lembrar uma experiência que eu tive no ano letivo passado, na orientação de alunos em Pediatria, num Serviço complexo... (...) a Chefe usava um método extraordinário... Foram para lá 5 alunos, mas a primeira semana, estiveram todos entregues ao 2º elemento, que lhes fez um acolhimento e uma integração ao serviço fantástica e que, posso dizer-vos, se traduziu no sucesso daqueles estudantes, naquele campo de estágio...” (FG1:2).

“Acho que é importante estar num contexto e numa equipa que receba e acolha bem os alunos, é uma mais-valia... Por exemplo, eu lembro-me de um campo de estágio, onde nada disso aconteceu, não fomos nem bem acolhidos nem bem integrados... foi um suplício, faziam-nos sentir a mais, eu nunca mais me esqueci disso...” (EA8:5).

A importância atribuída à dimensão relacional em geral e, especificamente, ao modo como os estudantes são acolhidos e integrados nas dinâmicas dos contextos profissionais é sobejamente destacada na investigação produzida sobre a componente prática na formação inicial em Enfermagem (Sim-Sim *et al.*, 2013; Serra, 2011; Macedo, 2012, 2010; Martins, 2009; Rua, 2009; Fernandes, 2007; Dixe, 2007; Paulino, 2007; Longo, 2005; Fonseca, 2004; Simões, 2004; Belo, 2003, entre outros). De acordo com os autores antes citados, a importância atribuída ao acolhimento e integração nos contextos deve-se às significativas implicações em termos do desempenho profissional do estudante e, mais especificamente, ao modo como este evolui e se desenvolve, bem

como no tipo de profissional que virá a tornar-se. Sob esta perspectiva, da nossa experiência no terreno, importa tomar em atenção variáveis tais como: qualidade da relação estabelecida com os diversos profissionais que compõem a equipa multidisciplinar ou com a pessoa/família alvo de cuidados; os recursos disponibilizados pela instituição; o tipo de responsabilidades atribuídas ao estudante; o grau de complexidade da instituição em termos de organização|gestão dos cuidados; o trabalho em equipa e, ainda, as características e expectativas discentes em relação à instituição e ao ensino clínico.

De acordo com a opinião docente, a criação de “pontes colaborativas” entre professores e enfermeiros dos contextos profissionais é essencial ao sucesso do ensino clínico. Reforçam ainda, que essa interação entre os dois grupos profissionais (enfermeiros e professores) é propiciadora da desconstrução|análise das práticas e que os seus efeitos se manifestarão certamente, não só no desenvolvimento profissional do estudante mas também dos docentes e supervisores clínicos.

“(...) Se houver entre nós colaboração [entre docentes e enfermeiros dos contextos profissionais] e uma boa relação, e se forem criadas “pontes” e “trabalhadas as práticas” entre professores, supervisores e alunos, isso é meio caminho andado para o sucesso do estágio e também um excelente contributo para o desenvolvimento de todos os envolvidos, seja o estudante, os orientadores e até para nós próprios [professores]” (FG13:8).

Para autores como Altet (2002a; 2002b; 2001); Beillerot (2003); Robo (2002) e Perrenoud (2004, 2001) a análise das práticas é um procedimento de formação fundamental a docentes e discentes, na medida em que, com recurso a instrumentos de formalização construídos a partir da pesquisa, é possível produzir saberes sobre a ação e formalizar esses saberes. Porém, de acordo com Veiga Simão (2013), a questão primordial é a de saber de que forma os indivíduos se apropriam dos seus próprios processos de aprendizagem e se os utilizam de forma consciente e planeada para alcançar os objetivos que estipularam para si. Neste âmbito, emerge como fundamental a capacidade de auto-regulação das aprendizagens dos sujeitos, o que implica consciência, intencionalidade, sensibilidade ao contexto, controlo e monitorização das atividades.

Por seu lado, os estudantes sublinham que a sua integração|adaptação aos contextos poderá ser facilitada se o enfermeiro supervisor for um individuo reconhecido entre os pares e possuir uma boa relação com a equipa multidisciplinar.

“(...) o facto do orientador ser uma pessoa reconhecida entre os colegas e se dar bem com toda a equipa multidisciplinar, faz com que nos integremos com mais facilidade e tenhamos, também, aquele sentido de “pertencer” à equipa, foi isso que eu senti no estágio de integração à vida profissional... Eu pertencia àquela equipa...” (EA7:2).

Tal evidência vem reforçar os resultados obtidos por Martins (2009), segundo os quais, a “posição ocupada no serviço” e a “autoridade” no seio da equipa de Enfermagem, deveriam ser alguns dos critérios a atender na seleção dos enfermeiros orientadores.

Na Tabela 136, encontram-se reunidos os indicadores que sublinham a importância de os contextos profissionais serem acolhedores e facilitadores da integração do estudante.

Contextos que sejam acolhedores e facilitadores da integração do estudante - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Existência de um bom clima relacional entre os atores envolvidos</i>• <i>Equipas de Enfermagem acolhedoras e recetivas à colaboração na supervisão do aluno em contexto de trabalho;</i>• <i>Contextos que facilitem a integração do aluno</i>• <i>Supervisores facilitadores da integração do aluno no contexto e no seio das equipas de Enfermagem e multidisciplinar</i>• <i>Supervisores “mais livres” da prestação de cuidados por forma a fazerem uma efetiva supervisão do estudante</i>

Tabela 136 - Subcategoria "*Contextos que sejam acolhedores e facilitadores da integração do estudante*"

Contextos que estimulem o desenvolvimento (profissional) do estudante

Congruentemente com as análises efetuadas em outras zonas deste trabalho, os dados obtidos reforçam a ideia de que os contextos profissionais têm uma profunda e, por vezes, decisiva influência nas aprendizagens realizadas pelos estudantes. Neste sentido, os docentes enfatizam a necessidade de os contextos serem indutores de atitudes reflexivas e analíticas centradas nas práticas profissionais.

“(...) ainda há pouco tempo falei com um ex-aluno e ele dizia-me precisamente isso: Não é só a prática em si que interessa, importa é que a prática seja refletida. Eu acho que cada vez mais as pessoas estão conscientes disto e tem havido, cada vez mais, a preocupação em que os contextos suscitem momentos reflexivos durante as práticas, durante a ação...” (FG9:71).

Reforçando a opinião docente, os discentes consideram ser desejável que os contextos profissionais proporcionem diversidade casuística e experiências “ricas” e “desafiantes” em termos formativos. Consideram, ainda fundamental, que estes facilitem condições que permitam o desenvolvimento das atividades académicas estabelecidas no programa do ensino clínico.

“Para já, ter em atenção os serviços para os quais enviam os alunos, não é? Devem ser serviços ricos e desafiantes em termos clínicos, onde haja uma grande diversidade de casos para que os alunos possam ter a oportunidade de ver e fazer coisas diferentes... Por outro

lado, devem também proporcionar as condições necessárias para que consigamos desenvolver as atividades previstas no programa da escola...” (EA9:21).

A componente prática da formação inicial em Enfermagem não pode ser resumida a uma simples procura de instrumentalidade que, embora legítima, não pode ofuscar e secundarizar os seus efeitos emancipatórios. Sob esta perspetiva, a formação em contexto deve idealmente ser desenvolvida “(...) por referência a dois tipos de exigências: a necessidade de se articular com a realidade e o quotidiano dos problemas, numa lógica adaptativa às exigências da organização (que em nada impede que haja inovação e mudança, isto é, que não é necessariamente reprodutiva e conservadora) e, ao mesmo tempo ter suficiente distanciamento para ajudar o formando a ser ele próprio o construtor do seu destino de “formando-se””(Rodrigues, 2001:31). Torna-se assim evidente que, perante a relação de contingência existente entre as formas de organização do trabalho e as dinâmicas de formação, urge envolver os contextos profissionais na (re)definição de estratégias alternativas de ensino-aprendizagem em ensino clínico, para fazer face às novas realidades e exigências formativas.

A Tabela 137, contém os indicadores que originaram a subcategoria debatida antes apresentada e discutida.

Contextos que estimulem o desenvolvimento (profissional) do estudante - Indicadores

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Contextos que estimulem a reflexão sobre as práticas; • Contextos que proporcionem experiências desafiantes ao aluno; • Contextos propiciadores das condições necessárias ao desenvolvimento das atividades académicas previstas |
|--|

Tabela 137 - Subcategoria "Contextos que estimulem o desenvolvimento (profissional) do estudante"

Em **síntese**, para os sujeitos do estudo, os contextos profissionais ideais, devem ter condições estruturais adequadas e possuir recursos humanos, materiais e tecnológicos apropriados à colaboração na componente prática da formação inicial em Enfermagem (se possível de excelência comprovada/acreditados). Consideram ainda que os contextos devem ser acolhedores e facilitadores da integração do estudante e também promotores da interação entre professores e supervisores clínicos. Das narrativas dos sujeitos sobressai ainda a importância dos contextos profissionais serem desafiantes e propiciadores de experiências formativas “ricas” quer pela diversidade casuística quer pela reflexão que possam propiciar.

4.7 Finalidades desejadas para o *practicum*

Conscientes da falta de congruência entre os propósitos da componente prática na formação inicial em Enfermagem e das condições concretas em que esta ocorre no seio das organizações de saúde, docentes e discentes, propõem um conjunto de “ideias-chave” que consideram fundamentais e desejáveis ao (re)equacionamento das finalidades desta componente formativa. Especificamente, sugerem que a formação clínica seja alicerçada na evidência científica; que o enfoque formativo resida nas necessidades específicas do utente|família; que incentive o estudante a perspetivar-se como *lifelong learner*; que profissionalize e, ainda, que seja um contributo para a formação contínua dos práticos (Figura 55).

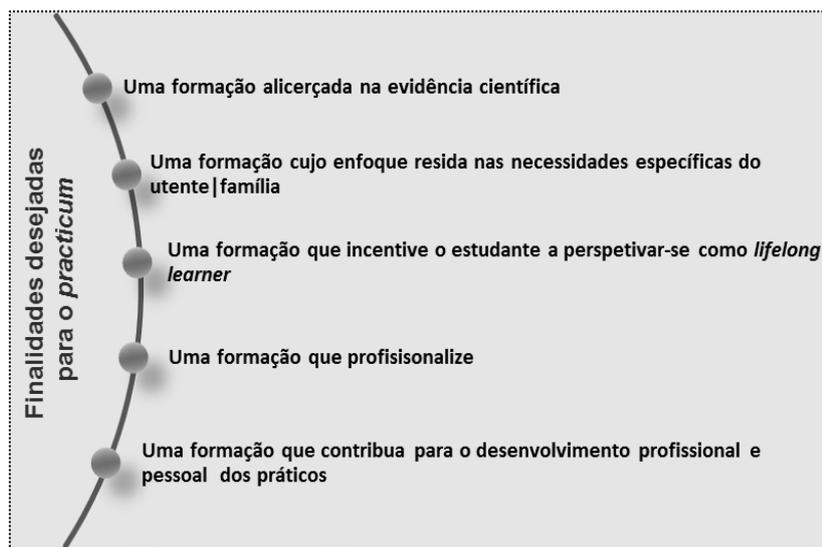


Figura 55 - Categoria "*Finalidades desejadas para o practicum*"

Uma formação alicerçada na evidência científica

De acordo com as narrativas docentes, o desenvolvimento de uma formação clínica baseada na evidência é desejável e fundamental, essencialmente por dois principais motivos. O primeiro, prende-se com a própria pessoa|família alvo de cuidados e com a garantia de que esta irá receber cuidados de elevada qualidade e proficiência, sustentados na melhor evidência disponível. O segundo motivo, relaciona-se com a qualidade pedagógica e científica do próprio processo formativo em contexto profissional. Neste âmbito, os professores consideram que a promoção da prática baseada na evidência em ensino clínico, bem como a utilização de resultados de investigação produzida por si próprios, poderá funcionar como motor para o abandono de crenças, rotinas e tradições e contribuir para a produção e renovação contínuas de um

corpo de conhecimento próprio (quer em Enfermagem quer pedagógico), minimizando assim, o distanciamento entre os avanços científicos e as práticas efetivamente realizadas nos contextos de trabalho.

“(...) que, simultaneamente, a prática seja feita na perspectiva que já aqui falámos, na perspectiva da prática baseada na evidência, isto é, de prestar os melhores cuidados aos doentes, recorrendo à investigação mais recentemente disponibilizada... (...) Por outro lado, e naquilo que nos toca mais diretamente, seria desejável que as nossas investigações não “ficassem nas gavetas” como até agora, que fossem utilizadas para minimizar a distancia entre o que já se sabe (pela investigação) e o que se faz, seja ao nível das práticas docentes ou das de Enfermagem...” (FG7:22).

Para professores e estudantes, outra das mais-valias da prática baseada na evidência consiste na utilização sistemática da reflexão. Argumentam professores e estudantes, que tal sistematização impele estudante, supervisor clínico e o próprio docente, à elicitação dos fundamentos subjacentes à ação e conseqüente tomada de consciência dos conhecimentos implícitos na mesma. Tal atitude possibilita assim fazer a articulação criteriosa de um conjunto de elementos-chave (a melhor evidência disponível, a habilidade clínica do profissional, os recursos disponíveis, a preferência do doente) e tomar decisões situadas informadamente.

“(...) Temos que procurar que durante os ensinamentos clínicos todo o processo formativo seja desenvolvido com base na evidência, mas que, simultaneamente, seja reflexivo e desenvolva no aluno e nos próprios supervisores, hábitos sistemáticos de reflexão e de explicitação das suas práticas, para que, desse modo, se tornem conscientes das mesmas.” (FG11:1).

“(...) O facto de termos que ir arranjar artigos científicos para ajudar a sustentar e compreender as nossas práticas, faz-nos refletir, contribui para que ganhemos consciência do que fazemos e porque fazemos, e isso, permite-nos desenvolver tanto a nível profissional como pessoal...” (EA7:17).

Tais achados parecem estar em consonância com o preconizado pela OE (2003), segundo a qual, no decurso do processo de tomada de decisão e na implementação das intervenções, os enfermeiros (e por influência destes, os estudantes) devem incorporar “os resultados da investigação na sua prática” (p.6), devendo os cuidados ser “baseados na evidência empírica” (Idem). Porém, apesar do crescente interesse pela prática baseada na evidência, quer nos contextos profissionais quer na academia, diversas pesquisas persistem em chamar à atenção para as múltiplas e distintas barreiras (pessoais, organizacionais, culturais e científicas) que se colocam à utilização da informação proveniente da investigação na tomada de decisão em Enfermagem (Pereira *et al.*, 2012; Moreno-Casbas *et al.*, 2010; Ferrito, 2007). Apesar disso, Craig e Smith

(2004), parecem estar otimistas quanto ao futuro e afirmam que “(...) *a perspectiva de Enfermagem para o século XXI, é que todos os enfermeiros procurem evidência e a apliquem na sua prática quotidiana, com uma proporção crescente de participação ativa em investigação e desenvolvimento* ” (p.3-4). Tal opinião é reforçada pela OE (2006), numa tomada de posição pública, na qual defende o desenvolvimento de estudos na área da formação e educação em Enfermagem, quer na formação inicial, quer no contexto da aprendizagem ao longo da vida, com particular incidência na área do desenvolvimento curricular e estratégias de supervisão clínica.

Na Tabela 138, podem ser observados os indicadores respeitantes à subcategoria analisada.

Uma formação alicerçada na evidência científica - Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uma formação com base na evidência científica</i> • <i>Uma formação com um enfoque reflexivo</i>

Tabela 138 - Subcategoria "*Uma formação alicerçada na evidência científica*"

Uma formação cujo enfoque resida nas necessidades específicas do utente|família

Legitimando o pensamento de que a Enfermagem é a arte e a ciência de cuidar, cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade, de modo integral e holístico, os professores defendem que a formação clínica deve ter como foco primordial as necessidades específicas de cada utente|família no decurso do seu ciclo vital. Sublinham ainda, que cabe a todos aqueles que detêm responsabilidades sobre esta componente formativa, nomeadamente, aos docentes e aos supervisores clínicos, cuidar para que tal suceda.

“(...) teoricamente o que defendemos, e o que a própria Ordem defende, é que o foco de intervenção seja o cidadão, a família, ou a comunidade, isto é, que todo o cuidado seja desenvolvido segundo uma visão holística do utente... Logo, em ensino clínico, é necessário que todos aqueles que nele têm responsabilidades, nomeadamente, professores e enfermeiros dos contextos, transmitam esse carácter humanista da prestação de cuidados ao aluno... É necessário que ele entenda, desde logo, que deve desenvolver toda a sua atividade focalizado no cidadão e nas suas necessidades específicas de acordo com o seu ciclo de vida...” (FG4:8).

De acordo com alguns estudos, o tipo de acompanhamento em ensino clínico e as metodologias utilizadas em unidades curriculares teóricas e teórico-práticas que versam temáticas, como a ética, a deontologia, a comunicação interpessoal ou a relação de ajuda, podem eventualmente constituir variáveis preditoras do grau de aquisição das

competências relacionais necessárias à satisfação das necessidades específicas de cada utente|família (Zangão, 2014; Melo e Parreira, 2009; Rua, 2009; Rocha, 2008). Atendendo a que este é um processo decisivo para o estudante, as autoras sugerem que os planos curriculares devam ser repensados pelas escolas, quer em termos de ensino teórico quer prático, no sentido de serem promovidos momentos formais e informais de discussão e reflexão de situações de aprendizagem práticas, cujo fim último, será induzir o estudante ao desenvolvimento de competências relacionais que lhe facilitem o estabelecimento de uma parceria efetiva com o utente|família. Torna-se assim pertinente desenvolver pesquisas acerca das implicações que as relações interpessoais têm na autonomia do futuro profissional e em que medida as estratégias supervisivas podem ser estimulantes ou, contrariamente, inibidores da construção de conhecimento profissional pelo estudante nesse âmbito.

Uma formação que incentive o estudante a perspetivar-se como *lifelong learner*

Hoje em dia, ninguém pode ter a expectativa que o estudante, durante a formação inicial, adquira uma bagagem de conhecimento que seja suficiente a um exercício profissional competente ao longo de toda a vida útil de trabalho, consideradas as exigências sociais e as características dinâmicas e incertas dos contextos profissionais na saúde. Cabe então à Escola, enquanto instituição formativa, ajudar o estudante e enfermeiros supervisores a reconhecer a dimensão de inacabamento e a permanente desatualização à qual todos os indivíduos estão sujeitos (Sá-Chaves, 2000), propondo-lhes projetos formativos aliciantes e facilitadores da transição|continuidade entre a formação inicial e a formação contínua.

“(...) em algumas escolas do país, há “professores residentes” nos contextos (...). Essa estreita interação com os contextos, estimula, por um lado, o desenvolvimento dos enfermeiros da prática através de formação pós-graduada e, por outro lado, que os próprios alunos do curso de licenciatura sejam potenciais candidatos a essa mesma formação...” (FG10:20).

Refletindo especificamente sobre a componente prática da formação inicial em Enfermagem, professores e estudantes consideram que esta, dado o seu carácter essencialmente prático, deveria ser mais aliciante e até quiçá indutora do desejo de “voltar à escola”, estimulando o ex-estudante à frequência de formação pós-graduada, nomeadamente, ao nível da especialização ou do mestrado em Enfermagem.

“(...) gostava que os estágios, porque são essencialmente práticos, constituíssem um móbil que levasse os alunos a interessarem-se pelo aprofundamento dos seus conhecimentos

profissionais e que, após acabarem o curso, esse interesse os fizesse voltar à escola para fazerem uma especialidade ou um mestrado. É isso que eu gostaria que acontecesse..." (FG7:18).

"(...) sei que não é fácil, mas há que tentar questionar os alunos e produzir uma formação que os estimule a interessar-se e a envolver-se no processo formativo e até deixar-lhes o "bichinho" para novas formações depois de terminarem a licenciatura, nomeadamente, a especialização...Pessoalmente, logo que possa, gostava de me especializar em Enfermagem Médico-Cirúrgica ou, inclusive, fazer o mestrado nessa mesma área" (EA2:27).

A aprendizagem ao longo da vida desempenha um papel determinante em relação à prestação de cuidados de Enfermagem, pois é uma ferramenta geradora de mudança de condutas, comportamentos e atitudes com vista à promoção do "capital humano", isto é, da sua adaptabilidade, flexibilidade e performance. Deste modo, o desenvolvimento profissional, tendo por base a perspetiva de *lifelong learner*, é uma necessidade imperativa dos enfermeiros que deve ser estimulada desde a formação inicial, uma vez que tal atitude possibilita a aquisição de competências humanas e técnicas para uma prestação de cuidados de qualidade tendo em conta os problemas da vida atual e futura e seus desafios. Sob esta moldura, é pois possível compreender que formas diferentes de produção e disseminação do conhecimento venham a ser estimuladas dentro e fora das Escolas Superiores de Enfermagem|Saúde, procurando assegurar que todo o diplomado que chega ao mercado de trabalho seja portador de um conjunto de competências transversais capaz de marcar a diferença nos destinos das organizações de saúde, conforme preconiza o Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (*International Commission on Education for the Twenty-first Century*, 1996).

A Tabela 139, reúne os indicadores relativos à subcategoria antes analisada.

Uma formação que incentive o aluno a perspetivar-se como <i>lifelong learner</i> - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Uma formação que facilite a continuidade entre a formação inicial e a formação pós-graduada</i>• <i>Uma formação que seja mais aliciante para os alunos</i>• <i>Uma formação que motive o aluno a voltar à escola e fazer formação pós-graduada</i>

Tabela 139 - Subcategoria "*Uma formação que incentive o estudante a perspetivar-se como *lifelong learner*"*

Uma formação que profissionalize

Os discursos produzidos parecem revelar uma especial preocupação docente e discente com a qualidade da formação teórica e prática oferecida na formação inicial em Enfermagem. Assim, refletindo sobre o caráter profissionalizante desta formação, os

sujeitos consideram que o ensino teórico deve preparar melhor o estudante para as “práticas reais que irão encontrar nos contextos” e para a “realidade da profissão”. Consideram também, que a componente prática deve ter maior “exigência”, para que possa ser um verdadeiro lugar de produção de saberes e de tomada de consciência profissional dos saberes intrínsecos ao desempenho da atividade profissional.

“(...) portanto, essa dos alunos irem para o ensino clínico fazerem umas coisas só por fazerem, para mim esse modelo já está ultrapassado... Na maioria dos serviços, tanto nos cuidados de saúde primários, como nos diferenciados, os próprios profissionais, os supervisores, já têm outra preocupação que não só o fazer por fazer. Eu acho que tem de se caminhar a passos largos para uma lógica de maior exigência e profissionalização do ensino em Enfermagem...” (FG9:18).

“(...) houve várias áreas clínicas que acho que na teoria, nas aulas, foram pouco exigentes, muito superficiais e mal exploradas, principalmente em cirurgia... Eu acho que nos deveriam ter preparado melhor, isto é, que nos deveriam ter preparado para a realidade que íamos encontrar no estágio e para as práticas reais nos serviços...” (EA9:29).

Pensar a formação em Enfermagem, implica assim refletir simultaneamente a natureza e o objeto da profissão. Sob esta moldura, a formação inicial deve ter a preocupação em promover um “(...) desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético dos estudantes, que proporcione os fundamentos científicos para o exercício de uma atividade multifacetada, que se desenvolve em diferentes contextos sociais, a par de um forte investimento no desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e na investigação” (Pereira *et al.*, 2008:44).

Referindo-se ainda à forma como perspetivam a componente prática da formação em Enfermagem, os docentes destacam a importância dos supervisores clínicos estarem conscientes do seu papel enquanto formadores. Consideram ainda ser desejável que estes, para além de enquadrar o cuidado em Enfermagem nas dimensões técnica, ético-deontológica e humana, o façam também na dimensão política, quer no âmbito estrito da profissão, quer em termos da saúde em geral.

“Especialmente na área comunitária é importante que os enfermeiros para além de utilizarem os modelos da família e prestarem cuidados com sentido ético e deontológico, utilizem os indicadores de saúde, conheçam os desígnios do Plano Nacional de Saúde que está preconizado para o país, não é? E isto para quê? Para que eles durante a orientação dos alunos, estejam bem conscientes do seu papel, enquadrem e fundamentem toda a atividade, os cuidados que prestam, nas directrizes e políticas nacionais e internacionais da saúde.” (FG4:28).

Refletir sobre o ensino de Enfermagem, implica considerar não só a dimensão formativa e disciplinar, mas também a sua vertente profissional e os respetivos enquadramentos nos sistemas de ensino, de saúde e da própria profissão. Neste âmbito, de acordo com Abreu (2007), é função do supervisor clínico e do docente estimular o estudante para a vertente política e ética da profissão e do seu exercício na sociedade, para que este possa (re)configurar a organização dos seus saberes, reajustando-os à luz dos normativos ético-legais e políticas vigentes e, com isso, estabelecer novos quadros interpretativos e de ação interventiva, posicionando-se gradualmente enquanto profissional e cidadão.

A Tabela 140, contém os indicadores respeitantes à subcategoria discutida.

Uma formação que profissionalize - Indicadores
<ul style="list-style-type: none">• <i>Uma formação que prepare para a prática real dos contextos</i>• <i>Uma formação que prepare para a realidade profissional</i>• <i>Um ensino prático exigente em termos profissionais</i>• <i>Uma formação que evidencie as políticas de saúde vigentes</i>

Tabela 140 - Subcategoria "*Uma formação que profissionalize*"

Uma formação que contribua para o desenvolvimento pessoal e profissional dos práticos

Na perspetiva discente, um dos efeitos secundários do acolhimento de estudantes nos contextos profissionais, relaciona-se com o desenvolvimento pessoal e profissional dos supervisores clínicos e da própria equipa de Enfermagem. Com efeito, ter de explicar os “comos” e “porquês” da sua prática e, simultaneamente, ter de ensinar e corrigir o estudante, “força” os profissionais dos contextos a refletir sobre as suas práticas e, eventualmente, a reformulá-las, em resultado dessa mesma reflexão. Por outro lado, a troca de experiências com o estudante, a partilha de informação em “sessões formativas”, bem como a atualização relativamente àquilo que é feito e o tipo de teorias e conteúdos abordados na Escola, parecem constituir uma fonte de aprendizagem e atualização para os enfermeiros dos contextos profissionais (práticos).

“(…) eu penso que o facto dos supervisores e até os restantes enfermeiros dos serviços nos acompanharem e terem de nos explicar os “comos” e os “porquês” daquilo que fazem, contribui quase “naturalmente” para o seu desenvolvimento como enfermeiros e também como orientadores... Por outro lado, nós levamos muita “informação nova”, conversamos sobre o que aprendemos na escola, fazemos apresentações nos serviços dos trabalhos que nos são pedidos, (...) embora isso nos cause alguns nervos, acaba por nos desenvolver e contribui certamente para o desenvolvimento dos enfermeiros dos serviços... Todos ficamos a ganhar...” (EA6:23).

De acordo com os testemunhos recolhidos em trabalhos anteriores (Martins, 2009; Abreu, 2007, 2003; Longo, 2005; Simões, 2004; Silva e Silva, 2004), supervisionar estágios, constitui uma oportunidade excecional para o desenvolvimento de competências profissionais e interpessoais e para reflexão sobre as estratégias utilizadas *versus* eficácia das aprendizagens. Uma outra vantagem identificada no estudo de Longo (2005), foi a gratificação sentida por alguns enfermeiros supervisores, pela consciência de estarem a contribuir para o desenvolvimento de “outrém” e de diariamente poderem assistir ao crescimento pessoal (e profissional) do estudante. Por seu lado, Martins (2009), concluiu que ao partilhar com o supervisor as suas experiências, medos e ansiedades e ao debater as suas teorias e conceções acerca da profissão (ainda que distintas das do supervisor e até eventualmente ingénuas e imaturas), o estudante desenvolve elevados níveis de satisfação porque sente que contribui para a aprendizagem e desenvolvimento do seu orientador e dos enfermeiros da equipa em que está inserido.

Em **síntese**, os professores e os estudantes auscultados, de modo geral, são unânimes em considerar que as finalidades do *practicum*, no quadro da formação inicial em Enfermagem, carecem de ser reequacionadas. Sob este pensamento geral, especificamente, defendem que a formação clínica:

- deve ser alicerçada na evidência científica e na reflexão (minimizando assim a distância entre os avanços científicos e as práticas efetivas no terreno);
- deve ter como foco as necessidades da pessoa|grupo|comunidade alvo de cuidados;
- deve ajudar o estudante a perspetivar-se como *lifelong learner*;
- deve facilitar a profissionalização do estudante (isto é, facilitar o processo pelo qual o estudante não só adquire um corpo de saberes e de saberes-fazer mas adere a um conjunto de comportamentos de ordem ética, que no seu conjunto lhe permitem tornar-se enfermeiro);
- deve constituir um contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional dos práticos (enfermeiros supervisores|equipa de Enfermagem dos contextos).

CONCLUSÕES

Terminada a apresentação dos resultados e seu confronto com a literatura e estudos realizados no campo do ensino clínico em Enfermagem a que acedemos, lembramos que era nosso objetivo geral conhecer o valor formativo da prática para docentes e discentes no âmbito da formação inicial de enfermeiros. Especificamente, no caso dos professores, pretendíamos saber qual o efeito formativo da prática na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências profissionais bem como na construção de conhecimento profissional docente. Relativamente aos estudantes, ambicionávamos saber qual o efeito formativo da prática na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, competências e construção identitária e, ainda, do contributo docente para esse fim.

Relembramos que a questão de partida decorreu da nossa convicção de que o aprofundamento do conhecimento do valor formativo da prática pelos docentes e atores diretamente envolvidos no processo formativo é uma das condições primordiais para potenciar o seu papel na formação profissional dos estudantes e, também, da preocupação com a parca investigação existente no sentido de proporcionar a compreensão do modo de pensar dos formadores de enfermeiros – aqui cingindo-nos aos docentes que para além de colaborarem nas Unidades Curriculares teóricas e teórico-práticas na academia, orientavam|supervisionavam os estudantes na componente prática – e estudantes (do quarto ano do CLE), acerca do valor formativo desta componente curricular para lá das muitas crenças conhecidas. Sob esta moldura, a questão central que norteou o nosso estudo era a seguinte:

Que conceções têm docentes e discentes, sobre o que constitui o valor formativo da prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem?

O estudo insere-se no paradigma da investigação interpretativa assente na metodologia qualitativa. Os resultados a que chegamos foram obtidos a partir de sessões de *focus-group* aos professores e entrevistas semi-estruturadas aos estudantes e não devem ser extrapolados para lá das condições descritas no estudo. Apesar de as características da investigação não nos permitirem entrar em generalizações, os dados reunidos permitiram-nos evidenciar alguns elementos que nos facultam uma compreensão mais profunda e fundamentada desta componente formativa considerada estruturante e estruturadora quer da configuração profissional dos estudantes-futuros enfermeiros quer do desenvolvimento profissional dos docentes que os orientam|supervisionam. A

informação coligida é sem dúvida reveladora do valor formativo da prática, sobretudo se tivermos em conta que resulta das narrativas dos principais atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem clínico – professores e estudantes – e, de uma forma geral, tanto corrobora o que tem vindo a ser apontado pela literatura, como revela elementos de novidade.

Nos capítulos anteriores, em particular, nos momentos de síntese que fomos produzindo ao longo da apresentação e discussão dos dados, procurámos ir desocultando dados que nos permitissem aprofundar o conhecimento acerca do valor formativo da prática para docentes e discentes, no quadro da formação inicial em Enfermagem. Nesta fase final, evitando tornar a análise repetitiva é nosso propósito sistematizar e integrar as evidências que o trabalho oferece face aos objetivos inicialmente traçados, procurando apreender e sistematizar os seus sentidos em função das interrogações e objetivos de que partimos.

Vejamos então o que de mais saliente nos sugere este estudo:

Em primeiro lugar e antes de passarmos a uma incursão pelos vários objetivos do estudo, afigura-se-nos como relevante lembrar algumas características mais salientes de ambos os grupos de sujeitos deste estudo.

No que respeita aos docentes, tal como sobejamente evidenciado pela literatura estamos perante uma profissão “no feminino” à semelhança do que acontece nas áreas do exercício profissional de Enfermagem (OE, 2015; Collière, 1999). No que se refere à carreira, verifica-se a predominância da categoria de Professor Adjunto, situando-se a experiência profissional docente no intervalo entre 5 e 28 anos, o que acordo com Huberman (2005), compreende todas as fases de desenvolvimento docente na carreira, com exceção da inicial – entrada|tacteamto – e da final – desinvestimento. Acresce dizer que todos os professores previamente à entrada na carreira docente exerceram a profissão de Enfermagem, durante a qual, tiveram oportunidade de orientar|supervisionar estudantes em ensino clínico, tendo sido, na generalidade dos casos, essa a via de acesso à carreira docente. Provavelmente, decorrente dessa situação, os professores do estudo dizem sentir-se simultaneamente enfermeiros e professores, manifestando alguma dificuldade em dissociar essas duas valências profissionais, o que de acordo com alguns autores pode ser indiciador de uma identidade profissional ambígua ou compósita (Figueiredo, 2013; Mestrinho, 2011; Pedro 2011) ou dual (Lopes *et al.*, 2013).

O grau acadêmico com maior representação é o grau de Mestre, seguido do grau de Licenciado sendo que apenas três dos professores auscultados possuem o grau de Doutor. Refira-se ainda que nos docentes com o grau de Mestre, verifica-se uma predominância na área de especialização em Ciências de Enfermagem. Paralelamente à procura de formação na área profissional em Enfermagem os docentes parecem ter também alguma preocupação com o seu desenvolvimento profissional enquanto docentes, sendo que, quase metade (45,5%), têm formação na área das Ciências da Educação. Esta tendência faz-nos pensar que as atuais exigências da carreira docente, parecem incutir nos professores não apenas a preocupação com a sua formação científica na área disciplinar mas também algum cuidado no que toca à sua preparação pedagógica, sendo que esta começa a ganhar alguma evidência na investigação em Enfermagem (Gonçalves, 2012; Mestrinho, 2011). Ilustrativo desse desiderato, é também o imperativo introduzido por Bolonha de generalizar o paradigma da aprendizagem a todo o ensino superior, o que implica em muitos casos, profundas mudanças nas formas de pensar e agir profissional dos docentes.

No que respeita aos estudantes, apesar de no nosso estudo o número de estudantes do género masculino ser praticamente coincidente com o número de estudantes do género feminino, tais resultados são fruto da casualidade e não expressam a realidade nacional como se pode constatar numa simples consulta do PORDATA. De acordo com esta base de dados, os estudantes inscritos no ensino superior na área da saúde em 2016, são esmagadoramente do sexo feminino (76,8%), dado que nos permite inferir um cenário futuro de continuidade de fememinização da profissão de Enfermagem.

Retomemos então os objetivos do estudo, identificando para cada um os principais contributos da investigação.

a) valor formativo da prática em contexto de trabalho para os docentes

Consignando-se como nosso objetivo conhecer a perspetiva dos professores de Enfermagem acerca do valor formativo da prática, do ponto de vista das aquisições|desenvolvimento de conhecimentos, valores, atitudes e construção de conhecimento profissional docente, os dados que reunimos possibilitaram-nos tirar algumas ilações que são pioneiras a esse respeito, considerando que a investigação e a literatura nacionais sobre esta temática é praticamente inexistente.

O pensamento de que a prática constitui uma das fontes de conhecimento profissional docente parece ser amplamente aceite pelos professores deste estudo.

Em termos gerais, as referências evidenciam que o contacto direto com as situações de trabalho parece propiciar, não apenas a mobilização de conhecimento adquirido previamente, mas também, a experiência pessoal e profissional.

Recordamos que a totalidade dos professores do estudo exerceu Enfermagem previamente à entrada na carreira docente e, nesse âmbito, salientam que o contacto com as situações de trabalho é um forte contributo para a atualização dos conhecimentos em Enfermagem. Concretamente, o questionamento feito pelo estudante, bem como a verbalização da justificação das ações desenvolvidas; a observação da atividade clínica nos contextos ou a leitura|avaliação dos trabalhos desenvolvidos pelos estudantes durante os estágios, no seu conjunto, parecem constituir oportunidades únicas de desenvolvimento e renovação de conhecimentos no plano da área disciplinar. Ao mesmo tempo, sublinham a importância que esse contacto tem no desenvolvimento dos adquiridos e na aquisição de novos conhecimentos e competências no plano da docência. Na ótica docente, este desenvolvimento profissional situado estende-se ainda ao plano dos modelos de organização dos serviços e de gestão de cuidados. Especificamente, referem que nos contextos profissionais têm a oportunidade de contactar com novas terapêuticas e aceder à inovação quer em termos de equipamentos|dispositivos médicos quer de ferramentas digitais de gestão de cuidados. Por último, mencionam ainda a possibilidade de conhecer de forma proximal os utentes|famílias, seus problemas e necessidades, dimensão muito relevante já que serão estes os beneficiários do agir profissional daqueles que pretendem formar profissionalmente, os futuros enfermeiros.

A possibilidade dos professores, em situação, poderem refletir na e sobre a ação afigura-se como uma mais-valia primordial. Neste âmbito, a comparação das práticas desenvolvidas nos diferentes contextos; a reflexão sobre as práticas que aí observam; o questionamento das suas próprias práticas de ensino e a busca sistemática de um exercício baseado na evidência, parecem constituir estratégias fundamentais ao processo de “tornar-se” um professor autónomo, científica, ética, pedagógica e politicamente responsável. Das narrativas docentes sobressai ainda que o contacto dos professores de Enfermagem com os distintos cenários de prestação de cuidados é considerado um elemento essencial e insubstituível na aquisição de conhecimento prático. Este dado remete-nos para a ideia de que as “aquisições da prática” emergem não só do contacto docente com as situações de trabalho, mas também dos processos reflexivos

desencadeados|suscitados nas e pelas mesmas e, portanto, apontam para a inevitável interdependência prática profissional-reflexão amplamente divulgada na literatura.

Reconhecendo que uma parte das necessidades individuais de formação tem uma identidade ecológica, isto é, que não podem ser apreendidas senão num contexto determinado, as situações de trabalho são apontadas pelos docentes como uma forma extremamente forte de provocar a tomada de consciência das suas necessidades de formação, quer no plano da sua especialidade de ensino em Enfermagem, quer do ponto de vista pedagógico. Salientam que a permanência nos contextos de trabalho e a orientação|supervisão do estudante exige dos professores uma constante procura de informação (seja em revistas científicas, livros técnicos ou nos motores de busca *on-line*) e de formação (nomeadamente, pós-graduações, mestrados e doutoramentos). Esclarecem os docentes, que não se trata tanto de responder às exigências da carreira, mas antes, da possibilidade de reinvestimento do saber adquirido na sua própria prática; de atualização e de desenvolvimento profissional, o que nos deixa perceber uma certa consciência docente de inacabamento, de desatualização e de desafio profissional (Sá-Chaves, 2000).

Para alguns docentes, o contacto com os contextos profissionais aparenta constituir um dos motivos conducentes à investigação das suas próprias práticas. Tais resultados parecem indiciar uma reconfiguração identitária do professor de Enfermagem, uma vez que deixam perceber, ainda que de forma frágil, a passagem da condição de “artesão ou de mestre intruído”, que domina os conteúdos, para a de “professor reflexivo e investigador” que reflete e investiga as suas próprias práticas, fundamentando a sua ação e resolvendo os problemas de forma científica, pertinente e contextualizada, ideia já apontada em anteriores trabalhos (Figueiredo, 2013; Nascimento, 2012; Mestrinho, 2011; Pedro, 2011).

À prática em contexto de trabalho é também reconhecido um efeito promotor de um ambiente colaborativo entre todos os atores com responsabilidades na componente prática da formação inicial em Enfermagem. Especificamente, no que respeita aos professores, destacam como aspetos particularmente positivos da colaboração docente, a partilha de experiências e dificuldades, o espírito de entreajuda e a possibilidade de tomada de decisão conjunta. Frisam que tais práticas propiciam melhores condições para enfrentar com êxito as incertezas e obstáculos que surgem no quotidiano supervisivo clínico. A prática afigura-se assim como uma importante estratégia de desenvolvimento de espírito colaborativo tantas vezes reconhecido como necessário

num terreno tão complexo que envolve instituições tão distintas – de ensino e de formação – e também diferentes formadores em interação – docentes da instituição de formação inicial e enfermeiros supervisores do contexto de trabalho.

No que respeita à colaboração entre docentes e enfermeiros dos contextos profissionais, os dados permitem perceber que os professores consideram a prática profissional uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento conjunto de ambos os atores. Entre as atividades consideradas promotoras desse desenvolvimento estão: o desenvolvimento de projetos conjuntos; o desenvolvimento de formações conjuntas (no âmbito de pós-graduações ou especialidades em Enfermagem); o planeamento, desenvolvimento e avaliação do ensino clínico conjuntamente (professor, supervisor clínico, chefia do serviço e estudante). Numa perspetiva mais ampla, a permanência docente nos contextos de trabalho, é ainda considerada facilitadora de um ambiente colaborativo a nível interinstitucional, nomeadamente, porque parece viabilizar a difusão do conhecimento científico e introdução de uma “cultura reflexiva” nos contextos de trabalho e, reciprocamente, incutir a entrada de conhecimento prático na academia. Embora tenhamos obtido estes resultados, acerca do valor formativo da prática em termos colaborativos, como adiante se verá, paradoxalmente os sujeitos não deixam contudo de salientar as dificuldades em articular interesses tão distintos como os da academia e das organizações de saúde, nomeadamente, no que respeita à relação entre teoria e prática e à realidade veloz desta última, que pouco ou nada se compadece com processos reflexivos, sendo estes frequentemente “deixados para segundo plano”.

Para os professores ouvidos, os contextos profissionais, não só pelo simbolismo, significações e saberes de que estão imbuídos, mas também, pelas múltiplas interações que propiciam, são considerados um elemento essencial no processo de socialização docente. Neste âmbito, são várias as referências que demonstram que os ensinamentos clínicos propiciam o estabelecimento de uma relação mais proximal e informal entre professor e estudante, comparativamente à relação estabelecida em contexto escolar. De modo similar, o contacto com múltiplos e diferentes contextos é também evidenciado pelos sujeitos como fundamental à familiarização docente com os supervisores clínicos|equipas de Enfermagem e equipas multidisciplinares, na medida em que lhes permite adquirir aquilo que designam por “competência social” (Mestrinho, 2011). As sinergias resultantes da interação entre os distintos atores são ainda salientadas como um fator decisivo na agilização das tomadas de decisão intrínsecas à programação e desenvolvimento do *practicum*.

O contacto docente com os contextos profissionais, parece constituir uma componente fundamental e imprescindível à construção da profissionalidade docente. Realçam que o acompanhamento|supervisão do estudante em ensino clínico incita o professor a refletir e a interrogar-se acerca das suas práticas e também sobre a profissionalidade desejável para o professor de Enfermagem. Nesta perspetiva, a prática emerge como o terreno ideal para o docente manifestar uma atitude ética e deontológica quer em termos de ideal de ensino quer de cuidado. Este achado, remete-nos para a ideia de que está implícito nos discursos docentes uma dimensão axiológica ligada a valores de ensinar e de cuidar, valores de dignidade humana e de integridade ética (Mestrinho, 2011; Davis *et al.*, 2005). Sob esta perspetiva, os discursos docentes parecem reforçar a ideia de que a prática em contexto de trabalho possibilita a ultrapassagem do ensino académico, tradicionalmente mais teórico, em direção a um ensino situado, contextualizado, no qual é possível fazer uma melhor integração entre a teoria e a ação prática.

Refletindo sobre a importância e influência dos contextos de trabalho no desenvolvimento profissional docente, os professores apontam a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da supervisão clínica como um dos principais benefícios do acompanhamento|orientação de estudantes. À semelhança do já referido anteriormente, também neste âmbito, defendem que só em contexto é possível gerir relações interpessoais, fazer gestão de conflitos, articular teoria e prática, comunicar assertivamente com o estudante e supervisor clínico ou escutar o estudante de modo compreensivo. Reforçam ainda os docentes, que o contacto com a prática vai muito além da aquisição de competências novas – facilita a sua problematização, fundamentação científica e conscientização.

Apesar de serem poucas as referências ao papel da prática na construção identitária docente, na ausência de uma preparação formal para o exercício docente, a prática mostra-se como essencial, sendo perceptível uma certa ambivalência discursiva acerca das representações acerca de si mesmos. Por um lado, do ponto de vista identitário, referem-se a si mesmos com enfermeiros mas, por outro lado, consideram-se docentes, o que parece ser revelador da existência de uma “identidade difusa”, “compósita” (Figueiredo, 2013; Pedro, 2011; Mestrinho, 2011) ou “dual” (Lopes *et al.*, 2013), provavelmente resultado de uma transição abrupta para o Ensino Superior Politécnico.

Em suma, o valor formativo da prática para os professores deste estudo parece estar intrinsecamente ligado não apenas à possibilidade de mobilização de saberes adquiridos previamente (da formação formal e não formal e da experiência) mas, também, à

aquisição situada de novos saberes que conjugando-se e ressignificando-se conduzem o professor de Enfermagem à reconstrução de saberes profissionais de diversa ordem, necessários ao exercício da profissão – saberes de conteúdo, do *curriculum*, pedagógicos gerais, pedagógicos de conteúdo, dos contextos, dos estudantes e das suas características e, ainda, dos objetivos, fins e valores educacionais (Shulman, 2005; 2004; 1987; 1986). Aos saberes anteriores acrescentamos também o conhecimento de si próprio e das situações que experiencia (Elbaz, 1988), enquanto condição primordial para potenciar o papel docente na componente prática da formação inicial de enfermeiros e de reinvestimento desse conhecimento na sua própria prática, num ciclo recursivo.

b) valor formativo da prática em contexto de trabalho para os estudantes

Referindo-se os docentes e os estudantes ao valor formativo da prática para estes últimos, no plano das aquisições|desenvolvimento de conhecimento e competências, numa abordagem geral, destacam a importância das aprendizagens situadas e supervisionadas na aquisição e desenvolvimento de saberes e competências ligadas à complexidade do agir profissional do enfermeiro, desde as questões mais técnicas às mais holísticas do cuidar, numa lógica reflexiva e questionadora quer da prática – observada nos profissionais ou praticada pelos próprios estudantes – quer dos quadros teóricos trazidos da academia.

Numa abordagem mais pormenorizada, expressões como: “a prática permite colocar as mãos na massa” e sinónimas, permitem-nos inferir o valor formativo atribuído à prática|*practicum* por docentes e discentes. Neste âmbito, realizar técnicas de Enfermagem, manipular fármacos e diferentes dispositivos e equipamentos médicos, parecem constituir excelentes estratégias para que o estudante possa “fazer a mão” e, consequentemente, ganhar desenvoltura técnica e rapidez no agir.

Para além dos aspetos destes, também os cognitivos são destacados, como mais-valias da imersão discente na prática profissional. Entre as atividades mencionadas como promotoras desse fim parecem estar o planeamento de cuidados, o diagnóstico de Enfermagem, a recolha e organização de informação relativa ao doente, a passagem oral do turno, a realização de registos de Enfermagem, o conhecimento dos fármacos, suas indicações e contra indicações ou, ainda, a realização de sessões de ensino para a saúde aos utentes|famílias.

A possibilidade de observação e análise das práticas, durante o ensino clínico, é também salientada como uma oportunidade formativa de suma importância. Neste âmbito, o confronto do estudante com diferentes modelos de ação, ouvir a opinião de quem sabe e tem mais experiência, questionar quem sabe e aprender os “truques da profissão” no quadro de uma lógica reflexiva (na e sobre a ação) parece consignar à prática um lugar de destaque na construção de saberes essenciais ao exercício da profissão.

O cuidar emerge das narrativas docentes e discentes como eixo estruturante do processo de ensino-aprendizagem clínico. Sob esta perspectiva sublinham a importância do estudante poder contatar e atuar em múltiplos e distintos cenários de prática clínica quer em termos hospitalares quer comunitários. Enfatizam que só na prática o estudante tem a oportunidade de aprender a cuidar segundo os diversos níveis de prevenção, contatar com a vulnerabilidade humana, relacionar-se com|”manipular” o corpo de outrem, conseguir estabelecer uma relação de ajuda e terapêutica e aprender a gerir emoções e sentimentos profissionais.

A consolidação de aprendizagens profissionais por via da mobilização situada de conhecimentos previamente adquiridos ou pelo confronto com situações novas que interpelam o conhecimento preexistente, é igualmente reconhecida como uma mais-valia formativa da imersão discente nos contextos profissionais. Também a possibilidade de pensar e agir na complexidade e imprevisibilidade das situações profissionais, aproximar-se à visão holística do utente|família ou tomar consciência dos ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de Enfermagem, configuram aquisições muito valorizadas.

No plano da construção identitária, as opiniões de ambas as populações auscultadas parecem convergir no pensamento geral de que “tornar-se enfermeiro” é um processo fortemente marcado na e pela interação discente com diferentes lógicas (clima e cultura dos contextos, do enfermeiro supervisor, dos elementos que compõem a equipa multidisciplinar, dos pares (estudantes), dos próprios doentes|família, do docente), sendo por isso percebido como um processo dinâmico e multiforme e, simultaneamente, estável e transitório, que paulatinamente vai possibilitando ao estudante tomar consciência das funções|papel do enfermeiro. Neste processo de metamorfose, as alterações verificadas no modo como o estudante se percebe a si, aos outros e à própria profissão (nomeadamente em termos de postura, com efeito no desenvolvimento da ação profissional: ganho de confiança, segurança, maior abertura e flexibilidade), são aspetos que deixam transparecer a ideia de que a componente prática em contexto

profissional é uma etapa do processo formativo essencial à ocorrência de mudanças fundamentais no saber-estar e no saber-ser e, eventualmente, ao nível das crenças e concepções discentes. Sob esta perspectiva, as aprendizagens que têm lugar no contexto de trabalho para além de implicarem o estudante no seu todo (conhecimentos, atitudes, valores, as relações e afetos e, também, a sua própria personalidade), simultaneamente, parecem decorrer da interação, na sinergia e na conflitualidade presente entre uma variedade grande de dimensões nomeadamente as contextuais.

Em suma, os resultados obtidos parecem autorizar-nos a concluir que os sujeitos quando colocados perante a questão do valor formativo da prática para os estudantes, deixam transparecer uma concepção que vai para além de uma visão aplicacionista de conhecimentos adquiridos durante os períodos teóricos na academia, assente numa perspectiva de racionalidade técnica. Contrariamente, parece estar implícita nos seus discursos uma compreensão que advoga a aquisição de conhecimento profissional, numa lógica construtivista, valorizadora de uma epistemologia da prática (suportada, entre outros, pelos trabalhos de Schön, 2000, 1987, 1983; Shulman, 2005, 2004, 1987, 1986; Tardif, 2000).

c) Contributo docente para a formação do estudante em contexto clínico na ótica de docentes e discentes

Dado o papel de destaque que os professores adquirem no contexto da análise do valor formativo da prática, isolámos esta componente que nos permite analisar o contributo docente para a formação do estudante em contexto clínico na ótica de docentes e discentes. Assim, em termos gerais, os professores e os estudantes parecem situar-se no horizonte de uma educação problematizadora, convergindo os seus discursos na preocupação docente em contribuir para a aquisição|desenvolvimento de conhecimentos e competências profissionais e construção identitária discente. Para tal salientam que os professores no desempenho do seu papel de supervisor|orientador da escola, procuram desenvolver um ensino situado, centrado no estudante, promotor de reflexão na e sobre a ação, sustentados numa atmosfera colaborativa entre os diversos agentes formativos (supervisores clínicos e pares).

Em concreto, docentes e discentes sublinham que o “gesto clínico” constitui o eixo organizador de toda a atividade. São diversas as pistas fornecidas pelos nossos interlocutores que nos permitem apreender o que fazem os docentes durante o *practicum* para propiciar aos estudantes aprendizagens situadas e em profundidade durante os

períodos de imersão nos contextos profissionais. Entre as atividades mencionadas destacam, nomeadamente: apoio no planeamento de atividades; observação do estudante em ação; auxílio na utilização dos Sistemas de Informação em Enfermagem; ajuda na elaboração de registos; incitação à descoberta e ao fazer|experienciar; orientação no estabelecimento de prioridades; ajuda perante situações novas ou complexas; partilha de estratégias de resolução de problemas; auxílio na mobilização situada de conhecimento e na escolha de recursos e estratégias adequadas à resolução das situações. Para além do apoio|orientação na aquisição de conhecimento declarativo e processual, os sujeitos salientam ainda que o *practicum* é o território ideal para o professor “transmitir” as atitudes, valores e normas que enquadram o agir profissional em Enfermagem.

A análise do material obtido quer nas entrevistas semi-estruturadas quer nas sessões de *focus-group* permitiu-nos identificar um leque de indicadores que parecem indiciar o pensamento comum de que os professores procuram desenvolver um ensino centrado no estudante. Salientam que durante o *practicum*, geralmente, o docente procura submeter a sua ação a trajetos pedagógicos que destacam o papel ativo do estudante no processo educativo clínico, envolvendo-o em atividades de pesquisa e projetos pedagógicos desafiantes que o induzem a tomar consciências das suas limitações e necessidades de formação. Neste quadro, o uso do questionamento, a exigência de fundamentação científica das práticas clínicas, “limar arestas de personalidade”, esclarecimento de dúvidas, demonstração, crítica construtiva, identificação de áreas lacunares de conhecimento, *feedback* oportuno e contextualizado ou, ainda, incentivo ao trabalho autónomo e também colaborativo (através de reuniões de grupo|turma e do desenvolvimento de trabalhos de grupo), parecem constituir estratégias formativas comumente utilizadas, cuja finalidade é o crescimento do estudante na sua singularidade.

Neste estudo, os sujeitos identificam alguns modelos de formação em uso, nos quais, os estudantes durante o *practicum* têm a oportunidade de trabalhar os conteúdos de saberes declarativos e processuais antes, durante e após a ação. Neste âmbito, realizar reuniões para análise das práticas ao longo do ensino clínico, colocar o estudante a escrever reflexivamente sobre o que aprende e como aprende, solicitar projetos ou relatos com análise, promover a observação e execução com análise ou, ainda, envolver o estudante na realização de trabalhos de investigação sobre a própria prática, parecem constituir um conjunto de estratégias com valor formativo acrescentado, cujo fim último é a indução discente à reflexão (individual e coletivamente) e à formalização dos saberes

indispensáveis ao desenvolvimento de competências nos vários domínios de intervenção exigidos ao futuro enfermeiro de cuidados gerais.

O suporte oferecido durante os períodos de inserção no terreno da prática profissional é também apontado pelos sujeitos como um contributo docente decisivo, cuja influência se pode fazer sentir no maior ou menor sucesso académico do estudante. Os apoios técnico e emocional são assim considerados elementos-chave no processo da interação professor-estudante. Este dado permite-nos colocar a hipótese de que estamos perante resultados que indiciam que os docentes não estão apenas preocupados com o desenvolvimento do “estudante-formando” mas também com o “estudante-pessoa”, pensamento que encontra raízes na própria perspetiva do cuidar em Enfermagem (*caring*) (Lopes *et al.*, 2013).

Surgiram também diversas referências que nos possibilitaram inferir a importância atribuída pelos sujeitos à própria supervisão docente, enquanto estratégia formativa, no desenvolvimento de conhecimentos, capacidades, valores e atitudes pelo estudante. Nas práticas supervisivas comumente utilizadas para esse fim, parecem estar incluídas atividades bastante distintas e abrangentes que vão desde dimensões estritamente pedagógicas (como o planeamento|desenvolvimento do ensino clínico e o acompanhamento|monitorização das aprendizagens do estudante), passando por dimensões relacionais (como a mediação da relação entre estudante e supervisor clínico|equipa de Enfermagem|equipa multidisciplinar ou entre estudante e utentes|famílias), chegando até dimensões do foro colaborativo (como por exemplo, a facilitação da articulação entre a academia e os contextos profissionais). Especificamente, no âmbito desta última dimensão, a estratégia docente parece passar, por um lado, pelo fornecimento de apoio|suporte ao supervisor clínico, antes e durante os ensinamentos clínicos, e pela realização de atividades de formação destinadas a esse grupo de atores; por outro lado, pelo apoio|suporte entre os próprios docentes, ainda que muitas vezes restringido à análise conjunta das experiências supervisivas após o término dos ensinamentos clínicos.

Dos discursos transparece ainda a valorização atribuída pelos sujeitos a algumas “competências pessoais” do docente comumente utilizadas por este no seu quotidiano supervisivo, o que parece evidenciar alguma valorização|preocupação dos sujeitos com a dimensão pessoal do professor e reiterar o postulado por Zabalza: “(...) *os professores tanto ensinam por aquilo que sabem como por aquilo que são*” (2009:70).

Em suma, de acordo com os dados obtidos, parece começar a desenhar-se um modelo de formação para o ensino clínico, no qual o professor de Enfermagem parece transitar de um papel de transmissor para o de facilitador, segundo o qual, promove aprendizagens auto-reguladas através de estratégias pedagógicas ativas e participativas. Apesar de não podermos assegurar que tal transição está em curso, muito menos que é já uma realidade, face à ausência de observação de campo no nosso estudo, a imagem de professor centrado no estudante e na sua aprendizagem (Feixas, 2002), parece ser uma imagem bastante presente no pensamento e discursos dos professores e estudantes ouvidos, o que parece ser indiciador de um avanço no conhecimento relativamente a estudos anteriores (Lopes *et al.*, 2013; Nascimento, 2012; Mestrinho, 2011; Macedo, 2010; Amendoeira, 2009; Martins, 2009, entre outros).

d) fatores potencialmente constrangedores do valor formativo da prática para os docentes

Da análise dos dados recolhidos emergiu um conjunto de indicadores que traduzimos por fatores potencialmente constrangedores do desenvolvimento da componente prática em contexto de trabalho na formação inicial em Enfermagem, nomeadamente, no que diz respeito ao valor formativo que aquela componente pode ter.

Os obstáculos percebidos/sentidos pelos docentes durante os ensinamentos clínicos, de acordo com os dados coligidos, apontam para três principais domínios:

- (1) ausência de uma perspetiva integrada da formação dos futuros enfermeiros nesta componente de prática em contexto de trabalho – inclui referências explícitas à desarticulação interinstitucional e à preparação deficitária para o exercício da função supervisiva;
- (2) deficiência na organização desta componente de formação – inclui referências à forma de gestão do ensino clínico pelas instituições envolvidas e aspetos normativos intrínsecos ao próprio ensino clínico;
- (3) a carência no plano relacional – inclui referências quer à interação com o enfermeiro supervisor quer a interação com o estudante quer ainda à interação com os contextos de trabalho.

Ausência de uma perspectiva integrada da formação – importância da articulação interinstitucional

Como evidenciado anteriormente, um dos principais constrangimentos amplamente destacado pelos docentes, prende-se com a desarticulação percebida|sentida entre a academia e as organizações de saúde. Para tal, parecem confluir distintos motivos, dos quais, pela sua incidência discursiva, destacamos os seguintes: ausência de parcerias efetivas e de articulação conceptual entre ambas as organizações envolvidas.

Os sinais dessa frágil articulação podem ser percebidos nos mais pequenos detalhes do quotidiano supervisivo docente: dificuldades na obtenção de campos de estágio; as respostas às solicitações das escolas para a realização dos ensinamentos clínicos são comunicadas em “cima da hora” do seu início; ausência de planeamento conjunto dos ensinamentos clínicos; estágios apenas acordados nos aspetos burocráticos, havendo diferenças importantes dos contextos relativamente à dimensão pedagógica; afastamento e indisponibilidade dos profissionais para apoiar os professores da instituição de formação inicial em virtude da extensão das suas funções laborais sem qualquer compensação, seja ela curricular, financeira ou redução do tempo de trabalho na prestação de cuidados; incapacidade docente para intervir nos locais de trabalho do enfermeiro em termos de condução do processo supervisivo; ausência de participação|colaboração na seleção dos supervisores clínicos e, ainda indisponibilidade dos serviços para dispensar os enfermeiros supervisores para a frequência da formação disponibilizada pela escola.

Em suma, os docentes dizem existir um “verdadeiro desencontro conceptual”.

A ausência de um projeto de formação que assuma claramente a prática como eixo central das estratégias de formação, que comprometa quer as instituições de formação quer as instituições onde se realiza a atividade profissional para a qual se preparam os estudantes (e o custo elevado que tal representaria) tem, certamente, uma importante parte de responsabilidade pela dicotomia das lógicas presentes – trabalho e formação – que se cruzam nos ensinamentos clínicos mas que são de naturezas e objetivos muito diferenciados.

O projeto de formação fica assim muito limitado e, embora essa limitação possa ser minimizada por eventuais protocolos|parcerias estabelecidos caso a caso, como é sugerido há muito pelos estudos na área, é outro o processo que se requer. As novas relações entre a formação e o trabalho não se coadunam com a dissociação entre

academia e contexto de trabalho: a prática em contexto é uma componente essencial da preparação profissional do enfermeiro (como evidenciam discursivamente os nossos sujeitos) que tanto tem de interessar à escola de formação, para apoiar a transferência das competências académicas para as competências profissionais, como às instituições de saúde pelo contributo para o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

Ausência de uma perspetiva integrada da formação – importância da formação para o exercício da função supervisiva

A ausência de formação em supervisão clínica afigura-se como um contributo gerador de sentimentos de desagrado relativamente ao trabalho de acompanhamento dos futuros enfermeiros durante a sua permanência em contextos de trabalho.

Ao longo das suas narrativas, os docentes “deixam escapar” diversas e diferentes dificuldades que, no seu conjunto, parecem indiciar a existência de um sentimento genérico de impreparação para o exercício da função supervisiva.

O reconhecimento da necessidade de investimento na formação em supervisão clínica e especificamente na dimensão pedagógica, parece relacionar-se com a perceção docente de que ensinar exige mais do que ter conhecimento disciplinar, evidenciando-se a necessidade dos professores auscultados em obter referenciais teóricos que fundamentem o seu trabalho. De alguma forma evidencia-se ainda a persistência de práticas tradicionais que tendem a considerar que quem sabe um dado conteúdo sabe ensiná-lo e, sobretudo, sabe como fazê-lo aprender e, tendo alcançado a aprendizagem, sabe como conseguir a sua transferência para a ação profissional.

Entre os campos onde, de forma mais acentuada, se faz observar a fragilidade da formação pedagógica docente, em ordem a um acompanhamento satisfatório dos estudantes, encontramos a dificuldade no domínio da avaliação, nomeadamente na avaliação dos adquiridos pelo estudante durante a sua prática. Argumentam os professores que apenas têm experiência de avaliação nos “saberes teóricos”, pelo que, sempre que têm que avaliar os “adquiridos da prática”, sentem-se “constrangidos” e até “desconfortáveis” nesse papel. Quiçá, decorrente desta perceção, os professores assumem ter dúvidas quanto à justiça dos seus critérios e juízos aquando da avaliação do estudante. Sublinham ainda, o carácter solitário da atividade avaliativa em ensino clínico, sugerindo que deveria existir uma maior interação e partilha entre docentes, no sentido de tornar o processo avaliativo da componente prática “mais escrutinado”, mais justo” e “mais transparente”.

O afastamento da prática clínica por parte dos docentes constitui outra barreira importante, sendo percebido pelos professores como uma condição desfavorável à supervisão e, inclusive, considerado “pedagogicamente negativo” quer em termos de “processo” quer de “resultado”. Por um lado, defendem os docentes, que o facto de praticarem uma supervisão “não presencial” é gerador de sentimentos de insegurança e de incapacidade, face à necessidade “de rigor” e de “controlo absoluto” do processo de ensino-aprendizagem clínico. Por outro lado, os docentes sentem que o seu afastamento da prática parece ser um fator contributivo relevante para a sua desatualização em termos de conhecimento prático e inibidor da possibilidade de investigação das suas práticas docentes em ensino clínico. A opinião destes professores parece assim coincidir com os resultados do estudo de Mestrinho (2011), segundo os quais, o afastamento docente da prática poderá traduzir-se numa desadequação entre a investigação que os professores produzem e as práticas de Enfermagem e, em última análise, entre o ensino e a própria investigação.

São ainda apontadas como limitações a débil e, ao mesmo tempo, complexa delimitação do seu papel quando em ensino clínico. Subjacente a tal percepção parece estar a ausência de definição legal das funções de docente e de supervisor clínico e, talvez por isso, alguns professores dizem sentir a necessidade de validar, sempre que possível, todas as suas decisões com os colegas mais experientes ou com a coordenação do ensino clínico.

Deficiência na organização desta componente de formação

De entre as dificuldades percebidas pelos docentes como limitativas de um desempenho docente satisfatório relativamente ao acompanhamento dos estudantes durante os ensinamentos clínicos, emergem as intrínsecas à organização|gestão dos ensinamentos clínicos. Neste âmbito, são destacados constrangimentos tais como: excessivo número de estudantes atribuído a cada professor; a ausência de disponibilidade docente para um apoio efetivo ao estudante (subjacente a tal problemática parece estar também a carência de recursos humanos docentes, o que leva algumas escolas a recorrer à contratação externa de enfermeiros para suprir as suas necessidades); a atomização geográfica dos locais de estágio (decorrente da dificuldade em obter contextos profissionais adequados à realização dos ensinamentos clínicos); a duração dos ensinamentos clínicos (ser sempre inferior às necessidades pedagógicas e discentes); e, ainda, a ausência de disponibilidade para colaborar|apoiar os pares (professores), devido à sobreocupação docente.

Numa perspetiva mais conjuntural, emerge do discurso docente a instabilidade politico-organizativa vivida atualmente nas organizações de saúde, como uma forte pressão sobre o normal desenvolvimento dos ensinos clínicos. São várias as condicionantes neste âmbito, nomeadamente: o défice de recursos humanos e o conseqüente aumento da carga de trabalho dos enfermeiros nos contextos, que parecem afetar não apenas a disponibilidade dos enfermeiros-orientadores para realizar um acompanhamento|supervisão mais efetivo dos estudantes, mas também, a desejável e necessária articulação com o docente. As práticas mais reflexivas e questionadoras ficam seriamente comprometidas. Também a precaridade dos vínculos laborais e a instabilidade das equipas, que acaba por se traduzir numa elevada rotação e absentismo dos seus elementos, emerge como uma fonte de dificuldades adicionais.

Os dados coligidos permitem ainda identificar algumas dificuldades docentes relacionadas com a integração da formação em Enfermagem no Ensino Superior e subsequentemente no EEES. Entre os aspetos evidenciados encontram-se, por exemplo, a fusão ocorrida entre algumas Escolas de Enfermagem, decorrente do respetivo reordenamento jurídico e, também, a persistência do hiato legislativo existente no que tange à regulação da atividade de supervisão clínica, especificamente no que diz respeito à distinção entre as funções de docente e de supervisor clínico.

As mudanças decorrentes da adesão ao Processo de Bolonha não só não foram bem acolhidas inicialmente pelos professores como também não o foram pelos profissionais dos contextos. Com efeito, de acordo com os docentes, os enfermeiros dos contextos culpabilizam as escolas e os docentes pela “pouca experiência clínica” dos estudantes, nomeadamente, nos ensinos clínicos do quarto ano, fase em que as expectativas dos profissionais acerca da destreza e autonomia do estudante são habitualmente elevadas.

Ainda de acordo com os professores, a passagem para a carreira docente do Ensino Superior Politécnico constituiu um contributo decisivo para o seu afastamento da prática profissional cuja importância destacámos anteriormente. Sublinham que tal distanciamento se afigura como prejudicial, separando tendencial e institucionalmente a teoria e a prática ou, pelo menos fechando o acesso dos docentes a uma das suas principais fontes de conhecimento profissional: a prática. Não podemos deixar de salientar que a profissionalidade do docente supervisor é hoje ainda percebida como uma dupla profissionalidade - se, por um lado, se centra no conhecimento científico de Enfermagem, por outro, não menos exigente, tem foco na competência de formador de futuros profissionais de Enfermagem. Esta questão é tanto mais importante quanto

sabemos que não há um projeto de formação que comprometa em simultâneo as competências académicas em Enfermagem, as competências profissionais dos enfermeiros e as competências pedagógicas (académicas e profissionais) dos docentes.

Em suma, os discursos docentes parecem desocultar um conjunto de contradições entre aquilo que os professores dizem que fazem e o que gostariam de fazer e o que podem efetivamente fazer, considerados os obstáculos e tensões contextuais, legislativas e até políticas decorrentes da atual conjuntura nos contextos da educação e da saúde. Com efeito, apesar de as considerações dos professores sobre a missão do professor de Enfermagem se enquadrarem nos ideais do ensino superior e nos valores da Enfermagem (como vimos anteriormente na temática acerca do valor formativo da prática para os docentes), as tensões antes referidas e a nossa própria experiência no terreno, nos levam a concluir que as mesmas não só condicionam mas, em algumas circunstâncias inibem totalmente, o valor formativo que a prática poderia ter para os docentes de Enfermagem.

Lacunas na componente emocional e relacional

Um constrangimento que emerge dos discursos docentes é a dificuldade em lidar com a componente emocional do ensino clínico. Os professores dizem-se angustiados quando são confrontados com situações relacionadas com aspetos comportamentais|indisciplina ou com o insucesso académico do estudante durante os ensinamentos clínicos, achado que vai ao encontro dos resultados do estudo de Mestrinho (2011), no qual a autora advoga o cuidar como ética de ensinar a cuidar do “outro” incluindo o estudante.

Nos seus discursos, os docentes assumem que a interação docente-supervisor clínico “nem sempre é fácil” e, inclusive, constitui um terreno muito propício à divergência de opinião entre ambos os atores. Os principais focos de divergência identificados, parecem estar relacionados com a impreparação do enfermeiro supervisor para a função, muitas vezes manifesta na ausência de motivação e|ou mesmo de consciência acerca da natureza do seu papel; com diferentes visões acerca do cuidar em Enfermagem – os supervisores clínicos parecem evidenciar uma profissionalidade fortemente arreigada ao modelo biomédico e, contrariamente, os professores evidenciam valorizar modelos de cuidados mais conceptuais; com indisponibilidade do supervisor para o exercício da função supervisiva (por sobreocupação devido aos elevados *ratios* doente|enfermeiro e à acumulação das funções cuidativa e supervisiva); com características pessoais do supervisor dificultadoras do processo colaborativo, como por exemplo, pouca abertura

ao diálogo, pouca disponibilidade ou excessiva diretividade e, também, com o facto de o exercício da função supervisiva nem sempre ser um ato voluntário.

De acordo com os docentes, a interação professor-estudante, durante a componente prática nos contextos profissionais, raramente é um processo linear. Vários são os fatores identificados que poderão conduzir a algumas “incompatibilidades” ou “falhas de comunicação” que poderão estar na base de uma experiência clínica menos positiva quer para o supervisando quer para o docente. Entre esses fatores salientam-se: as características pessoais do estudante, de que são exemplo, a ausência de maturidade, falta de humildade, falta de iniciativa, insegurança excessiva, desonestidade, manipulação e individualismo excessivo ou, ainda, “estudantes difíceis”, que “não sabem estar”, que têm “dificuldades em assumir os seus erros”; um ambiente afetivo-relacional desfavorável; a impreparação teórica do estudante e a falta de motivação e implicação deste no processo de ensino-aprendizagem clínico.

Outro domínio que parece influenciar emocionalmente o docente, é o sentimento de isolamento vivido durante os ensinamentos clínicos. Neste âmbito, o caráter intensivo dos estágios, o elevado número de estudantes para orientar e as atividades docentes inerentes ao processo supervisivo, parecem não deixar muito tempo livre ao professor para que este possa interagir com os seus pares. Também a falta de apoio institucional (da escola) e o fraco valor atribuído a função docente de supervisão, parecem estar na base de algum desalento e sentimento de insatisfação no seu exercício profissional.

Na fluidez dos seus discursos os professores deixam ainda perceber que a interação entre docentes e os contextos profissionais nem sempre é um processo fácil, nem tão pouco colaborativo, evidenciando existirem várias barreiras ao estabelecimento de uma interação construtiva. Entre essas barreiras parecem estar, nomeadamente, a deficiente integração docente na dinâmica organizativa dos contextos e no seio da equipa de Enfermagem ou, ainda, a ausência de implicação dos profissionais na preparação dos ensinamentos clínicos.

Procurando explicitar o sentimento de dificuldade de integração no grupo profissional e na dinâmica organizativa dos contextos, os docentes apontam a falta de “abertura” e de “espírito de colaboração” dos profissionais do terreno. Sublinham que estes, no dia-a-dia têm comportamentos adversos, parecendo mesmo fazer questão em que os professores se sintam “intrusos”, “estranhos” ou “convidados”, delimitando, desde logo,

o seu espaço de manobra no serviço, restringindo desse modo a desejada colaboração e a afirmação de sentimentos de pertença.

Por outro lado, a especificidade|diversidade de contextos bem como o fraco conhecimento pessoal e profissional do docente relativamente ao enfermeiro orientador, à chefia de Enfermagem e à restante equipa, parecem ser também fatores dificultadores da integração docente, quer em termos relacionais quer organizativos.

O desconhecimento da escola nos contextos profissionais parece ainda constituir uma barreira à integração docente. Com efeito, tal facto parece ser fonte de “dúvidas” e “desconfianças”, quer no que toca à qualidade da formação proporcionada aos estudantes, quer no que respeita à qualidade da preparação dos próprios docentes, sobretudo, se se tratar de uma escola “nova”.

e) fatores potencialmente constrangedores do valor formativo da prática para os estudantes

À semelhança do que se passou com os docentes, também no caso dos discentes, a análise dos dados permitiu-nos desocultar e elencar um conjunto de fatores potencialmente constrangedores ou mesmo inibidores do valor formativo da prática para os estudantes. Entre esses fatores destacam-se: o choque da realidade; aspetos intrínsecos ao próprio desenvolvimento do processo formativo e, ainda, algumas contradições e ambiguidades decorrentes da interação do estudante com os diversos atores em contexto clínico, nomeadamente, com enfermeiro supervisor, com o professor; com o utente|família; com equipa de Enfermagem; ou, ainda, com os próprios pares (estudantes).

O choque da realidade

Das palavras dos sujeitos, em termos genéricos, sobressai a ideia de que na formação inicial em Enfermagem, as escolas transmitem um modelo ideológico de “como fazer”, porém tomam pouco em consideração o “como é efetivamente feito no terreno” tendo em conta os constrangimentos contextuais. Esta situação parece despoletar, nos estudantes, sentimentos de insegurança, impotência, frustração e insatisfação que, quando não bem geridos, podem causar aquilo que na literatura é designado de choque da realidade (Mestrinho, 1997a; 1995). No caso concreto dos sujeitos ouvidos, esse “choque” parece estar associado designadamente: à dicotomia teoria-prática (presente na forma “rotineira” e “estandardizada” como os cuidados são organizados e na

excessiva focalização do processo de ensino-aprendizagem nos procedimentos técnicos – modelo biomédico); à complexidade do real e ao ter de agir e decidir na imprevisibilidade; à atual situação organizativa nas organizações de saúde, onde é consensual haver limitações e escassez de recursos humanos e materiais; à dificuldade em gerir “sentimentos profissionais” face ao sofrimento, situações limite e à morte; à deficiente integração e acolhimento nos contextos clínicos e, ainda, ao facto de alguns desses contextos serem pouco desafiantes em termos formativos, dados que, no seu conjunto, vêm corroborar os resultados obtidos em diversos estudos anteriores (Sim-Sim *et al.*, 2013, Araújo *et al.*, 2012; Novo, 2011; Cunha *et al.*, 2010; Rua, 2009; Martins, 2009; Simões *et al.*, 2008; Fernandes, 2007; Longo, 2005; Silva e Silva, 2004; Simões, 2004; Fonseca, 2004; Belo, 2003, entre outros).

O desenvolvimento do processo formativo

Não obstante o ensino clínico ser considerado um espaço-tempo ímpar e insubstituível no processo de “tornar-se enfermeiro”, os professores e estudantes deste estudo não deixam contudo de reconhecer neste a persistência de algumas disfuncionalidades intrínsecas.

De modo genérico, estas parecem polarizar-se em torno de dois principais eixos: o estudante e o próprio processo formativo. No que respeita a este último, as ambiguidades e contradições verificadas parecem estar relacionadas com questões de ordem curricular e organizativa.

As dificuldades relacionadas com o próprio estudante prendem-se fundamentalmente com a frágil preparação prévia, com a falta de hábitos de reflexão e com diversos “medos”: medo de errar; de prejudicar o doente; de não ser capaz; de não corresponder às expectativas e, sobretudo, medo da avaliação e do insucesso académico. Por outro lado, o cansaço devido ao carácter intensivo do estágio e à sua sobrecarga física e psicológica, bem como, a dificuldade em conciliar o ensino clínico com a vida pessoal/familiar ou com a situação de trabalhador-estudante, são apontados como verdadeiros condicionalismos ao desempenho académico discente, ideias amplamente reportadas pela literatura, com especial destaque para os estudos de Barroso (2010) e de Caires (2003, 2001), estes últimos no âmbito da formação de professores.

Relativamente às questões curriculares, os sujeitos salientam que os estudantes queixam-se que lhes são solicitados demasiados trabalhos académicos durante os

ensinos clínicos e, ainda, que se sentem constrangidos quando são confrontados com situações para as quais ainda não tiveram preparação teórica prévia.

Também a reorganização curricular decorrente do processo Bolonha e as sucessivas reformas verificadas no ensino em Enfermagem, parecem não ser bem compreendidas pelos estudantes. No que respeita às questões organizativas: a curta duração dos estágios; o caráter intensivo dos mesmos; os “*timings* sempre apertados” para a realização das atividades e o elevado número de estudantes em simultâneo nos contextos profissionais, são condições percebidas por docentes e discentes como obstáculos à qualidade e resultados das aprendizagens em ensino clínico, que de resto, têm vindo a ser sistematicamente apontadas nos estudos desenvolvidos nas últimas décadas no âmbito da componente prática da formação inicial de enfermeiros (Amaral e Deodato, 2015; Martins, 2009; Rua, 2009; Abreu, 2007, 2001; Rodrigues *et al.*, 2007; Belo, 2003; Carvalhal, 2003; Mestrinho, 1997c; 1995, entre outros), embora muito pouco ou mesmo nada tenha sido feito para atenuar ou resolver o problema.

Contradições e ambiguidades na interação do estudante com os diversos atores em contexto clínico

De acordo com os testemunhos recolhidos, parecem existir um conjunto de fatores menos positivos que podem afetar a interação entre estudante e supervisor clínico, cujas repercussões se poderão fazer sentir na sua atitude, desempenho e, em última análise, no seu próprio desenvolvimento e sucesso académico.

Os fatores identificados prendem-se essencialmente com três tipos de variáveis: ligadas ao estudante; ao supervisor clínico e organizacionais.

Sob esta moldura, saliente-se a ampla menção às características pessoais do estudante que podem encorajar ou, contrariamente, inibir a interação entre ambos os atores. Por exemplo, timidez, inibição, insegurança, ansiedade excessiva, pouca responsabilidade, imaturidade e desinteresse ou, contrariamente, impulsividade excessiva, são apontadas como inibitórias do estabelecimento de um ambiente afetivo-relacional favorável. As variáveis relacionadas com a figura do supervisor clínico podem também ser condicionantes da relação supervisiva. Entre essas variáveis encontram-se nomeadamente: o desconhecimento do supervisor clínico, o grau de exigência ou a desmotivação deste último; a crítica destrutiva; o sentimento de não-aceitação; a “falta de paciência” do supervisor clínico; a impreparação deste para a função, por insuficiência de conhecimento técnico-científico e/ou pedagógico; as características

peçoais, como por exemplo, falta de humildade, arrogância e autoritarismo; estilo superviivo (considerado o uso predominante do estilo diretivo); ter múltiplos supervisores durante o ensino clínico e, ainda, a maior ou menor disponibilidade manifestada para a função supervisiva.

Apesar das fragilidades desocultadas, globalmente, os dados obtidos no presente estudo conformam o que vem sendo reportado na literatura, isto é, que os supervisores clínicos são considerados elementos-chave na formação clínica do estudante e jogam uma enorme influência sobre este (Sim-Sim *et al.*, 2013; Lopes *et al.*, 2013; Araújo *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2010; Rua, 2009; Martins, 2009; Simões *et al.*, 2008; Abreu, 2007; Fernandes, 2007; Longo 2005; Belo, 2003).

Embora na componente teórica o estudante tenha formação na área relacional|comunicacional, de acordo com os sujeitos, na prática, a interação com o utente|família, grupo ou comunidade não se confina à aplicação de “receitas” aprendidas previamente, demonstrando os estudantes dificuldades e até alguma inabilidade para comunicar eficazmente com os utentes|famílias. Tais dificuldades parecem ser particularmente evidentes nas interações que o estudante desenvolve em contextos especializados como a Pediatria ou a Saúde Comunitária e, ainda, em casos clínicos complexos em que os utentes estão sob grande fragilidade física, psicológica ou social.

Apesar de reconhecerem a importância do papel docente na orientação|supervisão do estudante em ensino clínico, os sujeitos do estudo, não deixam contudo de sublinhar a existência de algumas barreiras que podem afetar a interação entre estudante e professor. Entre os principais constrangimentos identificados parecem estar: as representações mútuas e experiências prévias, especialmente se já tiver existido alguma experiência anterior menos positiva; o papel do professor na avaliação em ensino clínico – frequentemente, o estudante verbaliza sentir-se “injustiçado” parecendo que a avaliação se foca mais no erro do que no valorizar dos sucessos; a indisponibilidade docente para orientar|supervisionar os estudantes – o tempo de presença nos contextos e a quantidade e qualidade do *feedback* fornecido parecem constituir, na opinião discente, indicadores do grau de disponibilidade e do compromisso docente com a função de orientador; a preparação do professor para a função supervisiva, traduzida numa orientação muitas vezes percebida como demasiado teórica, descontextualizada e desinserida da realidade, aspetos que no seu conjunto, ou mesmo individualmente, podem conduzir ou agudizar aquilo que Silva e Silva (2004), denominam de “desencontro entre a teoria e a prática”.

Os contextos de trabalho oferecem oportunidades únicas de aprendizagem, porém, situações há, em que o clima existente parece não ser propício ao acolhimento e à facilitação da interação/integração do estudante na equipa de Enfermagem. A agudizar esta perceção quer docentes quer discentes referem que os estudantes sentem e queixam-se da indisponibilidade de algumas equipas de Enfermagem para os apoiar nas suas dúvidas e dificuldades, da pouca adesão destas às atividades académicas programadas no âmbito dos ensinamentos clínicos e, ainda, da pressão psicológica exercida durante os mesmos. Em continuidade, sublinham ainda, que algumas chefias de Enfermagem são “muito stressadas”, “distantes”, “pouco acessíveis” e “diretivas”, o que parece ser gerador de sentimentos de insegurança e ansiedade no estudante, influência esta, que se faz sentir não só ao nível do seu desempenho mas também nas expectativas quanto ao seu sucesso ou insucesso académico.

Embora anteriormente tenha sido legitimada como um fator facilitador do desenvolvimento e da socialização profissional do estudante, simultaneamente, os sujeitos auscultados, não deixam de reconhecer na interação com os pares (estudantes) algumas incongruências e ambiguidades. Neste âmbito, a competitividade entre os estudantes, manifesta por exemplo, na dificuldade em trabalhar em grupo ou a manifestação de posturas “menos éticas” durante os ensinamentos clínicos, são reconhecidas como contradições que podem desencadear sentimentos ambíguos e até constrangimentos que podem não só condicionar a relação entre os estudantes, mas também, a relação entre estes e o enfermeiro supervisor ou inclusive com o próprio docente.

f) componente prática desejada por docentes e discentes

Interrogados acerca da formação prática desejada na formação inicial em Enfermagem, esmagadoramente, professores e estudantes consideram que esta deve ser reconceptualizada. Argumentam que a formação prática apresenta diversas fragilidades e contradições nomeadamente relacionadas com os contextos, os atores e os processos, pelo que, sugerem um conjunto de mudanças, com vista à criação de contextos mais favoráveis ao incremento das potencialidades formativas da prática. Entre as áreas de mudança mais focadas encontram-se: a organização formal; as estratégias formativas; o perfil de professor; as relações interinstitucionais; o perfil de supervisor; as características dos contextos e, ainda, as finalidades e objetivos desta componente formativa.

A organização formal

No geral, quer docentes quer discentes parecem ter uma forte preocupação com os aspetos organizativos e formais da componente prática da formação inicial em Enfermagem e enfatizam a necessidade de uma profunda reforma da mesma. Entre as propostas de mudança apresentadas destacam-se: o planeamento e condução dos estágios ser da exclusiva responsabilidade da escola (embora com a colaboração dos contextos); a existência de incentivos|contrapartidas pelo desempenho da função de supervisor clínico ou inclusive considerar a possibilidade de regular e profissionalizar esta função; a criação de programas de indução docente à função supervisiva; a manutenção da formação inicial em Enfermagem em regime de alternância; e, ainda, a diminuição do número de estudantes nos contextos profissionais de modo a obter *ratios* supervisivos que garantam a qualidade do processo de ensino-aprendizagem clínico.

As estratégias formativas

Subjacente às narrativas dos sujeitos parece estar o pensamento geral de que rejeitam modalidades de formação que privilegiem a transmissão|reprodução de conhecimento e manifestam preferência por estratégias formativas mais próximas das que caracterizam a formação de adultos. De modos diversificados, dizem aspirar a um ensino prático mais personalizado (que inclui, por exemplo, a possibilidade dos estudantes escolherem os locais de estágio) e, simultaneamente, facilitador da reflexão conjunta na e sobre a prática (nomeadamente através da utilização das passagens de turno; dos momentos de avaliação; do desenvolvimento de pesquisas conjuntas; da realização conjunta de seminários, jornadas, *workshops*, etc.). Por outro lado, não deixam de manifestar que o que sobretudo não querem é uma formação onde existam incoerências quer em termos de exigência quer avaliativas (entre professor e supervisor clínico). Para a generalidade dos sujeitos, a estratégia formativa deve ser fundamentalmente centrada na prática (defendendo inclusivamente um maior investimento nesta componente), porém sem menosprezar a teoria, com que, aliás, sublinham que se deve articular. A formação desejada parece assim, apresentar traços que a identificam com práticas de formação que privilegiam os processos e a análise, rejeitando práticas de aquisição “escolarizada” de conteúdos.

Os perfis de professor e de supervisor

De acordo com os sujeitos, o perfil atual de docente de Enfermagem parece não corresponder às suas expectativas e às atuais exigências de uma formação que se quer

superior e, especificamente, às exigências da componente prática da formação inicial em Enfermagem. Sob esta perspectiva, em termos gerais, o professor ideal deve ser um membro de uma equipa, que lidera pela sua competência científica e experiência prática e, simultaneamente, deve ser portador de capacidades e atitudes favoráveis ao trabalho colaborativo e, ainda, ter uma atitude humana e ética nas interações que estabelece com o demais atores durante o *practicum*. Especificamente deve apresentar os seguintes traços:

- deve ter formação pedagógica, nomeadamente, em Ciências da Educação e especificamente, em supervisão clínica;
- deve ter experiência supervisiva e experiência profissional em Enfermagem, isto é, ser conhecedor do real das situações profissionais (com vista a um ensino eficaz e, simultaneamente, a uma prestação de cuidados segura);
- deve estar motivado para a função supervisiva (mostrando disponibilidade para o estudante e para supervisor clínico|equipa de Enfermagem);

À semelhança do referido anteriormente relativamente aos docentes, também no que respeita aos enfermeiros orientadores parece existir alguma discrepância entre o orientador idealizado e o real. Assim, conscientes de que na atualidade o enfermeiro supervisor deve possuir conhecimentos, capacidades e atitudes que lhe permitam agir como perito da prática de Enfermagem e pedagógico, os sujeitos auscultados defendem que supervisor clínico ideal deve ser detentor dos seguintes traços:

- deve possuir formação pedagógica em termos genéricos e, especificamente, em supervisão clínica;
- deve ter uma experiência profissional relativamente longa, porque: esta parece ser facilitadora do acesso discente ao “conhecimento prático” e aos “truques” utilizados pelos práticos na resolução dos problemas quotidianos; porque a experiência torna os supervisores mais acessíveis e mais disponíveis; porque a experiência faz com que os supervisores demonstrem maior segurança e sejam capazes de justificar de forma “clara” e “simples” as suas ações e tomadas de decisão);
- deve ter formação especializada na área clínica em que faz a supervisão dos ensinamentos clínicos (pela capacidade de conceptualização quer dos cuidados de Enfermagem quer do próprio processo educativo);

-
- deve possuir características pessoais e profissionais facilitadoras da relação pedagógica;
 - deve ter um conhecimento técnico-científico sólido (para que possa fundamentar a sua ação e justificar os “comos” e “porquês” da mesma e poder constituir-se como “modelo profissional” para o estudante);
 - O género e a idade são percebidos como variáveis com pouca ou mesmo nenhuma influência sobre o processo supervisivo, pelo que, de acordo com ambos os grupos de sujeitos auscultados, não constituem critério para a definição do perfil ideal de supervisor clínico;

As características dos contextos

Ao longo da formação inicial em Enfermagem, os estudantes passam a maior parte do tempo curricular nas organizações de saúde. É de esperar, portanto, que os seus percursos de formação sejam fortemente influenciados pelas características físicas, organizativas e sociais dessas mesmas organizações. Neste âmbito, os sujeitos consideram ser desejável que os contextos possuam, nomeadamente: condições estruturais e recursos humanos e materiais adequados às exigências atuais da *praxis* clínica e da formação inicial de enfermeiros, onde, por exemplo, “não se trabalhe à tarefa”; que sejam acolhedores e facilitadores da integração|adaptação do estudante (onde os *ratios* supervisor – utente sejam mais baixos); que estimulem a reflexão, proporcionando diversidade casuística e experiências “ricas” e “desafiantes”, quer dos pontos de vista destros cognitivo e, ainda, que possibilitem o desenvolvimento das diversas atividades académicas previstas com vista a um desenvolvimento pessoal e profissional consistente do estudante.

As relações interinstitucionais

Reiterando as preocupações sobejamente evidenciadas pela literatura, os sujeitos consideram que urge desenvolver formas de colaboração e de trabalho conjunto entre as escolas e as organizações de saúde. Defendem que devem “ser estabelecidas parcerias efetivas” entre ambas as instituições e, nos casos em que por algum motivo não haja lugar a tal formalização, são da opinião que “devem ser mantidos os mesmos campos de estágio” pelo período mais longo de tempo possível, para que ambas as organizações possam beneficiar dessa colaboração.

Sob esta moldura e reconhecendo que nem sempre tem sido devidamente explorada a colaboração|articulação interinstitucional, os sujeitos sublinham as vantagens desta e fazem um conjunto de sugestões, cujo fim último é contribuir para a renovação das práticas supervisivas independentemente de ser em contexto de parceria ou não. Propõem, por exemplo, que os docentes tenham um conhecimento prévio dos contextos e, reciprocamente, os enfermeiros supervisores, da escola; que toda a documentação inerente ao ensino clínico seja produzida conjuntamente com os parceiros dos contextos profissionais e, ainda, que sejam nomeados elementos de referência na academia e nas organizações de saúde, cuja principal missão deverá ser a promoção e manutenção da articulação|colaboração interinstitucional.

Finalidades e objetivos desta componente formativa

Conhecedores da realidade e, por conseguinte, da falta de congruência muitas vezes verificada entre os propósitos da componente prática na formação inicial em Enfermagem e das condições concretas em que esta ocorre no seio das organizações de saúde, os sujeitos propõem um conjunto de ideias-chave que consideram fundamentais e desejáveis ao (re)equacionamento das finalidades desta componente formativa. Especificamente, defendem que a componente prática da formação inicial de enfermeiros:

- deve ser alicerçada na evidência científica e na reflexão na e sobre a prática;
- deve manter o cariz humanista e o enfoque nas necessidades específicas do utente|família, grupo ou comunidade;
- deve incentivar o estudante a perspetivar-se como *lifelong learner*;
- deve contribuir para a profissionalização do estudante;
- deve ser um contributo para a formação contínua dos práticos (enfermeiros dos contextos profissionais):

Acrescentamos nós: deve ser um contributo para o desenvolvimento profissional docente.

Estamos assim em condições de afirmar que quer docentes quer estudantes:

- atribuem um elevado valor formativo à componente de prática em contexto de trabalho, sem contudo deixarem de valorizar a componente académica no espaço da instituição responsável pela formação inicial dos enfermeiros;
- reconhecem áreas críticas desta componente de prática em contexto de trabalho, nomeadamente no plano da formação pedagógica dos formadores e na ausência de um projeto de formação que não dicotomize as instituições onde aquela se realiza.

Julgamos de reforçar esta ideia, já que ela emerge nos discursos obtidos, mas ficando apenas confinada à proposta de (mais) parceria entre ambas as instituições. Da nossa parte fica-nos a certeza de que o *practicum*, sendo essencial numa formação dirigida ao aprender o agir profissional, requer a ultrapassagem celere do conjunto de constrangimentos e ambiguidades identificadas no presente trabalho bem como de outras não referidas ou que ainda não baixaram ao nível da consciência dos sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em jeito de conclusão do presente trabalho não podemos deixar de referir que os resultados que obtivemos, ainda que tenhamos que ter em conta a impossibilidade de extrapolação de resultados, parecem suportar os nossos pressupostos iniciais, confirmando a prática em contexto profissional como “força socializadora” e, simultaneamente, como uma das fontes de conhecimento indispensável ao desenvolvimento pessoal e profissional docente, apesar de algumas fragilidades, contradições e ambiguidades constatadas. Por outro lado, sobressai ainda deste estudo, a ideia de que a prática em contexto de trabalho constitui um lugar único e insubstituível na capacitação do estudante para o desempenho futuro da profissão, na medida em que suporta e motiva o desenvolvimento de capacidades, disposições e atitudes necessários à sua ação profissional, revelando-se como um espaço-tempo de “(...) *integração de teoria e prática; criação de disposições para a investigação; socialização profissional e formação da identidade profissional, através da sucessão de experiências sócioclínicas*” (Abreu, 2007:13), fazendo emergir o pensamento de que o conhecimento profissional em Enfermagem, não pode ser apenas obtido “nos bancos da escola”.

No decurso do desenvolvimento do trabalho, dado o seu cariz interpretativo e a condição de pertença do investigador ao campo profissional estudado, foi nossa preocupação distanciar-nos o mais possível das nossas crenças|subjetividade e analisar os dados procurando sempre furtar-nos a esses efeitos. Para tal, um dos procedimentos que adoptámos foi, nas diversas fases de análise, submeter a informação coligida à apreciação de juízes, peritos quer na área das Ciências da Educação (nomeadamente, o orientador do trabalho e no âmbito dos seminários de doutoramento) quer ligados à Formação em Enfermagem (em reuniões de professores e doutorandos na UI&DE da ESEL).

Temos consciência das limitações que o estudo comporta, em parte pela nossa inexperiência e muito pela impossibilidade de dedicar tempo sequenciado ao desenvolvimento da investigação. Contudo, esperamos ter contribuído para o reconhecimento da importância da prática no desenvolvimento profissional docente e profissionalização dos estudantes, conferindo simultaneamente alguma intelegibilidade a esta temática considerada a parca investigação nesta área.

Encetámos a nossa investigação definindo duas etapas, sendo que a primeira tinha como principal objetivo reunir elementos que nos permitissem consolidar quadros de referência para a elaboração de um questionário a aplicar na segunda fase do processo investigativo. Porém, fomos de tal modo surpreendidos pela riqueza da informação coligida através da aplicação das técnicas de *focus-group* aos docentes e da entrevista semi-estruturada aos estudantes, que optámos por continuar a recolher a informação e trabalhá-la em profundidade, na expectativa de que esta se viria a traduzir em importantes pistas geradoras de uma visão mais compreensiva do nosso objeto de estudo. Tal facto exigiu da nossa parte a redefinição da programação inicial e uma consequente dilatação do tempo de recolha de dados que se traduziu no prolongamento do tempo de realização do estudo.

Teria sido interessante dar extensão aos dados interrogando, por via do questionário, docentes e discentes e, inclusive, supervisores clínicos (numa perspetiva de triangulação de dados). Poderia também ter sido uma mais-valia metodológica conjugar os instrumentos de recolha de dados com a observação de campo, no sentido de confrontar o observado com as narrativas docentes e discentes no sentido de procurar contribuir para a clarificação dos constrangimentos constatados, que parecem restringir de algum modo o valor formativo que a prática tem. Contudo, tal não se nos afigurou como viável considerados os constrangimentos relacionados com o acesso ao campo de estudo e também temporais.

Conscientes de que, em termos de ação, a componente prática da formação inicial em Enfermagem continua a ser o “parente pobre” das unidades curriculares, embora discursivamente seja reiteradamente apontado como muito rico, pensamos justificar-se a pertinência de continuar a investir no estudo do valor formativo da prática para docentes e discentes. Especificamente parece-nos que seria interessante dar continuidade à investigação que desenvolvemos, voltando a interrogar os professores e, eventualmente, recorrer à observação das suas práticas durante o ensino clínico, no sentido de obter o confronto entre aquilo que os professores dizem fazer nos contextos profissionais e as condições concretas da sua realização, de modo a identificar que condições concretas de trabalho têm (ou não) os docentes, para que a componente prática da formação inicial possa ter um valor formativo acrescido para os professores e estudantes e, simultaneamente, possa responder às exigências atuais colocadas à formação em Enfermagem no quadro europeu de ensino superior.

Decorrentes do desenvolvimento do presente trabalho, surgiram ainda algumas questões que nos parecem pertinentes e podem ser entendidas como questões orientadoras de investigações futuras:

Em que medida a academização do ensino de Enfermagem influencia a atividade docente na componente prática da formação inicial de enfermeiros?

Como é que um estudo desta natureza pode influenciar as políticas relativas à componente prática da formação inicial em Enfermagem no quadro do atual paradigma do ensino superior?

Em que medida se aproximam ou afastam as concepções docentes e discentes acerca da docência na formação inicial em Enfermagem em geral e, especificamente, na componente prática?

Que modelos de colaboração estabelecer entre os docentes (escolas) e profissionais dos contextos (organizações de saúde), com vista à promoção da profissionalização de ambos os grupos de atores e a um desenvolvimento profissional mútuo sustentado?

Que tipo e como poderão ser desenvolvidos programas de formação pedagógica para os professores de Enfermagem?

Ainda que a metodologia em uso neste estudo não possibilite a generalização dos resultados obtidos a outras populações ou contextos envolvidos na componente prática da formação inicial em Enfermagem, como sublinhámos anteriormente, torna-se pertinente a elaboração de algumas recomendações cujos principais destinatários são os diversos agentes/instituições envolvidos nesta componente formativa:

- *Para as instituições de formação inicial em Enfermagem:*

Reconhecendo a dimensão organizacional como uma variável com forte influência no desenvolvimento profissional docente, salientamos, com base nos resultados obtidos, algumas recomendações de mudança destinadas às instituições de ensino em Enfermagem:

– Estabelecimento de uma política promotora do desenvolvimento profissional docente, sustentada no diagnóstico de necessidades de formação, preocupações, interesses e dificuldades dos professores;

- Desenvolvimento de uma cultura organizacional promotora de colegialidade que inclua os parceiros dos contextos profissionais;
- Promoção de experiências e projetos investigativos com vista à produção e integração do conhecimento proveniente quer da prática de Enfermagem quer da docência;
- Promoção do intercâmbio de experiências e práticas docentes inovadoras intra e inter escolas aos níveis nacional e internacional;
- Desenvolvimento de Departamentos de Formação e Unidades de Investigação e instituição da formação pedagógica dos professores de Enfermagem.

No atual quadro de instabilidade do trabalho em Enfermagem e das organizações de saúde, naquilo que ao processo de ensino-aprendizagem clínico e aos discentes diz respeito. Cabe também às Escolas:

- assegurar que, na componente prática da formação inicial de enfermeiros, os estudantes adquiram conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias a uma intervenção autónoma e interdependente competente, para lá do discurso e do quadro normativo;
- promover um ensino clínico, centrado no estudante e, simultaneamente, alicerçado na evidência científica e na reflexão na e sobre a prática;
- explicitar e operacionalizar quadros de referência facilitadores da aproximação entre teoria e prática;
- incentivar o estudante a perspetivar-se como *lifelong learner*, com vista a facilitar a mobilidade/adaptabilidade ao mercado de trabalho.

- *Para os docentes*

Evidencia-se a necessidade da (re)aproximação dos docentes de Enfermagem aos contextos profissionais, essencialmente por dois motivos: primeiro, porque o conhecimento profissional docente não pode apenas confinar-se ao conhecimento oriundo da ciência e legitimado pela academia. Embora este conhecimento seja essencial e indispensável, ele não basta ao professor pois não garante a competência profissional. Neste âmbito, a aproximação à prática emerge como fundamental, enquanto forma de investimento, de questionamento e de produção de conhecimento profissional nas áreas disciplinar e docência. O segundo motivo, pelo qual os docentes

devem reaproximar-se dos contextos profissionais, prende-se com a necessidade de propiciar um acompanhamento e contributo mais efetivos para as aprendizagens dos estudantes e apoio aos supervisores clínicos, uma vez que para além dos resultados do nosso estudo, são já algumas as evidências que sublinham, que não o fazendo, os professores correm o risco de desempenhar um papel muito secundário durante a componente prática da formação inicial em Enfermagem.

- *Para os contextos profissionais que colaboram na componente prática da formação inicial em Enfermagem*

Se, como temos vindo a verificar, a prática constitui uma das fontes de conhecimento profissional docente e tem uma importância decisiva no seu desenvolvimento profissional, importa que os contextos profissionais acolham os docentes e, numa perspetiva colaborativa, desenvolvam sinergias com vista à produção de uma teoria prática, resultado da convergência multidisciplinar e de uma visão contextualizada|sustentada dos problemas profissionais.

Na perspetiva do processo de ensino-aprendizagem e dos estudantes, sabendo que o processo de “tornar-se enfermeiro” ocorre essencialmente no terreno da prática, importa que os contextos profissionais tomem consciência do seu papel e percebam em que medida as dinâmicas organizativas são (ou não) facilitadoras da integração do estudante no seu seio, reduzindo o choque da realidade e, ainda, se são suficientemente desafiantes para promover o seu crescimento pessoal e profissional. Simultaneamente, os contextos devem ainda tomar consciência da necessidade de aproximação à instituição escolar no sentido de contribuir para colmatar o hiato existente entre a “Enfermagem real” e a “Enfermagem prescrita”.

- *Para os enfermeiros supervisores:*

Aos supervisores clínicos, enquanto elementos-chave do processo de ensino-aprendizagem clínico compete, por um lado, articular-se com o orientador da escola (professor) e, conjuntamente com este, acompanhar todas as etapas do desenvolvimento do ensino clínico desde o seu planeamento à avaliação; por outro lado, devem acolher o estudante e integrá-lo no seio da equipa de Enfermagem, pelo que, se sugere a adoção de práticas inclusivas favorecedoras do desenvolvimento de sentimentos de pertença no estudante e, ainda, o desenvolvimento de uma atmosfera afetivo-relacional positiva ao

longo do ensino clínico, que seja simultaneamente desafiadora e facilitadora da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e valores profissionais pelo estudante.

Outro aspeto que merece reflexão é a questão da disponibilidade e sensibilidade do enfermeiro orientador para ajudar o estudante na mobilização situada de conhecimentos e na superação da já falada “oposição” entre conhecimento teórico e conhecimento prático. Neste âmbito, recomendamos que cada enfermeiro, no exercício da função supervisiva procure explicitar os seus quadros de referência subjacentes à tomada de decisão para que o estudante apreenda o significado e o sentido da ação e, sempre que possível, lhe conceda o tempo necessário para que ele possa agir de forma refletida e sustentada, numa perspetiva de autonomização progressiva.

- *Para os estudantes:*

Aos estudantes, recomendamos que durante os ensinamentos clínicos tenham sobretudo abertura de espírito e humildade para questionar reflexivamente, individualmente ou em conjunto, docentes, enfermeiros supervisores e restantes atores presentes nos contextos profissionais e, simultaneamente, se interroguem a si próprios e reflitam, à luz de quadros teóricos, os “quês”, “quandos”, “comos” e “porquês” da sua própria ação. Sugerimos ainda, que demonstrem “curiosidade científica” e, sempre que possível, observem criticamente todas as intervenções profissionais, sejam elas desenvolvidas pelos enfermeiros supervisores/equipa de Enfermagem, pelos docentes ou por outros profissionais de saúde. Naturalmente, porque a prática remete à ação: que “ponham as mãos-na-massa”; que experimentem sempre que possível, mas sob supervisão...

Em suma, como diria Schön (1983), que “saíam fora dos modelos” de modo a que o valor formativo da prática se manifeste.

As conclusões e sugestões que apresentamos constituem uma base de trabalho que, esperamos, possa servir para um debate acerca do *practicum*, não apenas no campo estrito da formação inicial de enfermeiros e da docência nesse âmbito, mas, numa perspetiva mais mais lata, que comprometa simultaneamente as instituições escolares e de saúde num projeto comum de profissionalização e de desenvolvimento profissional de docentes e enfermeiros. Estamos conscientes de que algumas conclusões e sugestões poderão constituir matéria susceptível de polémica e discussão. Contudo, queremos

acreditar que as evidências encontradas poderão ser o início de novos percursos capazes de diminuir ou eliminar os obstáculos correntes que persistem em restringir o valor formativo que a prática podia ter.

Até porque todo o final é um novo começo...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

Abreu, W. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais*. Coimbra: Formasau.

Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau.

Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias para a Excelência em Saúde?* Coimbra: Formasau.

Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, Lisboa: Educa.

Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) (2010). *Participação dos estudantes na avaliação das instituições de ensino superior portuguesas: um contributo para a sua definição*. Lisboa: Gabinete de Estudos e Análise – A3ES. Acedido em março de 2015, disponível em: http://www.fap.pt/fotos/gca/a3es-participacao_dos_estudantes_na_avaliacao_das_instituicoes_de_ensino_superior_portuguesas_relatorio_4494044504e917a01dc3ba.pdf.

Alarcão, I. (2011). Escola Reflexiva e Supervisão. *I Congresso Internacional de Supervisão Clínica “Da qualidade da Formação à Certificação de Competências”*. Livro de Comunicações e Resumos. UNIESEP - Núcleo de Investigação de Supervisão, Formação e Informação ISBN | 978-989-96103-4-7. Acedido em dezembro de 2011, disponível em: http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F527107431/%5Be-book%5D%20I%20Congresso%20Int%20Supervisao%20Clinica.pdf.

Alarcão, I.; Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, Jul-Set; 14(3), pp. 373-382. Acedido em abril de 2013, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>.

Alarcão, I. (Org.) (2001). *Escola Reflexiva e Nova Racionalidade*. Porto Alegre: ArtesMédicas.

Alarcão, I. (1996). Reflexão Crítica Sobre o Pensamento de D. Schön e os Programas de Formação de Professores. In I. Alarcão (Ed.), *Formação Reflexiva de Professores: estratégias de supervisão* (pp.9-39). Porto: Porto Editora.

Alencar, E. M. L. S. & Oliveira, Z. M. F. (2008). A Criatividade faz a Diferença na Escola: o professor e o ambiente criativos. *Contrapontos*, Volume 8, nº 2, Mai/Ago, p.295-306. Acedido em julho de 2015, disponível em: <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rc/article/viewFile/954/810>.

Alencar, E. M. L. S. & Fleith, D. S. (2003). *Criatividade. Múltiplas Perspetivas*. Brasília: Editora UnB.

Almeida, M. M. (2014). Trajetórias no Desenvolvimento Profissional Docente no Ensino Superior: Fatores Condicionantes. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano 48-2; pp. 61-85. Acedido em outubro de 2015, disponível em: <http://iduc.uc.pt/index.php/rppedagogia/article/view/2322/1520>.

Almeida, M. M. (2012). *Desenvolvimento Profissional dos Docentes do Ensino Superior. Contributos para a Compreensão do Desenvolvimento Profissional dos Docentes que Actuam na Formação Inicial de Professores*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Altet, M. (2002a). Une Démarche de Recherche Sur la Pratique Enseignante: l'analyse plurielle. *Revue française de pédagogie*, Volume 138, nº 1pp. 85-93.

Altet, M. (2002b). Développer le «Savoir Analyser» à L`aide de «Savoir-Outils». Actes du Séminaire: L'analyse de pratiques professionnelles et l'entrée dans le métier, les 23 et 24 janvier 2002. *Éduscol*. Acedido em outubro de 2013, disponível em: <http://eduscol.education.fr/cid46619/developper-le-savoir-analyser-a-l-aide-de-savoir-%20%20%20outils.html>.

Altet, M. (2001). Les Competences de L`enseignant Professionel: Entre savoir, schemes d`action et adaptation, le savoir analyser. In L. Paquay; M. Altet; E. Charlier & P. Perrenoud (Eds.). *Former des enseignants professionnels. Quelles strategies? Quelles compétences?* (3ªed, pp.27-40).Col. Perspectives en Éducation. Paris: Boeck Université.

Altet, M. (2000). *Análise das Práticas dos Professores e das Situações Pedagógicas*. Porto: Porto Editora.

Alves, N. (2008). *Juventudes e Inserção Profissional*. Lisboa: Educa|Unidade de I&D de Ciências da Educação.

Amado, J. (2000). A técnica de Análise de Conteúdo. *Revista Referência*, nº 5, pp. 53-63.

Amaral, G. (2016). *As Competências do Enfermeiro Especialista na Promoção do Processo de Ensino-Aprendizagem dos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Relatório de trabalho apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.

Amaral, G.; Deodato, S. (2016). Articulação entre Estabelecimentos de Ensino Superior de Enfermagem e as Instituições de Saúde em Portugal: fatores que dificultam e medidas a implementar. *Cadernos de Saúde*. Universidade Católica: Instituto de Ciências da Saúde. (No prelo).

Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem: Perspetivas de Desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), 2-12. Acedido em julho 2012, disponível em: [http://pensarEnfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_2-12\(2\).pdf](http://pensarEnfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_2-12(2).pdf).

Amendoeira, J. (2008). Profissões e Estado: o conhecimento profissional em Enfermagem. In J. Lima & H. Pereira (orgs.), *Políticas Públicas e Conhecimento Profissional: a educação e a Enfermagem em reestruturação* (pp.209-240). Porto: Livpsic.

Amendoeira, J. (2006). *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Anastasiou, L. (2002). Construindo a Docência no Ensino Superior: relação entre saberes pedagógicos e saberes científicos. In: Rosa, D.E. G. & Souza, V.C. (orgs.) *Didáticas e Práticas de Ensino: interfaces com diferentes saberes e lugares formativos*. Rio de Janeiro, Editora DP&A, 2002.

Andreson, G.; Arsenault, N. (1998). *Fundamentals of Educational Research*. London: RoutledgeFalmer.

Antunes, L. (2007). Processos e trajectórias de Socialização em Enfermagem uma Reflexão Sociológica sobre a Construção de Identidades Sociais e Profissionais dos Estudantes. In A. Rodrigues, et al.. *Processos de Formação na e Para a Prática de Cuidados*. (94-123). Loures: Lusociência.

ANTS (2010). *Australian Nurse Teacher Professional Practice Standards*. Acedido em abril de 2014, disponível em: <http://www.ants.org.au/ants/mod/resource/view.php?id=600>.

Araújo et al. (2012). Supervisão em Contexto Clínico: o testemunho dos estudantes sobre o(s) modelo(s) vigente(s). *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*. Vol. 5, Nº 2, 112- 12. Acedido em outubro de 2015, disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19639/1/Refiedu-Artigo%20publicado.pdf>.

Arco, H. (2012). *Dilemas das Redes de Cooperação Interorganizacionais e a Formação dos Profissionais de Saúde. O Caso da Enfermagem. VI Congresso Português de Sociologia*. Universidade do Porto. Acedido em janeiro de 2016, disponível em: https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7791/1/Helena_Arco_Carlos_PAP0331_e_d.pdf.

Arco, H. (2011). *Tecendo Redes- As relações Interorganizacionais de Cooperação para a Formação em Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Sociologia, Universidade de Évora, Évora.

Arco, H. (2003). Entre a Lógica Organizacional e as Estratégias dos Actores. *Nursing*, 183, pp.24-28.

Astier, P. (2003). Analyse du Travail et Pratique Enseignante. *Les Cahiers Pédagogiques*, n° 416 – Dossier “Analysons nos pratiques 2. Acedido em novembro de 2013, disponível em: <http://www.cahiers-pedagogiques.com/Analyse-du-travail-et-pratique-enseignante>.

B

Barbier, J. M.; Berton, F.; Boru, J. (1996). *Situations de Travail et Formation*. Paris: L'Harmattan.

Barbier, J. M. (1991). Tendances d'Évolution de la Formation des Adultes, notes introductives. *Revue Française de Pédagogie*, 97, 75-108.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo* (1ª Ed.). Lisboa: Edições 70.

Baribeau, C. (2010). L'Entretien de Groupe: considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches Qualitatives*, Vol. 29(1), pp.28-49.

Barroso, I. (2009). *O Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem: estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e fatores geradores de stress nos estudantes*. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.

Barroso, J. (2003). A Formação dos Professores e a Mudança Organizacional das Escolas. In N. Ferreira (Ed.). *Formação Continuada e Gestão da Educação*, pp.117-144. S. Paulo: Cortez Editora.

Basto, M. L. (2012). Qual o Objeto de Estudo das Teses de Doutoramento em Enfermagem das Universidades Portuguesas? Uma Análise dos Resumos. *Pensar Enfermagem*, V. 16, n°1, pp. 2-25. Acedido em março de 2013, disponível em: [http://pensarEnfermagem.esel.pt/files/2012_16_1_2-25\(1\).pdf](http://pensarEnfermagem.esel.pt/files/2012_16_1_2-25(1).pdf).

Beillerot, J. (2003). L'Analyse des Pratiques Professionnelles Pourquoi Cette Expression? *Les Cahiers Pédagogiques*, n° 416 – Dossier “Analysons nos pratiques 2. Acedido em novembro de 2013, disponível em: <http://www.cahiers-pedagogiques.com/L-analyse-des-pratiques-professionnelles-pourquoi-cette-expression>.

Belo, A. P. (2003). *Supervisão em Em Ensino Clínico em Enfermagem: Perspetiva dos Alunos*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.

Benedito *et al.* (1995). *La formación Universitária a Debate*. Barcelona: Universidade de Barcelona.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Book Highlights from Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bento, C. (2001a). Aprender a Ser Enfermeiro: Que modelos de formação?. *Sinais vitais*, n° 34, pp. 25-29.

Berger, P. & Luckman, T. (1999). *A Construção Social da realidade*. Petrópolis: Editora Vozes.

Bevis, O. (1989). Teaching and Learning: the Key to Education and Professionalism. In Bevis, O.; Watson, J., *Toward a Caring Curriculum: a new pedagogy for nursing*. New York: National League for Nursing.

Billett S. (2016). Learning Through Health Care Work: premises, contributions and practices. *Medical Education*, 50: 124–131 doi:10.1111/medu.12848. Acedido em outubro de 2016, disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Stephen_Billett2/publication/288073730_Learning_through_health_care_work_Premises_contributions_and_practices/links/56c1c01608aedba056759d2.pdf.

Billett S. (2011). Learning in the Circumstances of Work: the didactics of practice. *Education Didactique*, 5 (2):129–49. Acedido em outubro de 2016, disponível em: <https://educationdidactique.revues.org/1251>.

Billett S. et al. (2004). Transformations at Work: Identity and Learning. *Studies in Continuing Education*, 26(2), pp.309:326. Acedido em outubro de 2016, disponível em: http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/5129/Transformations_at_work.pdf;sequence=1.

Billett S (2001) Learning Through Work: Workplace Affordances and Individual Engagement. *Journal of Workplace Learning*, 13 (5) 209-214. Acedido em outubro de 2016, disponível em: http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/3842/jwl_2.pdf?sequence=1.

Bireaud, A. (1995). *Os Métodos Pedagógicos no Ensino Superior*. Porto: Porto Editora.

Boavida, A M. & Ponte, J. P. (2002). Investigação Colaborativa: Potencialidades e problemas. In GTI (Org), *Refletir e Investigar sobre a Prática Profissional* (pp. 43-55). Lisboa: APM. Acedido em maio de 2014, disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4069/1/02-Boavida-Ponte%20\(GTI\).pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4069/1/02-Boavida-Ponte%20(GTI).pdf).

Bogdan & Biklen (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto editora.

Borges, C. (2010). *Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: Que Parcerias*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Didática e Tecnologia Educativa. Universidade de Aveiro.

Borko, H. & Putman, R.T. (1996). Learning to Teach. In D.C. Berliner & R.C. Calfee (Eds.) *Handbook of Educational Psychology* (pp. 673-708). New York: Macmillan.

Borges, C. (2001). Saberes Docentes: diferentes tipologias e classificações de um campo de pesquisa. *Educação & Sociedade*, 22, (74), 27-42. Acedido em março de 2010, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v22n74/a05v2274.pdf>.

Boterf, Guy le (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Porto Alegre: Artmed.

Bourdieu, P. (1984). *Homo Academicus*. Paris: Editions Minuit.

Bourdieu, P. (1997). *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Oeiras: Celta Editora.

Bourdoncle, R. (2009). L'Universitarization. Structures, Programmes et Acteurs. In: *Les Tensions Historiques entre Professionnalisation et Universitarization de la Formation*. Bruxeles: De Boeck.

Bourdoncle, R. (2007). Universitarisation. *Revue Recherche et formation*, Paris, n.54, p.135-49.

Bourdoncle R. e Lessard C. (2002). Qu'est-ce qu'une Formation Professionnelle Universitaire? Conceptions de l'Université et Formation Professionnelle. *Revue Française de Pédagogie*. Volume 139, pp. 131-153.

Bourdoncle, R. (1997). Normalisation, Academisation, Universitarisation, Partenariat: de la diversités voies vers L'université. *Revista da Faculdade de Educação*, 23(1-2). Consultado em dezembro 2012, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102

Bourdoncle, R. (1993). La Professionnalisation des Enseignants: les limites d'un mythe, *Revue Française de Pédagogie*, 105, pp.83-119.

Bourgeois, E. et Chapelle, G. (2006). *Apprendre et Faire Apprendre*. Paris: Press Universitaires de France.

C

Cabral, D. (2001). Humanizar: entre o projeto de vida e o dever profissional: uma reflexão. *Informar Revista de Informação Contínua em Enfermagem*, ANO VI, nº 24 Jan/Abr, pp.14-17.

Cabrito, B. (1994). *Formação em Alternância: conceitos e práticas*. Lisboa: Educa.

Caetano, A. P. (2003). *Processos Participativos e Investigativos na Mudança dos Professores e da Escola*. Lisboa: Ministério da Educação.

Caires, S. (2003). *Vivências e Percepções do Estágio Pedagógico – A perspectiva dos Estagiários da Universidade do Minho*. Universidade do Minho. Instituto de Educação e psicologia. Tese de Doutoramento.

Caires, S. (2001). *Vivências e Percepções de Estágio no Ensino Superior*. Braga: Universidade de Aveiro.

Caires, S. & Almeida, L. S. (2000). Os Estágios na Formação dos Estudantes do Ensino Superior: tópicos para um debate em aberto. *Revista Portuguesa de Educação*, 13 (2), pp. 219-241.4

Caires, S. & Almeida, L. S. (1997). Vivências e Percepções do Estágio: Adaptação à instituição e variáveis associadas. *Revista de Estudios de Investigación en Psicología e Educación*, 1, pp. 33-40.

Calado, M. G. (2014). *Ser Supervisor de Ensino Clínico: contributos para um perfil*. II Congresso Internacional de Supervisão Clínica. Livro de Comunicações & Conferências. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN: 978-989-98443-6-0 Acedido em maio de 2015, disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-6-0.pdf.

Campos, B. P. (2002). *Políticas de Formação de Profissionais de ensino em Escolas Autónomas*. Porto: Edições Afrontamento.

Canário, R. (2007). Aprendizagens e Quotidianos Profissionais. In Rodrigues, A. et al., *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados* (pp. 175-1185). Loures Lusociência.

Canário, R. (1999). *Educação de Adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.

Canário, R. (1997). Formação e Mudança no Campo da Saúde. In Canário, R. (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e Poderes no Hospital*. Porto: Edições Afrontamento.

Caria, T. (Org.) (2005). *Saber Profissional*. Lisboa: Almedina.

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos – Perspetivas dos Actores*. Lisboa: Lusociência – Edições técnicas e Científicas, Lda.

Carvalho, R. (1995). Expectativas dos Estudantes do Curso Superior de Enfermagem Face aos Professores Enfermeiros. Dissertação apresentada à ESEPD no âmbito do CPAEE. Ponta Delgada: s/d.

Carvalho, A. C. (2006). O Ensino Clínico de Enfermagem. *Enfermagem*, nº42/43 (2ª série), pp. 11-16.

Carvalho, A. (2004). *Avaliação da Aprendizagem em Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Lisboa: Piaget.

Castells, M. (2001). *The Power of Identity*. Great Britain: Blackwell Publishers.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.

Chickering, A. W. & Gamsom, Z. F. (1987). Seven Principles for Good Practice in Undergraduate Education. *AAHE Bulletin*, 39, 7, pp. 3-7.

Clandinin, D. J. (1985). Personal Practical Knowledge: A study of teacher's classroom images. *Curriculum Inquiry*, 14(4), pp. 361-385.

Clandinin, D. J. (1989). *Personal Practical Knowledge: A Study of Teacher's Classroom Images*. Toronto, Canada: Wiley.

Claxton, G. (2002). Anatomía de la Intuición, In: Atkinson, T. y Claxton, G. (eds.) *El Profesor Intuitivo*. Barcelona, Octaedro, 50-75.

Clare et al. (2003). *Evaluating Clinical Learning Environments: creating education-practice partnerships and clinical education benchmarks for nursing. Learning Outcomes and Curriculum Development in major disciplines: Nursing phase 2 final report*. Adelaide, School of Nursing and Midwifery, Flinders University. Acedido em abril de 2013, disponível em: https://nursing.flinders.edu.au/research/reports/special_pubs_Clare.pdf.

Claudino, J. e Cordeiro, R. (2006). Níveis de Ansiedade e Depressão nos Alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem. O caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. *Millenium – Revista do IPV*, n.º 32, pp. 197-210. Acedido em janeiro de 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/413/1/N%C3%ADveis de ansiedade e de pressao.pdf>.

Cochran-Smith, M. & Lytle, S. (1999). The Teacher Research Movement: a decade later. *Educational Researcher*, 28(7), 15-25.

Cohen, E.; Hoz, R. e Kaplan, H. (2013) The Practicum in Preservice Teacher Education: a review of empirical studies, *Teaching Education*, vol. 24, no. 4, pp. 345-380, 2013. Acedido em novembro de 2016, disponível em: https://www.researchgate.net/publication/259176846_The_practicum_in_preservice_teacher_education_A_review_of_empirical_studies.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Contreras, J. D. (2010). Ser e Saber en la Formación Didáctica del Profesorado: una vision personal. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 68 (24,2), pp. 61-81

Cordeiro, R. M. S. S. (2008). *O Papel da Supervisão ao Nível do Ensino Clínico: de cotovia a mocho na Enfermagem*. Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado. Acedido em fevereiro de 2016, disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1384/1/2009001198.pdf>.

Correia, M.; Santiago, M. (2012). A Orientação para a Prática e o Desenvolvimento de Competências do Estudante de Enfermagem nos Cuidados ao Doente Crítico. *Journal of Nursing*, 6 (5), 1069-76.

Costa, L. (2008). *A Aprendizagem na Convivência: o estágio curricular em Enfermagem*. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dissertação de Mestrado. Acedido em fevereiro de 2016, disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14663>.

Costa, M. A. (2011). Professional Qualifications Directive: implications to nursing education. *Comunicação Oral 19th Encontro Florence Network*. Lisboa.

Costa, M. A. (1998). *Enfermeiros. Dos Percursos de Formação à Realização dos Cuidados*. Lisboa: Fim de século saúde.

Cottrell, S. (2000). Introduction to Clinical Supervision. National Health Service Management Executive (NHSME) (1993). *A Vision for the Future*. Department of Health, London. Acedido em novembro 2014, disponível em: <http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm>.

Cottrell, S. (2002). Suspicion, Resistance, Tokenism and Mutiny: Problematic dynamics relevant to the implementation of clinical supervision in nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, dec 9, 667–671.

Courtois, B.; Pineau, G. (1991). *La Formation Expérentielle des Adultes*. Paris: La Documentation Française.

Craig, J.; Smyth, R. (2004) – *Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros*. Loures : Lusociência.

Creswell, J. (2010). *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. São Paulo: Bookman e Artmed.

Cross, K. P. (2001). *Leading-Edge Efforts to Improve Teaching and Learning. The Hesburger Awards*. Change. Acedido em janeiro de 2014, disponível em: <http://www.findarticles.com>.

Cruz, C. M. V. M. *et al.* (2010). Ansiedade nos Estudantes do Ensino Superior. Um Estudo com Estudantes do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu. *Millenium – Revista do IPV*, n.º 38 junho, pp. 2237-242. Acedido em janeiro de 2016. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/15.pdf>.

Cruz, M. F. (2006) *Desarrollo Profesional Docente*. Espanha: Grupo Editorial Universitario.

Cruz Tomé, M. A. (2003). Necesidad y Objetivos de la Formación Pedagógica del Professor Universitario. *Revista de Educación*, 331, 35-66. Acedido em março de 2014, disponível em: <http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulosre331/re3310311294.pdf?documentId=0901e72b81257906>.

Cunha, M. *et al.* (2010). Atitudes do Enfermeiro em Contexto de Ensino Clínico: uma revisão de literatura. *Millenium – Revista do IPV*, nº 38 junho, pp. 271-282. Acedido em abril de 2015, disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/18.pdf>.

Cunha, M. I. (2010). Impasses Contemporâneos para a Pedagogia Universitária no Brasil. In C. LEITE (Ed.). *Sentidos da Pedagogia no Ensino Superior* (pp.63-74). Col. Ciências da Educação. Porto: CIIE/Livpsic.

Curtis, E.; Redmond R. (2007). Focus Groups in Nursing Research. *Nurse Researcher*, 14:2, 25-37.

D

Day, C. (2007b). A Reforma da Escola: profissionalismo e identidade dos professores em transição. In M.A. Flores & I. Viana (Eds). *Profissionalismo Docente em Transição: As identidades dos professores em tempos de mudança* (pp.47-64). Cadernos CIED. Braga: Universidade do Minho.

Day, C. (2001). *Desenvolvimento Profissional dos Professores: os desafios da aprendizagem permanente*. Porto: Porto Editora.

Darling-Hamond, L. (2006) Constructing 21st Century Teacher Education. *Journal of Teacher Education*, 57(3), 300-314.

Darling-Hammond, L. & McLaughlin, M. W. (1995). Policies that support Professional Development in an Era of Reform. *Phi Delta Kappan*, 76, pp. 597-604.

Da Silva, M. S. S. (2009). Novas Racionalidades na Docencia Universitária. A Intuição como Forma de Sentir/Saber/Fazer. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Davis *et al.* (2005). Proposed Nurse Educator Competencies: development and validation os a model. *Nursing Outlook* (V. 53 nº 4), pp. 206-211.

Davis *et al.* (1992). Competencies of Novice Nurse Educators. *Journal of Nursing Education* (V. 31 nº 4. Apr.), pp 159-164.

Denzin K, Lincoln Y. (2003). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Second Edition. London: SAGE Publications Lda.

Denzin K, Lincoln Y. (2000). *Handbook of Qualitative Research*. Netbury Park: Sage.

Denzin K, Lincoln Y. (1994). Introduction: entering the field of qualitative research. In: Denzin K, Lincoln Y. (Eds). *Handbook of Qualitative Research*. Netbury Park: Sage.

Dixe, M. A. C. R. (2007). Opinião dos Estudantes de Enfermagem Sobre a Orientação em Parceria (enfermeiros orientadores e docentes) dos Ensinos Clínicos. *Enfermagem*, nº 47-48 (2ª Série). Julho-Dezembro, pp. 70-74.

Dubar, C. (1997). Formação, Trabalho e Identidades Profissionais. In: Canário, R., *Formação e Situações de Trabalho*, (Org.). Porto: Porto Editora.

Durand, M. et Fabre, M. (2007). *Les Situations de Formation entre Savoirs, Problemes et Activités*. Paris: L'Harmattan.

D'Espiney, L. (1999). *Aprender a Aprender pela Experiência: a formação inicial de enfermeiros, dissertação de mestrado em Ciências da Educação*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (policopiado).

E

Elbaz, F. (1983). *Teacher Thinking: A study of practical knowledge*. London: Croom Helm.

Eraut, M. (2002). *Conceptual Analysis and Research Questions; Do the Concepts of "Learning Community" and "Community of Practice" Provide Added Value?* Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, New Orleans, L.A., April 1-5. Acedido em junho de 2016, disponível em: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED466030.pdf>.

Eraut, M. et al. (2001). Development of Knowledge and Skills at Work. In Coffield, F (ed), *Differing Visions of a Learning Society*, Vol 1, Policy Press: Bristol, pp 231-262.

Eraut, M. (1994). *Developing Professional Knowledge and Competence*. London: Falmer Press.

Espada, A. P. (2013). *O Erro na Aprendizagem Clínica dos Estudantes de Enfermagem. Percepções de Estudantes de Enfermagem em Aprendizagem Clínica Sobre os Erros Cometidos e o Papel que Desempenham na Aprendizagem e no Desenvolvimento*. Ponta Delgada. Universidade dos Açores. Tese de Doutoramento. Acedido em janeiro de 2016, disponível em: <http://repositorio.uac.pt/handle/10400.3/3487>.

Espadinha, A; Reis, M. (1997). A Colaboração Cscola-Serviços. *Nursing*. Ano 10, nº 114, Set. pp. 31-34.

Esteves, M. (2008). Para a Excelência Pedagógica do Ensino Superior. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 07, pp.101-110. Acedido em fevereiro de 2010, disponível em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.

Esteves, M. (2005). Melhorar a Pedagogia do Ensino Superior. Actas VIII Congresso SPCE – *Cenários da Educação/Formação: novos espaços, culturas e saberes*. Castelo Branco: IPCB/ESART.

Esteves, M. (2002). A Investigação Enquanto Estratégia de Formação de Professores: um estudo. Lisboa: IIE.

Esteves, M. (2001). A Investigação Como Estratégia de Formação de Professores: perspectivas e realidades. *Máthesis*, 10, 217-233. Acedido em fevereiro, 2012, disponível em: http://www4.crb.ucp.pt/Biblioteca/Mathesis/Mat10/mathesis10_217.pdf.

Esteves, M. & Rodrigues, A. (2003). Tornar-se Professor: estudos portugueses recentes. *Investigar em Educação*, 2, pp. 15-68.

Estrela, M.T. (2010a). Ética e pedagogia no ensino superior. In C. Leite (Ed.). *Sentidos da Pedagogia no Ensino Superior* (pp.11-27). Col. Ciências da Educação. Porto: CIIIE/Livpsic.

Estrela, T. (2010). Profissão Docente. Dimensões Afectivas e Éticas. Porto: Areal.

Estrela, A. e Estrela, M.T. (2006). A Formação Contínua de Professores Numa Encruzilhada. In R. Bizarro & F. Braga (Eds.). *Formação de Professores de Línguas Estrangeiras: Reflexões, Estudos e Experiências* (pp.73-80). Porto: Porto Editora.

Estrela, M. T. (2005). Os saberes docentes vistos por eles próprios. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano 39, nº 3, pp. 433-450.

Estrela, A.; Eliseu, M.; Amaral, A.; Carvalho, A.; Pereira, C. (2005). A Investigação Sobre Formação Contínua em Portugal (1990-2004). *Investigar em Educação – Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação*, junho, nº 4, pp. 107-148.

Estrela, A. (1994). Teoria e Prática de Observação de Classes. Uma Estratégia de Formação de Professores. 4ª Edição, Porto: Porto Editora.

Estrela, A. (1990). *Teoria e Prática de Observação de Classes. Uma Estratégia de Formação de Professores* (3ª ed.). Lisboa: INIC.

Étienne, R. et al. (2009). *L'université Peut-elle Vraiment Former les Enseignants? Quelles Tensions? Quelles Modalités? Quelles Conditions?*. Bruxelas: Éditions De Boeck Université.

F

Faria, S. (2007). Supervisão Clínica na Enfermagem: no caminho da excelência dos cuidados. *Forum Enfermagem.org.*, consultado em outubro 2015, disponível em: http://www.forumEnfermagem.org/dossier-tecnico/item/2959-supervisao-clinica-na-Enfermagem-no-caminho-da-excelencia-dos-cuidados#.V_wU0-ArLIU.

Feixas, M. (2004). La Influencia de Factores Personales, Institucionales y Contextuales en la Trayectoria y el Desarrollo Docente de los Profesores Universitários. *Educar*, 33, pp. 31-59.

Feixas, M. (2002). *El Desenvolupament Professional del Professor Universitari com a Docente*. Tese de Doutoramento, Departamento de Pedagogia Aplicada da Universidade de Barcelona.

Fenstermacher, G. (1994). The Knower and the Known: the nature of knowledge in research on teaching. *Review of Research in Education*, 20, 3-56.

Fernandes, O. (2011), «Desenvolvimento de Competências dos Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico», UNIESEP-Núcleo de Investigação de Supervisão, Formação e Informação, *I Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências - Livro de comunicações e resumos*, Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, pp. 29-30. Acedido em setembro de 2015, disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_congresso_int_supervisao_clinica.pdf.

Fernandes, O. (2007). *Entre a Teoria e a Experiência. Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*. Loures: Lusociência.

Fernandes, D. (2004). *Avaliação das Aprendizagens: uma agenda, muitos desafios*. Lisboa: Texto Editores. Acedido em novembro de 2015, disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/5509>.

Fernandes, J. (1998). A Construção do Currículo em Enfermagem – Conceções Educacionais e Pedagógicas: da normatividade à autonomia. *Referência*, nº 0, pp. 33-39.

Fernandes, O. (1995). *Desenho Curricular Para Uma Enfermagem Científica: elementos que operacionalizam o currículo de Enfermagem na perspetiva dos professores*. Universidade do Porto: ICBAS. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Fernandes *et al.* (2012). Refletindo Sobre a Qualidade da Supervisão no Ensino Clínico de Enfermagem em Saúde Mental: perspetiva dos supervisores. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (7), pp. 25-32. Acedido em dezembro de 2015, disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100005.

Ferreira, P. (2002). Formação em Enfermagem: parcerias em contexto de ensino clínico. Comunicação apresentada na sessão científica das comemorações do 45º aniversário da ESECGL: *Escola em Movimento*. Anfiteatro da ESECGL. 9 Dez (s/ed.).

Ferrito, C. (2007) – Enfermagem Baseada na Evidência. Estudo Piloto Sobre as Necessidades de Informação Para a Prática de Enfermagem. *Revista Percursos*. Ano 2, nº 3, p. 36-40.

- Ferry, G. (1987). *Le Traject de la Formation*. Paris: Dunot.
- Figueira, M. J. (1984). *Le Choc de la Realité Vecu par Les Nouveaux Diplômés en Soins Infirmiers Dans Leur Première Année de Travail*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de licenciée en Sciences Hospitalières. Bruxelles, S/Ed., Faculté de Medicine et de Pharmacie.
- Figueiredo, A. M. F. S. (2013). *Missionários, Conservadores e Visionários: itinerários tipo na reconfiguração profissional dos Professores de Enfermagem*. Universidade de Lisboa. Instituto de Educação. Tese de Doutoramento.
- Figueiredo, M.^a do Céu Barbieri (1995). Do Ensino à Prática. *Enfermagem em Foco*. Ano V (n.º especial, 1995), pp. 16-19.
- FINE (2007). Bologna Process and Nurse Educators Competences. *Report of the 2nd workshop*. Genève: European Federation of Nurse Educators.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la Investigación cualitativa*. 2ª Ed. Coruña: Ediciones Morata, S.L.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Flores, M. A., & Veiga Simão, A. M. (Orgs.) (2009). *Aprendizagem e Desenvolvimento Profissional de Professores: contextos e perspectivas*. Coleção Educação e Formação. Mangualde: Edições pedagogo. ISBN 978-972-8980-80-1.
- Fonseca, M. J. L. (2004). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem – perspectiva do docente*. Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.
- Fontana, A.; Frey, J. (1994). Interviewing: the art of science. In: Denzin, N. e Liconln, Y. (Eds). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage P pp 361-376.
- Formosinho, J. (2009). Dilemas e Tensões da Actuação da Universidade Frente à Formação de Profissionais de Desenvolvimento Humano. São Paulo: USP, Col. *Cadernos de Pedagogia Universitária*, vol. 8, pp. 1-39.
- Formosinho, J. (2002). A Academização da Formação dos Professores de Crianças. *Infância e Educação*, 4, 19-35.
- Formosinho, J. (2000). A Escola das Pessoas Para as Pessoas: para um manifesto anti-burocrático. Formosinho, J.; Ferreira, F.I.; Machado, J. *Políticas Educativas e Autonomia das Escolas*. Porto. Edições ASA.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Franco, J. J. S. (2000). Orientação dos Alunos em Ensino Clínico de Enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de atuação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, nº 1 – fev.; pp. 32-50.
- Freire, P. (2002). *Educação e Mudança*. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática Educativa*. São Paulo: Paz e Terra.

Fullan, M. (1990). Staff Development, Innovation and Institutional Development. In B. Joyce (ed.), *School Culture Through Staff Development*. Virginia: ASCD, pp. 3-25.

Furió, C. (1994). Tendencias actuales en la formación del profesorado de ciencias, *Enseñanza de las Ciencias*, 12(2), pp. 188-199.

G

Galego e Gomes (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*. v. 5, n. 5, pp. 173 – 184.

Garcia, C. (2009). Desenvolvimento profissional docente: passado e futuro. *Sísifo/Revista de Ciências da Educação*, 8, 7-22.

Garcia, C. (2009b) A Identidade Docente: constantes e desafios. *Revista Brasileira de Pesquisa sobre Formação de Professores*, vol. 1, n.º 1, pp. 109-131.

Garcia, C. (1999). *Formação de Professores – Para uma Mudança Educativa*. Porto: Porto Editora.

Garcia, C. (1992). A formação de Professores: novas perspectivas baseadas na investigação sobre o pensamento do professor. In A. Nóvoa (Ed.), *Os Professores e a Sua Formação* (pp. 51-76). Lisboa: Dom Quixote.

Garrido, A. F. S. (2004). *A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.

Garrison, D. R., & Archer, W. (2000). *A Transactional Perspectives on Teaching and Learning. A framework for adult and Higher Education*. Oxford, UK: Pergamon.

Gauthier, C.; Martineau, S.; Desbiens, J. F.; Malo, F.; Simard, D. (1998). *Por Uma Teoria da Pedagogia. Pesquisas Contemporâneas Sobre o Saber Docente*. Ijuis – RS: Ed. INJUI.

Geelan, D. (2003). *Weaving Narrative Nets to Capture Classrooms. Multimethod Qualitative Approaches for Educational Research*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Gellert, C. (ed.) 1993. *Higher Education in Europe*. London and Philadelphia, PA, Jessica Kingsley Publishers.

Gialdino, I.V. (1993) *Metodos cualitativos: los problemas teorico metodologicos*. Buenos Aires: Centro Editor de America Latina.

- Ghiglione, R. e Matalon, B. (1992). *O Inquérito*. Oeiras: Celta Editora.
- Giovinazzo, R. A. (2001). Focus Group em Pesquisa Qualitativa – Fundamentos e Reflexões. *Administração On-Line – Prática – Pesquisa – Ensino*, 2, nº 4.
- Goddard, J. (2009). *Reiventing the Civic University*. NESTA *Provocation*. Acedido em setembro de 2013, disponível em: http://www.hsv.se/download/18.211928b51239dbb43167ffe1332/John_Goddard.pdf.
- Gonçalves, C. A. F. N. (2012). *Conhecimento Profissional e Profissionalismo em Enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Gonçalves, J. A. (2009). Desenvolvimento Profissional e Carreira Docente – Fases da Carreira, Currículo e Supervisão. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 8, 23-36. Acedido em março de 2013, disponível em: <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Goetz, J. LeCompte, M. (1984). *Ethnography and Qualitative Design. Educational Research*. Orlando: Academic Press, Inc.
- Gómez, S. (1999). El Desarrollo Profesional: Análises de un Concepto Complejo. *Revista de Educación*, 318, 175-187.
- Graça, L., & Henriques, I. (2000). Evolução da Prática e do Ensino da Enfermagem em Portugal. Acedido em março de 2011, disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos62.html#1>.
- Graça, S. (2008). Desenvolvimento Profissional do Professor Universitário: um contributo para a sua análise. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação* (nº 7) pp. 125-136. Acedido em maio de 2010, disponível em: <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Graça, S. (2006). *Desenvolvimento Profissional do Professor Universitário: um contributo para a sua análise*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado.
- Greenwood, J. (1993). Reflective Practice: a critique of the work of Argyris and Schön. *J. of Adv Nurs*, 18: 1183-7. Acedido em maio de 2016, disponível em: [http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/Reflection%20demystified%20Cooney%20\(1999\).pdf](http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/Reflection%20demystified%20Cooney%20(1999).pdf).
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1998). Competing Paradigms in Social Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Landscape of Qualitative Research*. (p. 195-220). London: Sage.
- Guba, E. (1989). Critérios de Credibilidade en la Investigación Naturalista. In: Sacristán & Perez (Eds). *La Enseñanza: su Teoria y su Pratica* (pp. 148-165). Madrid: Akal.
- Guba, E. G. e Lincoln, Y. S. (1988). Do Inquiry Paradigms Imply Inquiry Methodologies? In: D.M. FETTERMAN (ed.), *Qualitative Approaches to Evaluation in Education: The silent scientific revolution*. London, Praeger, p. 89-115.

Guerra, J. P. M. & Nunes A. S. (1970). *A Crise da Universidade em Portugal: reflexões e sugestões* In A. S. Nunes, (Org.), *O Problema Político da Universidade*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Günther, H. (2006) Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Mai-Ago, Vol.22, n.º2, pp.201-210.

Guskey, T. R. & Sparks, D. (2002). *Linking Professional Development to Improvements in Student Learning*. Paper presented at the Annual meeting of the American Educational Research Association.

H

Hadji, C. (1997). De la scientificité des Discours Sur l'Education. In A. Estrela & J. Ferreira (Orgs.), *Métodos e técnicas de investigação científica em educação*. Lisboa: AFIRSE/SPCE, pp. 33-42.

Hadji, C. (1994). *A avaliação, regras do jogo: das intenções aos instrumentos*. Porto: Porto Editora.

Halcomb, E. J. *et al.* (2007). Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *J Clin Nurs*. Jun;16(6):1000-11.

Hammerness, K. *et al.* (2005). How Teachers Learn and Develop. In L. Darling-Hammond, & J. Bransford (Eds.). *Preparing Teachers for a Changing World: what teacher should learn and be able to do* (pp. 358-389). San Francisco-Jossey-Bass.

Harding, L. & Petrick, T. (2008). Nursing Student Medication Errors: a retrospective review. *Journal of Nursing Education*, 47(1), 43-47.

Hargreaves, A. (2003). *O Ensino na Sociedade do Conhecimento*. Porto: Porto Editora.

Hargreaves, A. (1998). The Emotional Practice of Teaching. *Teaching and Teacher Education*, vol. 14 (8), pp. 835-854.

Hargreaves, A. (1996). Revisiting Voice. *Educational Researcher*, 25(1), 12-19.

Hart G, Rotem A. (1995). The Clinical Learning Environment: nurses' perceptions of professional development in clinical settings. *Nurse Educ Today*. 1995 Feb;15(1):3-10.

Hegyway, S. (2000). Standards of Scholarly Writing. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2), p. 112.

Hernández Pina, F., & Maquilón Sánchez, J. J. (2011). Las Creencias y Concepciones. Perspetivas Complementarias. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 14 (1), 165-175. Acedido em março de 2013, disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=217017192013>.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.

Huberman, M. (1993). Teacher Development and Instructional Mastery, In A. Hargreaves e M. Fullan (Org.). *Understanding Teacher Development*, Nova Iorque, Teacher College Press, 2ª Ed, pp. 122-142.

Huberman, M., *et al.* (1997). Perspectives on the Teaching Career. B. Biddle; T. Good & I. Goodson (eds.). *International Handbook of Teachers and Teaching* (vol.2, pp.11-78). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Huberman, M. (1995). Professional Careers and Professional Development. Some Intersections. In T.R. Guskey & M. Huberman (Eds.). *Professional Development in Education: new paradigms and practices* (pp.193-224). New York: Teachers College Press.

Huberman, M. & Miles, M. (1991). *Analyse des Donnés Qualitative: recueil de nouvelles méthodes*. Bruxeles: DeBoeck.

I

Imbernon, F.; Alonso, J.; Arandia, M; Cases, I.; Cordero, G.; Fernández I.; Revenga, A.; Gauna, P. R. (2002). *La Investigación Educativa como Herramienta de Formación del Profesorado: reflexión y experiencia de investigación educativa*. Barcelona: Editorial Graó de IRIF, S.L.

Imbernón, F. (2000). Un Nuevo Profesorado para Una Nueva Universidad: ¿Conciencia o Presión? *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 38, 37-46.

Imbernón, F. (1999). Responsabilidad Social, Profesionalidad y Formación Inicial en la Docencia Universitaria. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 34, 123-132.

Imbernón, F. (1994). *La formación y el Desarrollo Profesional del Profesorado. Hacia una Nueva Cultura Profesional*. Barcelona: Graó.

J

Johnson, S. et al, (2002). Development of Educator Competencies and the Professional Review Process. *Journal Staff Development* (V. 18, nº 2, Mar. Apr. 2002) pp. 92-102.

K

Kelchertmans, G. (2009). O Comprometimento Profissional para Além do Contrato: autocompreensão, vulnerabilidade e reflexão dos professores. In M.A. Flores & A.M. Simão (Eds.). *Aprendizagem e Desenvolvimento Profissional dos Professores*:

Contextos e Perspetivas (pp. 61-98). Col. Educação e Formação. Mangualde: Edições Pedagogo.

Kelchtermans, G. (1993). Teachers and Their Career Story: a biographical perspective. In C. Day, C.; J. Calderhead, J.; P. Denicolo (Ed.). *Research on Teacher Thinking: understanding professional development*. Londres: The Falmer Press.

Knight, P. *et al.* (2006). The Professional Learning of Teachers in Higher Education. *Studies in Higher Education*, 31 (3), 319-339.

Kolb, D. (1984). *Experiential Learning – Experience as a Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.

Korthagen, F. (2009) A Prática, a Teoria e a Pessoa na Aprendizagem ao Longo da Vida. In A. Flores e A. M. Veiga -Simão, A.M. (org.). *Aprendizagem e Desenvolvimento Profissional de Professores: Contextos Perspetivas* (pp.39-60). Magualde: Edições Pedagogo.

Korthagen, F. & Verkwyl, H. (2007). Do You Encounter Your Students or Yourself? The Search for Inspiration as an Essential Component of Teacher Education. In J. Loughran & T. Russel (Eds.). *Enacting a pedagogy of teacher education. Values, Relationships and Practices* (pp.106-123). London: Routledge.

Krammer, M.; Schmalenberg, C. (1976). Conflit: the cutting edge of growth. *Journal of Nursing Administration*, Philadelphia, 6 (8), pp. 19-25.

Krisman, S. *et al.* (1998). Faculty Preparation: a new solution to an old problem. *Journal of Nursing Education* (V. 37 n° 7) pp. 318-320.

Kristofferzon, M. L.*et al.* (2012). Nursing Students` Perceptions of Clinical Supervision: the contributions of preceptors, had preceptors and clinical lecturers. *Nurse Education Today*. Acedido em fevereiro de 2015, disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.08.017>.

Krueger, R.A, and Casey, M.A. (2000) *Focus Groups:A Practical Guide for Applied Research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

Krueger, R. A. (1994). *Focus groups. A Practical Guide for Applied Research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA : Sage.

Kuhn, T. (1975). *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspetiva.

L

Lacey, C. (1987). *Professional Socialization of Teachers*. In: *Dunkin, The International Encyclopaedia of Teaching and Teacher Education*. Oxford: Pergamon Press pp.634-645.

Lanier, J. & Little, J. (1986). Research on Teacher Education. In M. Wittrock (ed.). *Handbook of research on teaching*, 3ªed. (pp.527-569). New York: MacMillan Publishing Company.

Larrosa, J. (2002). Notas Sobre a Experiencia e o Saber da Experiência. *Revista Brasileira de Educação*, nº 19, jan/fev/mar/abri, pp. 19-28. Acedido em março de 2014, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>.

Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: legitimate peripheral participation*. New York: Cambridge University Press.

Latorre, A. et al. (1996). *Bases Metodológicas de la Investigación Educativa*. Barcelona, Hurtado Ediciones, 315 p.

Le Boterf, G. (2005). *Construir as Competências Individuais e Coletivas*. Porto: ASA Editores.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais* (3ª Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Leclercq, D. (2001). Desafios Actuais à Pedagogia Universitária. In Reimão (Org.). *A Formação Pedagógica dos Professores do Ensino Superior*. Lisboa: Edições Colibri, pp. 29-51.

Leite, C. & Ramos, K. (2012). Formação Para a Docência Universitária: uma reflexão sobre o desafio de humanizar a cultura científica. *Revista Portuguesa de Educação*, 25(1), pp. 7-27. Acedido em janeiro de 2015, disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpe/v25n1/v25n1a02.pdf>.

Leite, C. & Ramos, K. (2010). Questões da Formação Pedagógico-Didática na sua Relação com a Profissionalidade Docente Universitária. Alguns Pontos para Debate. In C. Leite (Ed.). *Sentidos da Pedagogia no Ensino Superior* (pp.29-45). Col. Ciências da Educação. Porto: CIIE/Livpsic.

Leite, C. & Silva, D. (2002). Conceções e Vivências de Formação no Projeto TEIAS. In *O Particular e o Global no Virar do Milénio – Actas do 5º Congresso da SPCE*. Lisboa: SPCE, pp. 605-611.

Lesne, M. (1994). *Travail Pédagogique et Formation d'Adultes – Éléments d'Analyse*. Paris: Éditions L'Harmattan.

Lessard-Hébert, M.; Goyette, G.; Boutin, G. – *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Ed. Instituto Piaget, 1994.

Levett-Jones, T. et al. (2008). The Duration of Clinical Placements: a key influence on nursing students' experience of belongingness. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26 (2), pp. 8-16. Acedido em março de 2016, disponível em: http://ajan.com.au/Vol26/26-2_Levett_Jones.pdf.

Lima, J. A. (2002). *As Culturas Colaborativas nas Escolas: estruturas, processos e conteúdos*. Porto: Porto Editora.

Lima, J. A. (2000). Questões Centrais no Estudo das Culturas Profissionais dos Professores, *Educação, Sociedade e Culturas*, nº 13, 59-103.

Little, J. W. (1990). Teachers as Colleagues. In A. Lieberman (Ed.). *Schools as Collaborative Cultures*. The Falmer Press.

Löfmark, A. *et al.* (2012). Nursing Student's Satisfaction With Supervision From Preceptors and Teachers During Clinical Practice. *Nurse Education Practice*. 12(3):164-9. Acedido em julho de 2015, disponível em: [http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953\(11\)00186-7/abstract](http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953(11)00186-7/abstract).

Longarito, C. S. (2002). O ensino clínico: a importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº 5 (Fevereiro). Coimbra. ISSN 0874-7695.

Longo, J. J. R. e Fernandes, M. J. S. (2014). *Focus group e processo ensino-aprendizagem em Enfermagem: uma revisão sistemática da literatura*. Biomedical and Biopharmaceutical Research, 1 (11), pp. 11-21. Acedido em fevereiro de 2015, disponível em: http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/5497/focus_group_teaching_learning_process_nursing.pdf?sequence=1.

Longo, J.J.R. (2007). Problem Based Learning (PBL): uma possibilidade de aprendizagem significativa em Enfermagem. *Percursos*, nº 6 Out-Dez 2007. Acedido em março de 2014, disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n6_dez2007.pdf.

Longo, J.J.R. (2005). *Supervisão Clínica em Enfermagem. Contributo para o Estudo das Necessidades de Formação dos Supervisores de Ensino Clínico*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado.

Lopes, A. *et al.* (2013). *Formação Inicial de Professores e de Enfermeiros: identidades e ambientes*. Porto: Livpsic.

Lopes, N. (2001). *Recomposição profissional: estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editora.

Lortie, D. C. (1975). *School Teacher: a sociological study*. Chicago: University of Chicago.

Loughran, J. (2005). Knowledge Construction and Learning to Teach About Teaching. In D. Beijard; P. Meijer; G. Morine-Dersheimer & H. Tillema (Eds.). *Teacher Professional Development in Changing Conditions* (pp.27-41). Netherland: Springer.

Loughran, J. (2006). *Developing a Pedagogy of Teacher Education*. London: Routledge

Loughran, J. (2007). Enacting a Pedagogy of Teacher Education. In J. Loughran & T. Russel (Eds.). *Values, Relationships and Practices* (pp.1-15). London: Routledge.

Ludke, M.; André, M. (1986). *Pesquisa em Educação, Abordagens Qualitativas*. São Paulo: EP.

M

Macedo *et. al.* (2013). *Formação Profissional: Investigação Educacional sobre Teorias, Políticas e Práticas*. Atas do XX Colóquio da Secção Formação Profissional Portuguesa da AFIRSE - *Problematizar e Debater Práticas de Supervisão e a Construção Colaborativa de Conhecimento Profissional*. Edição Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. ISBN: 978-989-8272-17-1.

Macedo, A. (2012). *Supervisão em Enfermagem: Construir as Interfaces entre a Escola e o Hospital*. Santo Tirso: De facto Editores.

Macedo, A. (2010). *O Ensino em Alternância Escola de Enfermagem e Hospital: Tensões e Possibilidades Reveladas por um Grupo de Alunos Estagiários*. Actas do Congresso Ibérico. Universidade do Minho. Centro de Investigação em Educação. Acedido em novembro de 2013, disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13520>.

Magalhães, A. M. (2004). *A identidade do Ensino Superior – Política, Conhecimento e Educação numa Época de Transição*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Malglaive, G. (1995). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora

Mansell, I. (2004). The Learning Curve: the advantages and disadvantages in the use of focus groups as a method of data collection. *Nurse Researcher*, 11:4; pp. 79-88.

Marcel, J. F. *et al.* (2002). Les Pratiques Comme Objet d'Analyse. Note de Synthèse. *Revue Française de Pédagogie*, n. 138, pp. 135-170. Acedido em julho de 2015, disponível em: http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/revue-francaise-de-pedagogie/INRP_RF138_14.pdf.

Marcelo, C. (2009). Desenvolvimento Profissional Docente: passado e futuro. *Sísifo/Revista de Ciências da Educação*, n.º 8 jan/abr, pp. 7-22. Acedido em setembro de 2013, disponível em: http://www.fep.porto.ucp.pt/sites/default/files/files/FEP/SAME/docs/Carlosmarcelo_De_senv_Profissional.pdf.

Marques, M. F. M. (2005). Entre a Continuidade e a Inovação. O Ensino Superior de Enfermagem e as Práticas Pedagógicas dos Professores de Enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 5, pp. 153-171, Acedido em outubro de 2015, disponível em: http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1425/Educacao05_marques.pdf?sequence=1.

Marques, J.; Pinto, P. R. (2012). Formação Pedagógica de Professores do Ensino Superior – A Experiência da Universidade Nova de Lisboa. *Revista Portuguesa de*

Pedagogia, Ano 46-2, pp. 129-149. Acedido em maio de 2015, disponível em: http://www.ispa.pt/ficheiros/documentos/formacao_pedagogica_de_professores_do_ensino_superior.pdf.

Martin, E., Prosser, M., Trigwell, K., Rasen, P., & Benjamin, J. (2000). What University Teachers Teach And How They Teach It. *Instructional Science*, 28, 387-412.

Martinot, D. (2009). Le Soi en Psychologie Sociale. In Halpern, C. (Coord.), *Identité(s). l'Individu, le Groupe, la Société*, pp. 36-44. Auxerre: Éditions Sciences Humaines.

Martins, C. S. R. (2009). Competências Desejáveis dos Supervisores de Ensino Clínico: representações de alunos de Enfermagem. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado.

Masetto, M. (2003). *Competência Pedagógica do Professor Universitário*. São Paulo: Summus Editorial.

Masetto, M. (2000). Mediação Pedagógica e o Uso da Tecnologia. In: Moran, José Manuel (org.). *Novas Tecnologias e Mediação Pedagógica*. Campinas, SP: Papirus.

Masetto, M. (1998). *Docência na Universidade* (5ª ed.). Campinas, São Paulo: Papirus.

Mason, J. (2002). *Qualitative Researching*. 2nd Edition. London: SAGE Publications.

Matos, E. T. – A Colaboração Escola-Serviços. *Nursing*. Ano 10, n.º 114, (1997) p. 31- 34.

Méhaut, P. (1994). Transformaciones Organizativas y Políticas de Formación: ¿Cuales Son las Lógicas de la Competencia?. *Formación Profesional Revista Europea*, Nº1. Acedido em junho de 2015, disponível em: <file:///C:/Users/Fernando/Desktop/1-es.pdf>.

Melo, R.C.; Parreira, P.M. (2009), “Predictors of the Development of Relational Skills: study with students of nursing”. In *The 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science*, Japão: Kobe International Exhibition Hall, pp. 90. Acedido em outubro de 2015, disponível em: http://wans.umin.ne.jp/confe/wans_1st.pdf.

Mendes *et al.* (2012). *Contextos Organizacionais do Desenvolvimento das Práticas de Supervisão: que cooperação no processo formativo dos estudantes de Enfermagem?*. Atas do Congresso Internacional de Supervisão em Enfermagem: novas perspectivas para a mudança. Universidade do Minho. Centro de Investigação em Educação. Acedido em abril de 2015, disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20516/1/Contextos%20organizacionais%20do%20desenvolvimento%20das%20pr%C3%A1ticas%20de%20supervis%C3>

[%A3o%20que%20coopera%C3%A7%C3%A3o%20no%20processo%20formativo%20dos%20estudantes%20de%20Enfermagem.pdf](#).

Méndez, A. J. (2002). *Avaliar para Conhecer, Examinar para Excluir*. Porto Alegre: ArtMed.

Merighi, M. *et al.* (2014). Ensinar e Aprender no Campo Clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (4), pp. 505-11. Acedido em junho de 2015, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0505.pdf>.

Mertens, D. M. (1998). *Research Methods in Education and Psychology: integrating diversity with quantitative and qualitative approaches*. London, Sage Publications, 422 p.

Merton, R. K. (1997). The Focused Interview and Focus Groups: continuities and discontinuities. *Public Opinion Quarterly*, 51(3), 550-556.

Mesquita, E. (2011). *Competências do Professor. Representações sobre a Formação e a Profissão*. Lisboa: Edições Sílabo.

Mestrinho, M. G. (2011). *Profissionalismo e Competências dos Professores de Enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Mestrinho, M. G. (2010). Profissionalismo de Professores no Ensino de Enfermagem em Portugal – Anais do IV Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde: *Diversidade de Saberes, Construção do Conhecimento e Justiça Social*. Fortaleza, Brasil. ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva. ISSN: 1413-8123.

Mestrinho, M. G. (2009). Novos Papéis dos Professores de Enfermagem no Ensino Superior. Um Referencial para a Ação. Actas do X Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências de Educação. *Investigar, Avaliar, Descentralizar*. Edição SPCE & Instituto Politécnico de Bragança. ESSE. ISBN: 978-972-745-102-9.

Mestrinho, M. G. (2008). Papéis e Competências dos Professores de Enfermagem. *Pensar Enfermagem*. (UI&DE). Vol. 12 nº2. Lisboa, pp.2-11. ISSN 0873-98904.

Mestrinho, M. G. (2007). Parcerias na Formação Inicial de Enfermeiros. In: Gomes, I. (Org.). *Parcerias e Cuidado de Enfermagem – Uma Questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau, pp. 203-248.

Mestrinho, M. G. (2004). Parcerias na Formação Inicial de Enfermeiros: um estudo de caso. *Pensar Enfermagem*. Vol. 8, nº 2, pp. 2-21.

Mestrinho, M. G. (2003). *Parcerias na Formação Inicial de Enfermeiros*. Dissertação apresentada a Concurso para Provas Públicas para Professor Coordenador da Carreira de Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico, na área Científica de

Enfermagem, vertente Educação em Saúde. Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa (s/ed.).

Mestrinho, M. G. (2000). Tornar-se Enfermeiro: de estudante a profissional. In: M.G. Mestrinho; J.B. Durão; C.M. Pinto; E.M. Garcia; A. M. Paz; M. F. Coelho & J.M. Mendes (Eds.). *Formação em Enfermagem: Docentes investigam* (pp.12-62). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Mestrinho, M. G. (1997). *O Choque da Realidade dos Enfermeiros no Início de Carreira*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado.

Miles, MB. & Huberman, AM. (1994). *Qualitative Data Analysis* (2nd edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Mizukami, M.G.N. (2005). Aprendizagem da Docência: conhecimento específico, contextos e práticas pedagógicas. In A.M. Nacarato & M. A.V. Paiva, (Org). *A formação do Professor que Ensina Matemática: perspectivas e pesquisas*. Belo Horizonte: Autêntica, pp.213-231.

Mizukami, M.G.N. (Org.) (2002). *Escola e Aprendizagem da Docência: Processos de Investigação e Formação*. São Carlos (SP): Edufsar.

Montero, M. L (2001). *A Construção do Conhecimento Profissional Docente*. Trad. Lisboa: Instituto Piaget

Morais, A. M. M. S. (2013). *O Processo de Bolonha e a Avaliação das Aprendizagens: um estudo de práticas em Mudança*. Universidade do Minho. Instituto de Educação. Tese de Doutoramento. Acedido em julho de 2016, disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/28770/1/Ana%20Maria%20Magalh%C3%A3es%20da%20Silva%20Morais.pdf>.

Morais, F. & Medeiros, T. (2007). *Desenvolvimento Profissional do Professor- A Chave do Problema*. Açores: DRCT.

Moreno-Casbas, T. et al. (2010). Barreras para la Utilización de la Investigación. Estudio Descriptivo en Profesionales de Enfermería de la Práctica Clínica y en Investigadores Activos. *Enfermería Clínica*. Vol. 20, nº 3, pp. 153-164.

Morgan, D. L. (1997). *Focus Group as Qualitative Research*. London: Sage University paper.

Morgan, D. L. (2002). Focus Group Interviewing. Dans J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Eds.), *Handbook of Interview Research* (p. 141-159). Thousand Oaks, CA: Sage

Morse, J. et al. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *Journal of Qualitative Methods* (Nº 1) pp. 1-16.

Mukamurera, J. & Uwamariya, A. (2005). Le Concept de Développement Professionnel en Enseignement: approches théoriques. *Revue des Sciences de L'Éducation*, 31 (1), 133-155.

N

Nascimento, C. A. F. (2007). Docentes de Enfermagem: necessidades de formação em supervisão clínica. In: Rodrigues, A. *et al.*, *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados* (pp. 125-174). Loures Lusociência.

Nascimento, C. A. F. (2004). *Supervisão Clínica de Enfermagem: necessidades de formação dos docentes supervisores*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado.

Novo, M. F. (2011). *Gestão da Supervisão do Ensino Clínico em Enfermagem: perspetivas dos enfermeiros orientadores do CHNE, EPE*. Instituto Politécnico de Bragança. Dissertação de Mestrado.

Nóvoa, A. S. (2009). *Professores, imagens do futuro presente*. Lisboa: Educa.

Nóvoa, A. S. (2007). *O Regresso dos Professores*. Comunicação apresentada na "Conference on Teacher Professional Development for the Quality and Equity of Lifelong Learning", 27/09/2007. Acedido em julho de 2015, disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/687/1/21238_rp_antonio_novoa.pdf.

Nóvoa, A. S. (2006). *Discurso de Posse do Reitor Prof. Dr. António Sampaio da Nóvoa*. Acedido em janeiro de 2013, disponível em: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/79377.pdf>.

Nóvoa, A. (Org.), (2000). *Vidas de Professores*. Porto: Porto Editora.

Nóvoa, A. (Ed.) (1995). *Profissão Professor* (2ªed.). Col. Ciências da Educação. Porto: Porto Editora.

Nóvoa, A. (1992). Formação de Professores e Profissão Docente. In A. Nóvoa (coord.) *Os Professores e a Sua Formação* (pp. 17-33). Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Nóvoa, A. (1991). A Formação contínua entre a pessoa-professor e a organização escola. *Inovação*, 4(1), pp. 63-76.

Nóvoa, A. (1988). A Formação Tem de Ppassar por Aqui: as histórias de vida no Projeto PROSALUS. In A. Nóvoa & M. Finger (Orgs.). *O Método (auto)Biográfico e a Formação*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde e Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do Ministério da Saúde, pp. 109-130.

Nunes, A.P. (2012). A Utilização da Técnica dos Grupos Focais na Metodologia de Investigação Qualitativa. *Revista de Investigação em Enfermagem*, Fev, pp. 89-94.

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a Atender nos Trabalhos de Investigação Académica de Enfermagem*. Departamento de Enfermagem. Escola Superior de Saúde de Setúbal. Instituto Politécnico de Setúbal. ISBN: 978-989-98206-1-6. Acedido em novembro de 2015, disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20Enfermagem.pdf>.

Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em Enfermagem. *Percursos*. Publicação da área disciplinar de Enfermagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Setúbal 17, 3-9. Acedido em outubro de 2015, disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf.

Nunes, L. (2007). Olhar no Sentido do Futuro: do que temos ao que queremos-na encruzilhada do presente. *Percursos*. Publicação da área disciplinar de Enfermagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Setúbal 2, 36-42. Acedido em outubro de 2015, disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf.

Nunes, L. (2006). *Perfil de Competências do Professor de Enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Dissertação para provas públicas para provimento do lugar de professor coordenador.

Nunes, L. (2003). *Um Olhar Sobre o Ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.

Nunes, R.; Rego, G. (2002). *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGraw-Hill. ISBN 9727731406.

O

Olabuénaga, J. I. (2003). *Metodología de la Investigación Qualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Oliveira, C. M. S. (1998). O Stress e Coping: e a formação em Enfermagem? *Servir*, 46 (6), pp. 288-296.

Oliveira, M. L. (2006). *O Desafio à Formação de Professores de Enfermagem – Um Contributo para a Mudança das Práticas*. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências e Tecnologia. Tese de Doutoramento. Acedido em janeiro de 2016, disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/1297/1/oliveira_2006.pdf.

Olhicas, H. R. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem. Representações dos “Supervisores de Ensino Clínico” sobre a Construção das suas Competências e dos seus Saberes*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Acedido em julho de 2013, disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/951>.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Orientação de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Acedido em agosto de 2015,

disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer19_CE.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Dados Estatísticos a 31-12-2014*. Acedido em novembro de 2016, disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em fevereiro de 2014, disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estudo Sobre a Situação Profissional dos Jovens Enfermeiros em Portugal*. Acedido em setembro de 2016, disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/Press_Ap%C3%B3s%201%20de%20Abril%202010/Estudo.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem, 2008-2012*. Acedido em janeiro de 2014, disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2008_PlanoEEEnfermagem.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Enfermagem Portuguesa. Implicações na Adequação ao Processo de Bolonha no Actual Quadro Regulamentar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em janeiro de 2014, disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2007_EnfermagemPortuguesa_Processo_Bolonha.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Acedido em março de 2014, disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em junho de 2014, disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos*. Acedido em junho de 2014, disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

P

Paiva, L. A. R. (2008). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem. O Stresse dos Tutores e a Influência no Apoio Percebido Pelos Estudantes*. Universidade de Aveiro. Departamento de Didática e Tecnologia Educativa. Dissertação de Mestrado.

Paiva, A. (2007), *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. *Servir*, Vol. 55, pp. 11-20.

Pajares M. F. (1992). Teachers' Beliefs and Educational Research: Cleaning Up a Messy Construct. *Review of Educational Research* vol. 62 no. 3, pp. 307-332.

Pape, T. (2000). Boyer`s Model of Scholarly Nursing Applied to Professional Development. *AORN Journal* (V. 995 n°5) pp. 1001-1003.

Pereira, M. C. Q. V. (2007). *Perfil de Competências Pedagógicas dos Enfermeiros Docentes na Formação Inicial em Enfermagem. Contributo para a sua construção*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação. Dissertação de Mestrado. Acedido em abril de 2016, disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/812>.

Paquay, L. & Wagner, M.C. (2001). Competências Profissionais Privilegiadas nos Estágios e na Videoformação. In L. Paquay; M. Altet; E. Charlier & P. Perrenoud (Eds.). *Formando Professores Profissionais. Quais Estratégia? Quais Competências?*, 2ª ed.(pp.135-159). São Paulo: Artmed.

Pastré, P. et Rabardel, P. (2005). *Apprendre par Simulation – de l'Analyse du Travail aux Apprentissages Professionnels*. Toulouse: Octares Editions.

Patton, M. (1990). *How to Use Qualitative Methods in Avaluation*. Newbury Park, California: SAGE.

Paulino, M, N. S. (2007). Vivências e Perceções do Estágio nos Estudantes de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, Ago; pp. 24-31.

Pedro, A. J. M. D. (2011). *Percursos e Identidades. A (re)construção da identidade profissional do docente de Enfermagem: o olhar dos docentes*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Instituto de Educação. Tese de Doutoramento.

Peplau, H. (1993). *Relaciones Interpersonales en Enfermaría*. Barcelona: Masson-Salvat.

Pereira *et al.* (2012). Atitudes e Barreiras à Prática de Enfermagem Baseada na Evidência em Contexto Comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 7 - Jul. pp.55-62. Acedido em abril de 2015, disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/24209/1/Artigo%20Final%20-%20Publicado.pdf>.

Perrenoud, P. (2008). Transmisión de Conocimientos y Competências. Cuadernos de Docência Universitária, 5. Acedido em janeiro de 2015, disponível em: <http://www.octaedro.com/ice/pdf/5CUADERNO.pdf>.

Perrenoud, P. (2004a). *Desarrollar la Práctica Reflexiva en el Oficio de Enseñar. Profesionalización y Razón Pedagógica*. Barcelona: Graó.

Perrenoud, P. (2004b). Analyse de Pratiques et Référence au Travail réel: autor de quelques questions vives. In Inisan, J.F. (Dir). *Analyse de Pratiques et Attitude Réflexive en Formation*. REIMS: CRDP de Champagne-Ardenne, pp. 71-78. Acedido em dezembro de 2012, disponível em: http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2004/2004_13.html.

Perrenoud, P. (2002). *A Prática Reflexiva no Ofício de Professor: Profissionalização e Razão Pedagógicas*. Porto Alegre: Artmed Editora

Perrenoud, P. (2001a). *Porquê Construir Competências Desde a Escola? Desenvolvimento da Autonomia e Luta Contra a Desigualdade*. Porto: ASA.

Perrenoud, P. (2001b). *Ensinar: agir na Urgência, Decidir na Incerteza. Saberes e Competências em uma Profissão Complexa* (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.

Perrenoud, P. (2000). *Dez Novas Competências para Ensinar*. Porto Alegre: Artmed.

Perrenoud, P. (1996). *Enseigner: Agir dans l'Urgence, Décider dans l'Incertitude. Savoirs et Compétences dans un Métier Complexe*. Paris: ESF Editeur

Perrenoud, P. (1994). *La Formation des Enseignants*. Entre Théorie et Pratique. Paris: Éditions l'Harmattan.

Perrenoud, P. (1993). *Práticas Pedagógicas, Profissão Docente e Formação. Perspectivas Sociológicas*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Peterlini, M. A. S., Rocha, P. K., Kusahara, D. M. & Pedreira, M. L. G. (2006). Subjective Assessment of Backrest Elevation: magnitude of error. *Heart Lung*, 35(6), 391-396.

Pimenta, S. G.; Anastasiou, L.G. C. (2002). *Docência no Ensino Superior*. São Paulo: Cortez.

Pineau, G. (2000). Histoire de Vie et Formation Anthropologique de l'Histoire Humaine. *Education permanente* (Nº 142) pp. 63-70.

Pineau, G. (1994). l'Autoformation dans le Cours de la Vie: entre l'hétero et l'éco formation. *Education Permanente* (nº 78-79) pp. 25-39.

Pinto, P. R. (2008). Formação Pedagógica no Ensino Superior. O caso dos Docentes Médicos. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 07, pp.111-124. Acedido em dezembro de 2011, disponível em: <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/sisifo7D10PT.pdf>.

Pinto, P. R. (2002). A Aprendizagem por Problemas na Disciplina de Fisiopatologia da Faculdade de Ciências Médicas (FMC) – Preparação Pedagógica dos Professores. *Formar*, 1, pp. 28-33.

Pinto, P. R. (1993). Aprendizagem por Análise e Resolução de Problemas. Fundamentos Pedagógicos e Estratégias de Formação. *Educação Médica*, 4, 1, pp. 10-17.

Pires, R. (2004). *Acompanhamento da Atividade Clínica dos Enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional*. Aveiro: (s.n.). Dissertação de mestrado.

Pires, R. et al. (2004). Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem. *Sinais Vitais*, nº54 Maio, pp. 5-15.

Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3. ed., porto Alegre, Artes Médicas.

Ponte, J. P. (1998). Da Formação ao Desenvolvimento Profissional. In *Actas do ProfMat 98* (pp. 27-44). Lisboa: APM.

Pretty, M. et al. (2010). Competencias del Docente Clínico Enfermera|o, Universidades Lleida (España) y La Frontera (Chile): percepción del estudiante. *Ciencia y Enfermería XVI*, (2), pp. 99-106. Acedido em Novembro de 2015, disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_10.pdf.

Q

Quivy, R.; Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5ª Ed. Lisboa: Gradiva.

R

Ramalho, B. L., Nuñez, I. B. & Gauthier, C. (2003). *Formar o Professor, Profissionalizar o Ensino: perspetivas e desafios*. Porto Alegre: Sulina.

Ramos, M. F. (2003). A Preceptoría como Estratégia de Formação em Estágio de Enfermagem Pediátrica. *Pensar Enfermagem*, 7(1), 3-12.

Ramsden, P. (2003). *Learning to Teach in Higher Education*, (2nd ed.). London: Routledge & Falmer.

Rebelo, M. T. (1996). *Os discursos nas Práticas de Enfermagem. Contributo para a Análise das Representações Sociais de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (policopiado).

Reid, B. (1994). The Mentor's Experience: a personal perspective. In A. Palmer (Ed), *A Reflexive Practice in Nursing: the growth of a professional practitioner* (pp.35-52). Oxford: Blackwell Scientific publications.

Reimão, C. (Org.) (2001). *A Formação Pedagógica dos Professores do Ensino Superior*. Lisboa: Edições Colibri.

Ribeiro, O. *et al.* (2010). Contributo dos Enfermeiros na Formação Pré-Graduada. *Millenium*, 41 (julho/dezembro), pp. 123-144.

Ribeiro, L. (1995). *Cuidar, Tratar: formação em Enfermagem e desenvolvimento sóciomoral*. Lisboa: Educa.

Rivas, M. R.; Zabalza M. A. B. (2011). La Formación Práctica de Estudiantes Universitarios: repensando el Practicum. *Revista de Educación*, 354. Enero-Abril, pp. 17-20. Acedido em fevereiro de 2014, disponível em: http://www.revistaeducacion.mec.es/re354/re354_01.pdf.

Robo P. (2002). «L'analyse de Pratiques Professionnelles: un dispositif de formation accompagnante», dans *Vie pédagogique*, n° 122 avec errata dans le n° 123, Ministère de l'Éducation du Québec, p 7-10 / 57. Robo P. (2002). “L'analyse des Pratiques Professionnelles: éclairages” dans *Le nouvel éducateur*, n° 136, p. 28-34.

Rocha, A.P. (2008). *A Relação de Ajuda no Ensino de Enfermagem*. Universidade de Aveiro. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde. Acedido em maio de 2016, disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3315/1/2009000631.pdf>.

Rodrigues, A. e Peralta, H. (2008). Algumas Considerações a Propósito da Avaliação do desempenho dos professores. Lisboa: DGRHE. Acedido maio de 2009, disponível em: http://www.aelc.pt/files/professores/avaliacao_desempenho/26_02_2008/Consideracoes_Avaliacao_Desempenho.pdf.

Rodrigues, A. (2007). Da Teoria à Prática: necessidades de formação dos formadores. In Rodrigues, A. *et al.*, *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados* (pp. 77-91). Loures Lusociência.

Rodrigues, A. (2006). *Análise de Práticas e de Necessidades de Formação*. Lisboa: Ministério da Educação – Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

Rodrigues, A. (2001). *A Formação de Professores para a Prática na Formação Inicial de Professores*. Comunicação apresentada no Seminário “Modelos e Práticas de Formação Inicial de Professores. Lisboa: FPCEUL.

Rodrigues, A. & Esteves, M. (1993). *A Análise de Necessidades na Formação de Professores*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, A. (1999). *Metodologias de Análise de Necessidades de Formação na Formação Profissional Contínua de Professores. Contributos para o seu Estudo*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Roldão, M. C. (2009^a). Formação de Professores na Investigação Portuguesa – Um Olhar sobre a Função do Professor e o Conhecimento Profissional. Formação Docente – *Revista Brasileira de Pesquisa sobre Formação Docente*, Ago/Dez, V. 01, n. 01, pp. 57-70, consultado em novembro de 2013, disponível em: <http://formacaodocente.autenticaeditora.com.br/artigo/exibir/1/4/1>.

Roldão, M. C. (2007a). A formação de Professores como Objeto de Pesquisa: contributos para a construção do campo de estudo a partir de pesquisas portuguesas. *Revista Eletrônica de Educação*, 50-118. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos.

Roldão, M. C. (2007b). Função Docente: natureza e construção do conhecimento profissional. *Revista Brasileira de Educação*, 12 (34), 94-103. Acedido em setembro de 2012, disponível em: www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n34/a08v1234.pdf

Roldão, M. C.; Neto-Mendes, A.; Costa, J. A.; Alonso, L. (2006). Organização do Trabalho Docente: uma década em análise (1996-2005). *Investigar em Educação – Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação*, nº5, pp. 17-148

Roldão, M.C; Hamido, G.; Galveias, F. (2005). Dinâmicas de Transição Ecológicas no Desenvolvimento Pessoal, Profissional e Institucional. In I. Alarcão (coord.) *Supervisão e Desenvolvimento da Identidade Profissional. Estudo sobre a Influência da Supervisão e dos Contextos nas Transições Ecológicas de Construção e Desenvolvimento Profissional*, Relatório de pesquisa, Aveiro: Universidade de Aveiro

Roldão, M. C. (2005a). Profissionalidade Docente em Análise – Especificidades dos Ensinos Superior e não Superior. *Revista NUANCES*, ano XI, (13), 108-126.

Roldão, M. C. (2002) A Universitarização da Formação dos Educadores de Infância e Professores do 1º Ciclo – Uma Leitura de Significados. *Infância e Educação, Investigação e Práticas*, (4), 36-41.

Rolfé, G. (1996). *Closing de Theory-Practice Gap. A New Paradigm for Nursing*. Oxford: Butterworth Heinemann.

Rosado, A. & Silva, C. (s.d.). Conceitos Básicos sobre Avaliação das Aprendizagens. Acedido em abril de 2015, disponível em: <http://home.fmh.utl.pt/~arosado/ESTAGIO/>.

Roxo, J. – *O Toque na Prática de Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Universidade da Estremadura. Tese de Doutoramento não editada.

Rua, M. S. (2009). *De Estudante a Enfermeiro. Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências da Saúde (policopiado).

Ruivo, M. A.; Ferrito, C.; Nunes, L. - Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, nº 15, Janeiro-Março, 2010.

Ruiz, C.; Bueno, O.; Torelló, J.; Tejada, F. e Navío, F. (2008). Funciones y Escenarios de Actuación del Professor Universitario. Apuntes para la Definición del Perfil Basado en Competencias. *Revista de la Educación Superior*, Vol. XXXVII (2), No. 146, Abril-Junio, pp. 115-132.

Ruíz, E.M. (2006). El Practicum en la Formación de Futuros Profesionales: Como Entienden los Gestores su Mejora? *Universitas Tarraconensis: Revista de Ciències de l'Eduació*, pp. 89-116. Consultado em julho de 2013, disponível em http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/ferreres/UT_Ferreres.pdf.

S

Sá-Chaves. I. (2008). Novos Paradigmas, Novas Competências: complexidade e identidade docente. *Saber (e) Educar*, 13, pp. 59-69.

Sá-Chaves, I. (2005) (org.). *Os “Portfolios” Reflexivos (Também) Trazem Gente Dentro. Reflexões em Torno do Seu Uso na Humanização dos Processos Educativos*. Porto. Porto Editora.

Sá-Chaves, I. (2002). *A construção do Conhecimento pela Análise Reflexiva da Praxis*. Lisboa.Fundação Calouste Gulbenkian/FCT.

Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, Conhecimentos e Supervisão. Contributos nas Áreas de Formação de Professores e de Outros Profissionais*. Aveiro: CIDInE.

Sachs, J. (2009). Aprender para Melhorar ou Melhorar a Aprendizagem: o dilema do desenvolvimento profissional contínuo dos professores. In M.A. Flores & A.M. Simão 432 (Eds.). *Aprendizagem e Desenvolvimento Profissional dos Professores: contextos e perspectivas*. Col. Educação e Formação (pp.99-118) Mangualde: Edições Pedagogo.

Samurçay, R. et Pastré, P. (2004). *Recherches en Didactique Professionnelle*. Toulouse: Octares Editions.

Sanmamed, M. G.; Abeledo, E. J. F. (2011). El Practicum en el Aprendizaje de la Profesión Docente. *Revista de Educación*, 354, Enero-Abril, pp. 47-70. Acedido em maio de 2014, disponível em: http://www.revistaeducacion.educacion.es/re354/re354_03.pdf.

Sanmamed, M. G. (2005). Que se Aprende en el Practicum? Que Hemos Aprendido Sobre el Practicum?. Atas do XI Symposium Internacional Sobre el Practicum, em Poio – *El Practicum en el Nuevo Contexto del Espacio Europeo de Educación Superior*. Acedido em abril de 2014, disponível em: http://redaberta.usc.es/uvi/public_html/images/pdf2001/gonzalezsanmamed1.pdf.

Santos Guerra, M. A. (1993). *Patología General de la Evaluación Docente. El Caso de la Residência a Nivel Grado*. Chile, Rosário. Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Humanidades y Artes. (Tese de Doutoramento).

Santos, M. M. F. V. (2013). *Formação Contínua de Professores em Contextos Laborais Colaborativos – Seus Reflexos nas Concepções e Práticas Profissionais*. Universidade de Lisboa: Instituto de Educação. Tese de Doutoramento.

Saravia, M. A. G. (2011). Calidad del Pprofessorado: um modelo de competências académicas. *Cuadernos de Docencia Universitaria*, 20. Acedido em agosto de 2013, disponível em: <http://www.octaedro.com/pdf/16520.pdf>.

Saumure, K. (2001). Focus Group – An Overview. Acedido em maio de 2011, disponível em: http://www.slis.ualberta.ca/cap02/Kristie/focus_group_paper.htm.

Serrano, M. T. P. (2008). *Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho*. Universidade de Aveiro. Departamento de Didática e Tecnologia Educativa. Tese de Doutoramento.

Schön, D. A. (2000). Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed Editora.

Schön, D. A. (1996). A la Recherche d'une Nouvelle Épistémologie de la Pratique et de ce Qu'elle Implique pour L'éducation des Adultes. In Barbier, J. M. (Org). *Savoirs Théoriques et Savoirs D'action*. Paris: Press Universitaires de France, pp. 201-222.

Schön, D. A. (1992). Formar Professores como Pprofissionais Reflexivos. In: Nóvoa, A. (Org.). *Os professores e a sua Formação*. Lisboa: D. Quixote, pp. 77-91.

Schön, D. A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. São Francisco: Jossey-Bass.

Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.

Schofield, J. W. (2002). Increasing the Generalisability of Qualitative Research. In A. M. Huberman & M. B. Miles (Eds.), *The Qualitative Researcher's Companion* (pp. 171-203). Thousand Oaks & London: Sage Publications.

Sebold, L. F.; Carraro, T. E. (2011). A Prática Pedagógica para o Docente em Enfermagem: uma revisão da literatura. *Enfermería Global. Revista Electrónica de Enfermería*, nº 22, Abril, pp. 1-11. Acedido em novembro de 2014, disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt_revision4.pdf.

Serra, M. (2011). *Aprender a Ser Enfermeiro. A Construção Identitária Profissional por Estudantes de Enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Serra, M. (2007). Supervisão Pedagógica de Estudantes de Enfermagem Realizada por Enfermeiros dos Contextos de Prática Clínica: a perspetiva dos actores. In Rodrigues, A. et al., *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados* (pp. 125-174). Loures Lusociência.

Serra, M. N. (2006). *Supervisão de Estudantes de Enfermagem Realizada por Enfermeiros de Prática Clínica: a perspectiva dos actores*. In: Associação Portuguesa de Enfermeiros|Investigar para melhor cuidar. Lisboa: APE, 27p.

Shaffer, D. W. & Serlin, R. C. (2004). What Good are Statistics That Don't Generalize? *Educational Researcher*, vol. 33, nº 9, pp. 14-25.

Shaw, I. F. (1999). *Qualitative Evaluation*. London: Sage Publications.

Shulman, L. (2005) Conocimiento y Ensenanza: fundamentos de la nueva reforma. Professorado. *Revista de Currículum y formación del profesorado*, 9,2: 1- 30. Acedido em maio de 2012, disponível em: <http://www.ugr.es/~recfpro/Rev92.html>

Shulman, L. (2004). *The Wisdom of Practice. Essays on Teaching, Learning, and Learning to Teach*. San Francisco: Jossey- Bass.

Shulman, L. (1987). Knowledge and Teaching: foundations of the new reform. *Educational Review* (V. 57 nº 1) pp. 1-22.

Shulman, L (1986). Paradigms and Researcher Programs in the Study of Teaching: a contemporary perspective. In: Wittrock, M. (org.) *Handbook of Research on Teaching* (3ª ed). New York: MacMillan pp. 3-36.

Silva, A. P. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Universidade do Porto: ICBAS Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

Silva, R. *et al.* (2011). Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico – Revisão Sistemática de Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, nº3, Mar., pp. 113-122. Acedido em abril de 2015, disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a12.pdf>.

Silva, G. *et al.* (2011). Sentimentos Vivenciados por Graduandos em Enfermagem Durante o Estágio Supervisionado, *Rev Enferm UFPE on line*, 5 (7), pp. 1635-643. Acedido em outubro de 2015, disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaEnfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1772/pdf_612.

Silva, R. M. A. F. N. (2013). *A Prática em Contexto Profissional na Formação Inicial – Perspetivas de Estudantes*. Universidade de Lisboa. Instituto de Educação. Tese de Doutoramento.

Silva, D. e Silva, E. (2004). O ensino Clínico na Formação em Enfermagem, *Millenium*, Nº 30; Out, pp.103-118.

Sim-Sim, M. M.; Marques, M. C.; Frade, M. A.; Chora, M. A. (2013). Tutoria: perspectiva de estudantes e professores de Enfermagem. *Revista Iberoamericana de Educación Superior (RIES)*, México, unam-iisue/Universia, vol. IV, núm. 11, pp. 45-59. Acedido em novembro de 2015, disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/8836/1/Tutoria-Publicado.pdf>.

Simões, A. J. C. (2008). *Motivações e Expectativas Profissionais dos Estudantes de Enfermagem – Estudo Numa Escola da Área de Lisboa*. Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

Simões, J. F. F. L. (2007). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos enfermeiros cooperantes. *Enfermagem*. II Série. Nº 47/48 Julho/Dezembro. Lisboa. ISSN 0871-0775.

Simões, J., Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência*, 6, 91-108.

Simões, J. F. F. L.; Garrido, A. F. S. (2007). Finalidade das Estratégias de Supervisão Utilizadas em Ensino Clínico de Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 7 Out-Dez; 16(4), pp. 599-608. Acedido em julho de 2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a03v16n4>.

Simões, J. F. F. L. (2004). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos enfermeiros cooperantes*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Departamento de Didática e Tecnologia Educativa. Dissertação de mestrado.

Soares, M. I. (1997). *Da Touca de Brim à Blusa Branca: Contributo Para a História do Ensino da Enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Soares, S. *et al.* (2014). O processo de Supervisão em Ensino Clínico: perspetiva dos estudantes. *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica. Livro de Comunicações & Conferências*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN: 978-989-98443-6-0. Acedido em novembro de 2015, disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-6-0.pdf.

Sonnet, *et al.* (1983). Après les Études: le choc de la réalité. *Soins* (399), pp. 21-26.

Souza, D. *et al.* (2015). Perceção do Graduando de Enfermagem sobre as Atividades Desenvolvidas Durante o Estágio Supervisionado Integrador I. *Rev Enferm UFPE on line*, 9 (10), p. 9550-7. Acedido em novembro de 2015, disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaEnfermagem/index.php/revista/article/view/7811/pdf_8729.

Sparks, D. & Loucks-Horsley, S. (1989). Models of Staff Development. *Journal of Staff Development*, 10, 4, pp. 40-56.

Spouse, J. (2001). Briding Theory and Practice in the Supervisory Relationship: a spociocultural perspective, *Journal of Advanced Nursing*, Feb; 33(4):512-22.

SREB. Southern Regional Education Board (2002). *Nurse Educator Competencies*. University of Atlanta: Council on Collegiate Education for Nursing.

Stake R. (2007). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Strauss, A.; Corbin, J. M. (2003). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: SAGE Publications.

Streubert, H. J. e Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.

T

Tardif, M. (2004). *Los Saberes del Docente y su Desarrollo Profesional*. Madrid: Narcea.

Tardif, M. (2002). *Saberes Docentes e Formação Profissional*. Petrópolis, RJ: Vozes

Tardif, M. (2000). Saberes Profissionais dos Professores e Conhecimentos Universitários. Elementos para uma Epistemologia da Prática Profissional dos Professores e suas Consequências em Relação à Formação para o Magistério. *Revista Brasileira de Educação*, 13, 5-24.

Tardif, M. & Lessard, C. (1999). *Le Travail Enseignant au Quotidien. Expérience, Interactions Humaines et Dilemmes Professionnels*. Bruxelles : De Boeck Université.

Tardif, M.; Lessard, M. & Lahaye, L. (1991). Os Professores em Face do Saber: esboço de uma problemática do saber docente. *Teoria & Educação*, 4, 215-233.

Tavares, J. P. C. (2003). *Formação e Inovação no Ensino Superior*. 1ª ed., ISBN: 972-0-34735-X. Porto: Porto Editora.

Teixeira, O. (1997). *Identidade dos Docentes de Enfermagem: identidade em transição*. Dissertação apresentada à ESEMFR para concurso ao lugar de professor coordenador da carreira do pessoal docente do ESP. Lisboa.

Touré, H. (2010). Réflexion Épistémologique sur l'Usage des Focus Groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité. *Recherches Qualitatives*, vol. 29(1), pp. 5-27. ISSN 1715-8702. Acedido em junho de 2014, disponível em: [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29\(1\)/RQ_Toure.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29(1)/RQ_Toure.pdf).

Trigwell, K. & Shale, (2004). Student Learning and the Scholarship of University Teaching. *Studies in Higher Education*, 29 (4), 523-536.

Trindade, R. (2002). *Experiências Educativas e Situações de Aprendizagem – Novas práticas pedagógicas*. Porto: Edições Asa

Tuckman, B. (2005). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

U

UNESCO (1998). *Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: visão e ação*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

Usher, R. (1996). A Critique to the Neglected Epistemological Assumptions of Educational Research. In: D. Scott e R. Usher (eds.), *Understanding Educational Research*. London, Routledge, p. 9-32.

Usher, R. & Bryan, I. (1992). *La Educación de Adultos como Teoría, Práctica y Investigación. El Triángulo Cautivo*. Madrid: Morata.

V

Vala, J. (1993). Representações Sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In: Vala, J.; Monteiro; M. Benedita (org). *Psicologia social*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, p. 353-384.

Vala, J. (1986). A análise de Conteúdo. In A. Santos Silva & J. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.

Valles, M.S. (1997). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Ed. Síntesis Sociología.

Van Der Maren, J. M. (2010). Écrire en Recherche Qualitative et le Conflit des Paradigmes. Association pour la Recherche Qualitative. *Recherches Qualitatives – Hors Série – numéro 11 – pp. 4-23*. Acedido em fevereiro de 2015, disponível em: <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>.

Van Der Maren, J. M. (1995). *Méthodes de Recherche pour L'éducation*. Bruxelles: De Boeck.

Vasconcelos, E. (1992). Receba Bem o Estagiário. *Formar*. Nº 7 Ago./Set./Out., p.28-31.

Vause, A. (2010). Le Processus de Construction de la Connaissance Ouvragée des Enseignants. *Les Cahiers de Recherche en Education et Formation*, 82, Acedido em setembro de 2015, disponível em: http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/girsef/documents/cahier_82_Vause_corr.pdf.

Veiga Simão, A. M. (2013). Práticas de Colaboração e Aprendizagem: Potencialidades e Limites. In Mestrinho, M. G. e Antunes, L., *A Investigação nos Contextos de Trabalho. Desafios da Experiência – Um Sentido para a Reabilitação*. Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem. Lisboa: Lusociência.

Veiga Simão, A. M., Flores, M. A, Fernandes, S., & Figueira, C. (2008). Tutoria no Ensino Superior: conceções e práticas. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 07, 75-88. Acedido em março de 2011, Disponível em: <http://sisifo.fpce.ul.pt>.

Veiga Simão, A. M., & Flores, M. A. (2006) O Aluno Universitário: aprender a auto-regular a aprendizagem sustentada por dispositivos participativos. *Ciências & Letras, Revista da Faculdade Porto-Alegrense de Educação*, 40, 229-251.

Vergnaud, G. (1996). A Trama dos Campos Conceituais na Construção dos Conhecimentos. *Revista do GEMPA*, Porto Alegre, Nº 4, pp. 9-19.

Vieira, F. (2011). A Experiência Educativa como Espaço de (trans)Formação Profissional. *L I N G V A R V M A R E N A*, (2), 9 – 25.

Vieira, F. (2005). Transformar a Pedagogia na Universidade? *Currículo sem Fronteiras*, 5, (1), 10-27. Acedido em janeiro de 2014, disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol5iss1articles/flavia1.pdf>.

Vieira, F. (1993). *Supervisão – Uma Prática Reflexiva de Formação de Professores*. Rio Tinto: Edições ASA.

Vigotsky, L. S. (1986). *Psicologia Concreta do Homem*. Manuscrito inédito de Vygotsky. Universidade de Moscou, Vestn. Mosk. Un-ta Ser. 14, Psikhologiya, n. 1, p.51-64.

Villegas-Reimers, E. (2003). *Teacher Professional Development: an international review of literature*. Paris: UNESCO/International Institute for Educational Planning.

W

Weidman, J., Twale, D., & Stein, E. (2001). *Socialization of Graduate and Professional Students in Higher Education: a perilous passage?* San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.

Wong, J.; Wong, S. (1987). Towards Effective Clinical Teaching in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 12, nº 4, p. 505-513.

Wong, F. *et al.* (1997). An Action Research Study Into the Development of Nurses as Reflective Practitioners. *Journal of Nurse Education* Dec; 36 (10), pp. 476-481.

Wong, F. *et al.* (1995). Assessing the Level of Student Reflection from Reflective Journals. *Journal of Advanced Nursing* Jul; 22 (1), pp. 48-57.

Y

Yin, R. K. (2001). *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. trad. Daniel Grassi, 2.Ed. Porto Alegre: Bookman.

Z

Zabalza; M. A. (2011) El Practicum en la Formación Universitaria: estado de la cuestión. *Revista de Educación*, n.º 354. Enero-Abril 2011, pp. 21-43

Zabalza, M. A. (2009). Ser Profesor Universitario Hoy. *La Cuestión Universitaria*, 5, 69-81. Acedido em agosto de 2013, disponível em: <http://www.lacuestionuniversitaria.upm.es/web/boletin.php>

Zabalza, M. A. (2007). *Competencias Docentes del Profesorado Universitario*. Calidad y desarrollo profesional. Madrid: Narcea.

Zabalza, Miguel A. (2004). *O ensino Universitário: seu cenário e seus protagonistas*. Porto Alegre: Artmed.

Zabalza, M. A. (2003). *El Prácticum en la Formación de Profesionales Universitarios: principios para una enseñanza de calidad*. Seminario para el Estudio Comparado de la Formación Práctica en el Sistema Universitario, Granada, septiembre.

Zangão, M. O. B. (2014). *Desenvolvimento de Competências Relacionais na Preservação da Intimidade Durante o Processo de Cuidar*. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Tese de Doutoramento.

Zay, D. (2000). Desenvolvimento das Parcerias Responsabilidades no Ensino e na Formação. In *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação – Balanço de um Projeto*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Zeichner, K. (2010). New Epistemologies in Teacher Education. Rethinking the Connections Between Campus Courses and Field Experiences in College and University-Based Teacher Education. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 68, 123-149. Acedido em outubro de 2014, disponível em: <http://www.ctc.ca.gov/educator-prep/TAP/Zeichner.pdf>.

Zeichner, K. (1993). *A Formação Reflexiva de Professores: ideias e práticas*. Lisboa: Educa.

Zeichner, K. (1983). Alternative Paradigma of Teacher Education. *European Journal of Education*, 34, 3, pp. 3-9.

Zeichner, K. & Gore, J. (1995). Connecting Action-Research to Genuine Teacher Development. in J. Smyth (ed.), *Critical Discourses on Teacher Development* (pp.203-214). London: Cassell.

Zeichner, K & Gore, J. (1990). Teacher Socialization. In R. Houston (Ed.). *Handbook of Research on Teacher Education* (pp. 329-348). Nova York: Macmillan.

Legislação

Decreto-Lei nº 207/2009, de 31 de agosto (2009). *Alteração do Estatuto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico*. Acedido em setembro de 2011, disponível em: http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/600EE55A-EA38-41D8-B083-ADEC8266C250/4640/DL_207_2009.pdf.

Decreto-Lei nº 111/2009, de 16 de setembro (2009). Primeira Alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Acedido em dezembro de 2012, disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf.

Decreto-Lei nº 206/2009, de 31 de agosto (2009). *Título de Especialista*. Acedido em novembro de 2011, disponível em: http://www.a3es.pt/sites//defaul/files/DL_206-2009_RJTE.pdf.

Lei nº 38/2007, de 16 de agosto (2007). *Instituição da Agência a de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior*. Acedido em janeiro de 2013, disponível em: http://www.unl.pt/data/qualidade/qli_sgqe_avaliacao/Lei_38_2007_Avaliacao_ES.pdf

Decreto-Lei nº 369/2007, de 5 de novembro (2007). *Estatutos da Agência de Avaliação e acreditação do Ensino Superior*. Acedido em abril de 2011, disponível em: http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/AE6762DF-1DBF-40C0-B194-E3FAA9516D79/1774/DL369_2007.pdf.

Decreto-Lei nº 62/2007, de 10 de setembro (2007). *Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior*. Acedido em 10 de outubro de 2011, disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2007/09/17400/0635806389.pdf>.

Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março (2006). *Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior*. Acedido em setembro de 2012, disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2006/03/060A00/22422257.pdf>.

Decreto-Lei nº 175/04, de 21 de julho (2004). *Reorganização da rede de ensino superior politécnico na área da saúde*. Acedido em agosto de 2014, disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/173956/decreto-lei-175-2004-de-21-de-julho>.

Decreto-Lei nº 353/99, de 3 de setembro (1999). *Plano integrado de medidas estruturantes para o desenvolvimento dos recursos humanos no domínio da saúde*. Acedido em fevereiro de 2015, disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/84F15CC8-5CE1-4D50-93CF-C56752370C8F/1141/DL35399.pdf>.

Decreto-lei n. 104/98, de 21 de abril (1998). *Constituição da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em outubro 3, 2007, disponível em: www.dre.pt/pdf1s/1998/04/093A00/17391757.pdf.

Decreto-lei n. 115/97, de 19 de setembro (1997). Alteração à Lei n. 46/86, de 14 de Outubro. *Alteração à Lei n.o 46/86, de 14 de outubro*. Acedido em fevereiro de

2013, disponível em: <http://www.dges.pt/NR/rdonlyres/283BAF87-01C8-4EF4-A169694533E63B0D/613/Lei11597.pdf>.

Decreto-lei n. 161/96, de 4 de setembro (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Acedido em fevereiro de 2015, disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf.

Decreto-Lei nº 166/92, de 5 de agosto (1992). *regime aplicável ao pessoal docente das escolas superiores de Enfermagem*. Acedido em fevereiro de 2015, disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/44503/decreto-lei-166-92-de-5-de-agosto>.

Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de dezembro(1988). *Integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional*. Acedido em janeiro de 2015, disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1988/12/29500/50705072.pdf>.

Decreto-Lei nº 320/87, de 27 de agosto (1987). *Transpõe a Directiva n.º 77/453/CEE (EUR-Lex) do Conselho, de 15 de Julho de 1977, sobre matéria de liberdade de estabelecimento e de prestação de serviços em Portugal, por nacionais de outros Estados Membros, relativa à atividade dos enfermeiros, responsáveis por cuidados gerais*. Acedido em janeiro de 2015, disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/42958/decreto-lei-320-87-de-27-de-agosto>.

Decreto-lei n. 265/83, de 16 de junho (1983). *Criação em Lisboa, Porto e Coimbra de Escolas de Enfermagem Pós-básicas*. Acedido em janeiro de 2013, disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1983/06/13600/21342135.pdf>.

Decreto-Lei nº 98/79, de 6 de setembro (1979). *Condições de admissão ao curso de Enfermagem geral*. Acedido em fevereiro de 2015, disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/6165/decreto-98-79-de-6-de-setembro>.

Decreto-Lei nº 513-T/79, de 26 de dezembro (1979). *Ensino Superior Politécnico e – Designação por que passa a ser conhecido o ensino superior de curta duração*. Acedido em janeiro de 2015, disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1979/12/29603/00600064.pdf>

Decreto-Lei nº 427-B/77, de 14 de outubro (1977). *Instituição do Ensino Superior de Curta Duração*. Acedido em fevereiro de 2015, disponível em: <http://www.dre.pt/pdfgratis/1977/10/23802.pdf>

Decreto-Lei nº 402/73, de 11 de agosto (1973). *Criação de novos estabelecimentos de ensino*. Acedido em fevereiro de 2015, disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1973/08/18800/14011406.pdf>.

Decreto-Lei nº 46:448, de 20 de julho (1965). *Introduz alterações ao Regulamento das escolas de Enfermagem*.

Decreto-Lei nº 45810, de 9 de julho (1964). *Amplia o período de escolaridade obrigatória*. Acedido em janeiro de 2015, disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/241079/decreto-lei-45810-de-9-de-julho>.

Decretos-Lei n°s 38:884 e 38:885, de 28 de agosto (1952). *Regulamento do funcionamento dos cursos de Enfermagem, Serviço Social e Administração Hospitalar*. Acedido em fevereiro de 2015, disponível em: <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Decretos-Lei+n%C2%BA+38:884+e+38:885%2C+de+28+de+Agosto+de+1952>.

Decreto-Lei n° 36219, de 10 de abril (1947). *Regulação e Organização do Ensino de Enfermagem*. Acedido em dezembro de 2013, disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/1156/decreto-lei-36219-de-10-de-abril>.

Decreto-Lei n° 32612, de 31 de dezembro (1942). *Regulação e Organização do Ensino de Enfermagem*.

Diretiva Comunitária n° 2005/36/CE (2005). *Reconhecimento das qualificações profissionais*. Acedido em agosto de 2014, disponível em: http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/9CD419F6-7CFB-4A90-AB05-56A43110E354/3027/Directiva36_2005.pdf.

Lei n° 49/2005, de 30 de agosto (2005). *Segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo e primeira alteração à Lei de Bases do Financiamento do Ensino Superior*. Acedido em dezembro de 2013, disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2005/02/039A00/16701708.pdf>.

Lei n° 46/86, de 14 de outubro (1986). *Lei de Bases di Sistema Educativo*. Acedido em dezembro de 2011, disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/2A5E978A-0D63-4D4E-9812-46C28BA831BB/1126/L4686.pdf>.

Lei n° 5/73, de 25 de Julho (1973). *Bases dos Sistema Educativo*. Acedido em 20 Janeiro de 2013, disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1973/07/17300/13151321.pdf>.

Portaria n° 268/02, de 13 de março (2002). *Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem*. Acedido em fevereiro de 2015, disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/150132/portaria-268-2002-de-13-de-marco>.

Portaria n° 799-D/99, de 18 de setembro (1999). *Cria o Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Acedido em fevereiro de 2013, disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/84F15CC8-5CE1-4D50-93CF-C56752370C8F/5942/Portaria799E99.pdf>.

Portaria n° 799-E/99, de 18 de setembro (1999). *Cria o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem*. Acedido em março de 2014, disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/84F15CC8-5CE1-4D50-93CF-C56752370C8F/5942/Portaria799E99.pdf>.

Portaria n° 195/90, de 17 de março (1990). *Regulamento do Curso Superior de Enfermagem*. Acedido em fevereiro de 2014, disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/18153/portaria-195-90-de-17-de-marco>.

Portaria nº 821/89, de 15 de setembro (1989). *Conversão das Escolas de Enfermagem a Escolas Superiores de Enfermagem*. Acedido em janeiro de 2015, disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/64567/portaria-821-89-de-15-de-setembro>.

Portaria nº 22539, de 27 de fevereiro (1967). *Criação da Escola de Ensino e de Administração de Enfermagem*. Acedido em janeiro de 2015, disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1967/02/04900/02340234.pdf>