

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**COMPETÊNCIAS DESEJÁVEIS DOS
SUPERVISORES DE ENSINO CLÍNICO:
REPRESENTAÇÕES DE ALUNOS
DE ENFERMAGEM**

Cláudia Sofia Raminhos Martins

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO

Área de especialização em Pedagogia do Ensino Superior

2009

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**COMPETÊNCIAS DESEJÁVEIS DOS
SUPERVISORES DE ENSINO CLÍNICO:
REPRESENTAÇÕES DE ALUNOS
DE ENFERMAGEM**

Cláudia Sofia Raminhos Martins

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO

Área de especialização em Pedagogia do Ensino Superior

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Esteves

2009

AGRADECIMENTOS

À Sr^a Professora Doutora Manuela Esteves, por todo o seu saber, rigor, disponibilidade, incentivo e enorme paciência e compreensão durante a orientação deste trabalho.

Aos alunos, obrigada por toda a disponibilidade, interesse, satisfação/entusiasmo que manifestaram ao participaram neste estudo, sem vocês este não teria sido possível.

À minha família, não há palavras, um obrigado é pouco...Ao Hugo e aos meus pais (em especial à minha mãe), que acreditando nas minhas capacidades sempre me incentivaram, ouviram e apoiaram ao longo deste longo percurso.

À minha irmã, acredito que vais ser capaz de ultrapassar todos os obstáculos que a vida te colocou. Estarei lá também sempre para ajudar...

Aos colegas de mestrado que me permitiram juntá-los ao meu grupo de amigos, à Anália, ao João e à Helena, obrigada pela partilha e pelo apoio.

Àqueles que continuaram a revelar-se bons e verdadeiros amigos, o meu muito obrigada do fundo do coração, muito obrigada Nídia, Cristina e Fátima.

Aos colegas e amigos da Medicina I que de uma forma sincera me apoiaram e desejaram que terminasse este longo percurso, vocês sabem quem são!

Por fim, ao meu filho Diogo que vem a caminho e que me acompanhou nesta fase final!!

RESUMO

O presente estudo incide na área da Supervisão Clínica na formação inicial em Enfermagem e o seu objecto de investigação são as representações dos alunos de Enfermagem relativamente às competências do enfermeiro para o exercício do papel de supervisor de Ensino Clínico.

Com este estudo pretendemos identificar que competências são essas, com vista a melhorar o processo de selecção desses mesmos supervisores e perspectivar a formação necessária ao desenvolvimento dessas mesmas competências, contribuindo desta forma para a melhoria da Qualidade da Supervisão do Ensino Clínico em Enfermagem.

O quadro conceptual inicia-se com o esclarecimento de alguns dos principais conceitos inerentes à problemática em estudo, como os de representação, competência profissional e supervisão clínica, após o qual se estabelece uma relação entre diversos temas essenciais para a sua compreensão como relação teoria/prática, competências a desenvolver na formação inicial de Enfermagem e papel e competências do supervisor de Ensino Clínico.

Desenvolvemos um estudo exploratório - descritivo, de natureza qualitativa, com um grupo de 10 sujeitos, alunos do quarto ano de uma Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que se encontravam a realizar o Ensino Clínico de integração à vida profissional.

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

Os resultados obtidos foram tratados através da técnica de análise de conteúdo temática e permitiram-nos constatar que os alunos consideram o Ensino Clínico importante, vivenciando aí vários sentimentos, mas também desenvolvendo várias competências. Os sentimentos mais referidos são os de capacidade/incapacidade em articular teoria e prática, prazer/desprazer, stress e choque perante as diferenças entre a teoria e a prática. As competências mais valorizadas são as cognitivas e as relacionais/comunicacionais, sendo menos valorizadas as técnicas.

Foi também possível identificar vários factores que influenciam a aprendizagem em Ensino Clínico como o local onde se realiza, área de Saúde, organização curricular, Equipa de Enfermagem e Médica, chefe de Enfermagem, docentes e enfermeiros do local de Ensino Clínico, sendo a estes últimos que os alunos atribuem maior importância.

Foram também identificadas várias competências que devem estar presentes nestes dois tipos de supervisor.

As mais valorizadas são as comunicativo-relacionais, como o ser capaz de fazer o aluno sentir-se bem em estágio, seguida da disponibilidade que nos enfermeiros do local de Ensino clínico ocupa o segundo lugar e nos docentes o terceiro, sendo que nestes o segundo lugar é ocupado pelo ser justo.

Os alunos referiram-se também a vários critérios de selecção dos supervisores do local de Ensino Clínico, sendo a experiência profissional como enfermeiro o mais valorizado.

Palavras Chave: representações, competência profissional, supervisão clínica, ensino clínico em enfermagem, supervisores de ensino clínico.

ABSTRACT

The following study focuses on Clinical Supervision of initial Training in Nursing and its object of investigation is the nursing students' perception on the nurses' ability to supervise in Clinical Training.

With this study we intend to improve the selection process of becoming a supervisor by identifying which specific abilities are required and the necessary training that is needed to help develop these same abilities. This way, we seek to improve the Quality of Supervision in Clinical Training in Nursing.

The conceptual picture begins by explaining some of the basic concepts inherent to the problematic of this study such as, representation, professional skills and supervision in clinical training. Then you have to establish a connection between several important subjects such as, the relation between theory and training, abilities to develop during initial training in nursing and supervisors' role and competence in clinical supervision.

We developed a descriptive-explorative study of a qualitative nature, with a group of ten (10) students in the fourth grade of a Nursing School in Lisbon, that are in their last clinical training to adjust to life as a professional.

To gather the data for this study we used a semi-directed interview.

The obtained results were treated through the techniques of content analysis and allowed us to verify that the students consider clinical training important because it develops skills and lets them experience multiple feelings. The most common feelings expressed by the students were, capacity/incapacity to articulate what they learn in theory with the training, pleasure/displeasure, stress and shock towards the differences found between the theory and the training. The most valued abilities are cognitive and intercommunication/interrelation, being less valued technical skills.

The findings made it possible to identify many facts that influence the learning process during clinical training such as, the location of the training, the clinical area, organization, Nursing and Medical Team, Chief Nurse, teachers and nurses from the clinical training location, the last ones mentioned are considered the most important to the students.

It was also possible to identify several abilities that supervisors must have.

The most valued abilities a supervisor should have is communication-relationship, how to make a student feel comfortable during a clinical training, the time that nurses from the training location have available, and the third place is occupied by being honest.

The students also consider that in the selection process of a supervisor the most important ability should be professional experience.

Key Words: representations, professional skills, clinical supervision, clinical training in nursing, supervision in clinical training.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO GERAL	15
-------------------------------	----

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL DO ESTUDO

<i>Capítulo I - Clarificação de conceitos</i>	20
---	----

1. Conceito de representação	20
---	----

1.1 Processo de construção/estruturação das representações	25
---	----

1.2 Papel das representações na elaboração das expectativas	27
--	----

2. Conceito de competência profissional	28
--	----

3. Conceito de supervisão clínica em Enfermagem	33
--	----

<i>Capítulo II - Formação inicial de Enfermagem: o início do desenvolvimento de competências e da socialização profissional</i>	38
---	----

1. Parceria entre escola e local de Ensino Clínico para o desenvolvimento de competências e a socialização profissional	45
--	----

2. Competências a desenvolver pelo aluno na formação inicial	53
---	----

<i>Capítulo III - Os supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar e a sua importância para o desenvolvimento de competências dos estudantes</i>	68
---	----

1. Papel dos supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar no processo de supervisão	72
--	----

2. Competências desejáveis nos supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar	108
--	-----

2.1 Competências de comunicação e relacionamento profissional	110
---	-----

2.2 Competências interpretativas.....	118
---------------------------------------	-----

2.3 Competências de análise e avaliação.....	121
--	-----

2.4 Competências de dinamização da formação.....	125
--	-----

2.5 Competências pessoais.....	129
--------------------------------	-----

PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO

<i>Capítulo IV - Enquadramento Metodológico</i>	132
---	-----

1. Da problemática aos objetivos do estudo	132
---	-----

2. Fundamentação das opções metodológicas	136
--	-----

2.1 Natureza geral do estudo	136
------------------------------------	-----

2.2 Caracterização dos sujeitos	140
---------------------------------------	-----

2.3 Processo e instrumento de recolha de dados.....	143
---	-----

	Pág.
2.4 Processo de tratamento de dados	146
<i>Capítulo V- Apresentação, análise e interpretação dos dados</i>	150
1. Critérios de avaliação do Ensino Clínico relevantes para os estagiários	152
1.1 Características do local de realização do Ensino Clínico	155
1.2 Características da área de Ensino Clínico.....	158
1.3 Características da Equipa de Enfermagem.....	161
1.4 Características do chefe de Enfermagem	180
1.5 Características da Equipa Médica.....	183
2. Competências dos supervisores do local de Ensino Clínico mais valorizadas pelos estagiários	185
2.1 Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros.....	187
2.2 Saber/querer empenhar-se na supervisão	221
2.3 Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem.....	226
2.4 Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação.	229
2.5 Ser reflexivo	237
2.6 Ser capaz de analisar e avaliar.....	240
2.7 Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem	242
2.8 Saber/querer aprender e aprender a aprender	249
3. Competências dos supervisores da instituição escolar mais valorizadas pelos estagiários	252
3.1 Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros.....	254

	Pág.
3.2 Saber/querer empenhar-se na supervisão	270
3.3 Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem	272
3.4 Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação.	273
3.5 Ser capaz de analisar e avaliar	277
3.6 Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem	279
3.7 Saber/querer aprender e aprender a aprender	281
4. Opiniões acerca da organização curricular dos Ensinos Clínicos...	282
4.1 Duração.....	284
4.2 Grau de intensidade.....	285
4.3 Momento de realização dos Ensinos Clínicos em época de férias.....	286
4.4 Selecção do local de Ensino Clínico.....	288
4.5 Avaliação dos Ensinos Clínicos	289
4.6 Características dos objectivos de Ensino Clínico	291
4.7 Papel dos supervisores do local de Ensino Clínico	293
4.8 Estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas no Ensino Clínico	293
4.9 Distribuição dos alunos por supervisor do local de Ensino Clínico	296
4.10 Critérios de selecção/recrutamento dos supervisores do local de Ensino Clínico	298
4.11 Articulação escola/local de Ensino Clínico.....	303
4.12 Comparação entre supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar	305
5. Resultados dos Ensinos Clínicos.....	310
5.1 Competências desenvolvidas pelos alunos no Ensino Clínico	312
5.2 Sentimentos experimentados pelos alunos no Ensino Clínico.....	327

	Pág.
5.3 Comparação entre as aprendizagens em Ensino Clínico e as aprendizagens em aula	344
CONCLUSÕES GERAIS	350
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	367
ANEXOS	378
Anexo I: Pedido de autorização para recolha de dados na instituição	379
Anexo II: Guião das entrevistas	381
Anexo III: Transcrição das entrevistas e resultados da análise de conteúdo em suporte informático	386

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Pág.

1. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Competências do enfermeiro de cuidados gerais	61
Figura 2: Ciclo reflexivo de Gibbs	88

2. ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Competências profissionais segundo Le Boterf	61
Quadro 2: Blocos temáticos da entrevista – descritores	144
Quadro 3: Temas e categorias emergentes das entrevistas aos alunos de Enfermagem	150
Quadro 4: Unidades de registo e de enumeração das categorias obtidas no tema 1 ..	153
Quadro 5: Características do local de realização do Ensino Clínico.....	156
Quadro 6: Características da área de Ensino Clínico	159
Quadro 7: Características da Equipa de Enfermagem	161
Quadro 8: Características do chefe de Enfermagem	180
Quadro 9: Características da Equipa Médica	183
Quadro 10: Unidades de registo e de enumeração das categorias obtidas no tema 2 .	185
Quadro 11: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico – Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros	187
Quadro 12: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico – Saber/querer empenhar-se na supervisão	221
Quadro 13: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico – Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem.....	226

Quadro 14: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico – Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação	229
Quadro 15: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico - Ser reflexivo ..	237
Quadro 16: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico - Ser capaz de analisar e avaliar	240
Quadro 17: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico - Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem	243
Quadro 18: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico - Saber/querer aprender e aprender a aprender	249
Quadro 19: Unidades de registo e de enumeração das categorias obtidas no tema 3 .	253
Quadro 20: Competência do supervisor da instituição escolar - Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros	255
Quadro 21: Competência do supervisor da instituição escolar - Saber/querer empenhar-se na supervisão	270
Quadro 22: Competência do supervisor da instituição escolar - Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem	272
Quadro 23: Competência do supervisor da instituição escolar - Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação	273
Quadro 24: Competência do supervisor da instituição escolar - Ser capaz de analisar e avaliar	277
Quadro 25: Competência do supervisor da instituição escolar - Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem	279
Quadro 26: Competência do supervisor da instituição escolar - Saber/querer aprender e aprender a aprender.....	281
Quadro 27: Unidades de registo e de enumeração das categorias obtidas no tema 4	283
Quadro 28: Duração do Ensino Clínico	284
Quadro 29: Grau de intensidade	285
Quadro 30: Momento de realização dos Ensinos Clínicos em época de férias	286

	Pág.
Quadro 31: Selecção do local de Ensino Clínico	288
Quadro 32: Avaliação dos Ensinos Clínicos	289
Quadro 33: Características dos objectivos do Ensino Clínico.....	291
Quadro 34: Papel dos supervisores do local de Ensino Clínico.....	293
Quadro 35: Estratégias de ensino/aprendizagem utilizadas no Ensino Clínico.....	294
Quadro 36: Distribuição dos alunos por supervisor do local de Ensino Clínico	297
Quadro 37: Critérios de selecção/recrutamento dos supervisores do local de Ensino Clínico.....	298
Quadro 38: Articulação escola/local de Ensino Clínico.....	303
Quadro 39: Comparação entre supervisor do local de Ensino Clínico e da instituição escolar	305
Quadro 40: Unidades de registo e de enumeração das categorias obtidas no tema 5 .	311
Quadro 41: Competências desenvolvidas pelos alunos no Ensino Clínico	312
Quadro 42: Sentimentos experimentados pelos alunos no Ensino Clínico	327
Quadro 43: Comparação entre as aprendizagens em Ensino Clínico e as aprendizagens em aula	344

“ Seja como a fonte que transborda e não como o tanque que contém sempre a mesma água”

(Coelho, 1999, *in* Ferreira, s.d. b:123)

INTRODUÇÃO GERAL

Paulo Freire (2003:76) sintetizou nestas poucas palavras o tempo actual: “(...) *O mundo não é. O mundo está sendo.*” A complexidade cada vez maior que se faz sentir no mundo em geral, no campo da Saúde e mais concretamente no da Enfermagem, é “(...) *o motor de uma história sem fim.*” (Perrenoud, 2001:47), pelo que é impossível “(...) *encontrar na formação soluções do tipo standard para ecologias diferenciadas e frequentemente singulares pela teia de factores que, na sua extrema variabilidade, fazem de cada situação caso único.*” (Sá-Chaves, 2000:96).

Deste modo, a formação inicial só será capaz de preparar futuros profissionais para agirem de forma eficaz perante a total incerteza, instabilidade e imprevisibilidade das condições futuras do exercício profissional, se a concepção de formação baseada em soluções do tipo *standard*, num racionalismo técnico, “(...) *centrada na transmissão acrítica da informação (...) sem que, de igual modo, se garantam as condições da sua apropriação reflectida, consciente e crítica pelos sujeitos em formação.*” (Sá-Chaves, 2000:96) for substituída por uma concepção de formação assente numa epistemologia da prática que “(...) *revaloriza o conhecimento que brota da prática inteligente e reflectida (...)*” (Schön, citado por Alarcão, *in* Alarcão, 1996:17).

Só esta prática inteligente e reflectida contribui para que um Ensino Clínico se constitua como um espaço imprescindível em que todos os elementos do processo supervisivo (aluno, supervisor do local de Ensino Clínico e supervisor da instituição escolar) adquiram e desenvolvam todas as competências necessárias ao exercício da profissão de Enfermagem para que essa actuação competente se prolongue por toda a sua actividade profissional. Capacidades reflexivas, competências auto-reflexivas, de auto-avaliação e de auto-formação, ou seja capacidade de aprender a aprender, são competências que têm que imperiosamente ser adquiridas e desenvolvidas na formação inicial e que devem perdurar por todo o período de actividade profissional, com o objectivo de actualizar/reconstruir permanentemente os conhecimentos e as competências de todos estes elementos (Alarcão & Tavares, 2003; Schenkel, *in* Sá-Chaves, 2005; Schön, 1983,1987, *in* Alarcão, 1996, entre outros).

Tendo em conta que a competência é sempre relativa a uma determinada situação, ou seja, realiza-se na acção (Jonnaert, 2002; Le Boterf, 1995,1997), o Ensino Clínico pelas suas características específicas, por permitir ao aluno contactar com problemas reais, é uma componente da formação inicial que tem um papel preponderante no desenvolvimento de competências (Bireaud, 1995; Cabrito, 1994, entre muitos outros) se acompanhado de reflexão e inevitavelmente de preparação/conhecimentos teóricos, que devem ser entendidos numa relação de complementaridade com os saberes provenientes da prática (Malglaive, 1995).

Relação de complementaridade que pressupõe o estabelecimento de parcerias entre a instituição escolar/supervisor da instituição escolar e a instituição de realização do Ensino Clínico/supervisores do local de Ensino Clínico (Zay, *in* Costa, Mestrinho e Sampaio, 2000), elementos estes que de uma multiplicidade de factores inerentes ao processo supervisoivo, são considerados como um dos mais importantes para o sucesso do Ensino Clínico (Copas, 1984, *in* Caires & Almeida, *in* Gonçalves, Almeida, Vasconcelos e Caires, 2001).

O supervisor do local de Ensino Clínico, por passar a maior parte do tempo com os alunos (Galvão, 1996, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2002), é considerado por estes como mais importante que o supervisor da instituição escolar no desenvolvimento de todas as competências profissionais que são exigidas ao aluno no final da formação inicial (Albuquerque, Graça e Januário, 2005), pelo que é sobre aquele e não sobre o da instituição escolar que este estudo centrou a sua atenção.

Num contexto de parceria, é exigido ao supervisor do local de Ensino Clínico que para além do papel de enfermeiro, desempenhe em complementaridade com o supervisor da instituição escolar, o papel de supervisor de Ensino Clínico, que muitas das vezes desempenha com base nas representações pessoais que possui acerca daquele que deve ser o papel do supervisor do Ensino Clínico (Coll & Miras, 1996; Mendes, Simões, Costa e Lopes, 2001) e não mediante formação adquirida sobre tal. Falta de formação, pois durante a formação inicial foi-lhes exigido que desenvolvessem uma série de competências para o exercício do papel de enfermeiro e não para o desempenho do papel de supervisor de Ensino Clínico, que embora fazendo parte integrante das suas funções como enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2003), não leva ao desenvolvimento de competências específicas.

Perante esta falta de preparação, uma das questões que frequentemente nos tem inquietado na participação como supervisores do local de Ensino Clínico, no contexto de uma relação de parceria com a instituição escolar, levou-nos ao problema de partida para o desenrolar desta investigação: “ Que competências do supervisor do local de Ensino Clínico contribuem para que o Ensino Clínico constitua uma oportunidade para o aluno adquirir e desenvolver as competências necessárias para se tornar um enfermeiro competente?”

O estudo desta questão assume uma importância científica fundamental pois segundo Abreu (2003:63)“ (...) *há necessidade de investir no estudo das diversas dimensões inerentes à prática clínica e à sua supervisão. Torna-se necessário desenvolver investigação centrada nas aprendizagens clínicas, modelos de supervisão clínica, condicionantes dos modelos de qualidade, experiências de tutoria e inteligência emocional em contexto clínico.*”

E esta linha de investigação no âmbito da formação inicial de Enfermagem, mais concretamente sobre os Ensinos Clínicos e a Supervisão encontrava-se até há bem pouco tempo pouco explorada em Portugal, realizando-se a grande maioria dos estudos essencialmente nos Estados Unidos e Austrália (Abreu, 2003; Alarcão & Tavares, 2003; Pires, Morais, Santos, Kock, Sardo e Machado, 2004), o que actualmente não acontece, pois com a participação cada vez maior dos enfermeiros em cursos de pós graduação, mestrados e doutoramentos sobre Supervisão, tem vindo a verificar-se um crescente aumento do número de investigações nesta área, quer na perspectiva do supervisor da instituição escolar/docente (Fonseca, 2004), do supervisor do local de Ensino Clínico (Longo, 2005; Simões, 2004), quer do aluno (Belo, 2003), estudos que se debruçam sobre algumas das dimensões e factores que influem em todo este processo, nomeadamente o papel dos supervisores (supervisor da instituição escolar e do local de Ensino Clínico), a relação estabelecida entre todos os elementos do processo superviso e competências desenvolvidas quer pelo aluno, quer pelos supervisores, entre muitos outros aspectos.

E foi motivados pelos resultados destes estudos, assim como pela necessidade de dar resposta à questão acima referida, que não é apenas nossa inquietação, mas também dos docentes da Escola de Enfermagem com quem contactámos no sentido de definir esta problemática, que surge este estudo, que visa explorar as competências do enfermeiro

do local de Ensino Clínico para o desempenho do papel de supervisor, tomando como objecto de estudo as representações dos alunos de Enfermagem relativamente a essas competências, na medida em que são estes quem “*sente na pele*” a maior ou menor qualidade da supervisão assegurada.

Esta dissertação encontra-se estruturada em duas partes, uma primeira intitulada Enquadramento Teórico e Conceptual e uma segunda designada Trabalho Empírico, cada uma das quais dividida em vários capítulos. Deste modo, o enquadramento teórico e conceptual do estudo inicia-se com um primeiro capítulo onde se esclarecem os significados de conceitos inerentes à problemática em estudo, como os de representação, de competência profissional, assim como de supervisão clínica. Compreendido o significado destes termos, no segundo capítulo designado “Formação inicial de Enfermagem: O início do desenvolvimento de competências e da socialização profissional”, é efectuada uma reflexão sobre a importância da teoria e da prática e do estabelecimento de uma relação dialéctica entre ambas para o desenvolvimento de competências e para a socialização profissional, para finalmente nos debruçarmos sobre as competências a desenvolver pelo aluno durante a formação inicial. O enquadramento teórico e conceptual do estudo termina com uma reflexão sobre a importância do supervisor no desenvolvimento de competências pelo aluno, no qual são analisadas as funções e actividades inerentes a este papel, bem como as competências necessárias ao seu desempenho. Enquadrado o problema em termos teóricos e conceptuais, na segunda parte efectuamos o enquadramento metodológico do estudo e procedemos à apresentação, análise e interpretação dos dados. Terminamos com uma conclusão geral, onde são dadas algumas sugestões para estudos futuros. É no enquadramento metodológico que apresentamos a problemática e os objectivos do estudo, a fundamentação das opções metodológicas, a natureza geral do estudo, a caracterização dos sujeitos, o processo e o instrumento de recolha de dados, bem como o processo de tratamento dos mesmos.

Esta dissertação termina com referência às fontes bibliográficas utilizadas.

De notar, que todas as citações de obras estrangeiras consultadas foram traduzidas para a língua portuguesa, de forma a tornar a leitura mais fácil.

Esperamos que esta investigação ao explorar as competências do supervisor do local de Ensino Clínico, constitua um subsídio para a reflexão acerca da formação dos enfermeiros cooperantes. Só com enfermeiros dotados das competências necessárias para o desempenho do papel de supervisor de Ensino Clínico, é possível melhorar a Qualidade do Ensino Superior, neste caso a Qualidade do Ensino Clínico em Enfermagem, garantindo assim uma formação de profissionais de Enfermagem competentes, tão necessários ao exercício de uma profissão em permanente mudança, que exige constantes actualizações e adaptações dos seus profissionais, ou como a epígrafe inicial o diz, que sejam “(...) *como a fonte que transborda e não como o tanque que contém sempre a mesma água.*” (Coelho, 1999, *in* Ferreira, s.d. b:123).

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL DO ESTUDO

Capítulo I

Clarificação de conceitos

Representação, competência e supervisão são termos centrais do objecto de estudo desta investigação pelo que neste capítulo especificaremos logo à partida o significado de cada um deles, de forma a tornar perceptíveis muitas das afirmações e relações estabelecidas nos capítulos subsequentes.

1. Conceito de representação

Buscando o significado de representação, seguidamente apresentamos e analisamos algumas das muitas definições encontradas na literatura de diversas áreas para definir este termo.

A filosofia, na sequência de estudos realizados sobre a relação pensamento/linguagem, define representação como “conjunto de ideias, ou concepções, que os sujeitos podem ter, em torno de certas realidades, constantes dos respectivos universos culturais, ou seja, o que pensam as pessoas sobre determinadas realidades”, cabendo à linguagem segundo esta concepção o papel de “representação das representações, ou de representação linguística das representações mentais, expressas socialmente”(www.ufmt.br/Revista/arquivo/Rev11/Represent.Html)

A concepção de Malglaive (1995:159) sobre representações assemelha-se à acima referida, pois segundo este autor “Uma representação é uma imagem mental, figural ou simbólica de um estado de um objecto (...)”, sendo que “(...) estes objectos simbólicos (...) devem, para existir, ser comunicados (...)”(Malglaive, 1995:157).

Desta acepção da palavra representação, é possível inferir que as representações desempenham a importante função de tornar familiares e legíveis objectos, pessoas ou ideias que fazem parte do mundo, orientando o relacionamento quotidiano com esses objectos, de forma a podermos agir/inter-agir sobre ou com eles (Malglaiive, 1995).

Esta ideia é corroborada por Moscovici (1961:307, citado por Vala, *in* Vala & Monteiro, 2000:462), para quem as representações sociais contribuem “(...) *para os processos formadores e para os processos de orientação das comunicações e dos comportamentos*”, “*são os organizadores das relações simbólicas entre actores sociais*”(Doise, 1990, citado por Vala, *in* Vala & Monteiro, 2000:462), sendo consideradas por Jodelet (1984, citado por Vala, *in* Vala & Monteiro, 2000) um saber prático, na medida em que têm como função “(...) *tornar familiar aquilo que era inicialmente não familiar.*” (Moscovici, 1976, citado por Castro, 2002:952).

Da análise da funcionalidade das representações, facilmente se compreende que estas são partilhadas por um grupo de indivíduos e produzidas colectivamente, pelo que todas as representações mesmo as individuais (ex: representação do aluno relativamente às características de determinado supervisor do local de Ensino Clínico) são condicionadas por factores sociais (ex: representação que o grupo social onde o aluno se encontra inserido tem sobre um supervisor do local de Ensino Clínico ideal), motivo pelo qual Moscovici (*in* Castro, 2002; Vala, *in* Vala & Monteiro, 2000) se refere às representações como representações sociais, expressão que optámos por utilizar nesta investigação e sobre a qual de seguida nos debruçaremos.

A expressão representação social surgiu pela primeira vez em 1961, quando Moscovici na elaboração da sua dissertação de doutoramento, intitulada “*La psychanalyse, son image et son public*”, ao estabelecer uma ponte entre uma série de conceitos sociológicos e psicológicos, faz uma reconceptualização sócio - cognitiva da representação colectiva definida por Durkheim (Castro, 2002).

Na óptica de Durkheim, uma representação é definida como colectiva pois, “*a condição de existência de todo o pensamento organizado é a vida social*”, que com “*as suas formas características de organização, produz representações colectivas, que se*

impõem aos indivíduos, mesmo que estes não tenham delas consciência, ou sobretudo porque não têm delas consciência” (Castro, 2002:951).

Perante esta teoria, Moscovici (1976) realça a sua importância para a compreensão das uniformidades e regularidades do pensamento social. Contudo, considera-a insuficiente na explicação da diversidade e criatividade do pensamento (Castro, 2002).

Neste sentido, Moscovici refere que as representações a que faz referência “(...) *não são colectivas, impondo-se às pessoas por via da organização da sociedade. São representações do nosso universo interior, presentes nos indivíduos (...)*” (Moscovici, 1976, *in* Castro, 2002:951) e com características como o serem expressas por grupos sociais, produzidas colectivamente e contribuírem para os processos de formação dos comportamentos e de orientação das comunicações sociais, que nos autorizam a chamá-lhes também sociais (Moscovici, citado por Castro, 2002).

Para compreender esta teoria das representações sociais de Moscovici, é imprescindível o conhecimento dos princípios a ela inerentes relacionados com a construção do conhecimento quotidiano e com o papel que nesse processo desempenham as estruturas cognitivas (Vala, 1993).

A teoria das representações sociais parte do princípio de que na nossa sociedade predominam duas formas diferentes de conhecer e de comunicar: o Universo consensual, que se constitui no decurso de uma conversação informal, na vida quotidiana e o Universo reificado que se cristaliza no espaço científico. Ambos embora com propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana (Arruda, 2002)

Partindo destas duas formas de conhecer e comunicar, Moscovici (citado por Arruda, 2002:131) na sua tese questiona a racionalidade científica e realiza uma “(...) *reabilitação do senso comum, do saber popular (...) o conhecimento pré - teórico de que falam Berger e Luckman*”

Moscovici e Markova (1998:375, *in* Arruda, 2002:131) revoltam-se contra a ideia de que pessoas comuns, na sua vida diária pensam irracionalmente, afirmando que “(...) *são os intelectuais que não pensam racionalmente, já que produziram teorias como o racismo e o nazismo. Acreditem, a primeira violência anti-semita ocorreu nas Universidades, não nas ruas.*”

Assim, Moscovici (1961,1982, *in* Vala, 1993:906) apoiando-se em duas ideias essenciais sobre o sujeito, a indissociabilidade do meio e o seu papel activo e reflexivo na construção da realidade, refere que “(...) a cognição não poderá ser entendida como uma actividade individual, porque os indivíduos estão necessariamente ligados a outros indivíduos (...)”. Contudo, o indivíduo também “(...) não poderá ser visto como um sujeito dependente, porque se pressupõe que é dotado de uma actividade cognitiva própria (...), pelo que propõe uma psicossociologia do conhecimento, recorrendo a teóricos como Piaget, Vygotsky, Lévy-Bruhl e Freud.

Deste modo, o conhecimento para Moscovici (1961, *in* Vala, 1993:907) “é teoricamente` guiado, decorre de estruturas cognitivas (por exemplo, esquemas e representações)” e as estruturas cognitivas, no caso presente as representações, quanto à sua natureza “(...) são mais expressões do sujeito do que um reflexo interno de uma realidade externa (...)” e “quanto à sua função, não são tanto variáveis mediadoras entre os estímulos e as respostas, mas variáveis independentes, constituintes dos estímulos e das respostas”, verificando-se diferentemente da teoria de Durkheim uma reciprocidade entre a imagem e a significação (Vala, *in* Vala & Monteiro, 2000).

Ao efectuar-se na reciprocidade entre imagem e significação, a representação social relaciona intelecto e afecto, envolvendo a ideia de sujeito autor e actor (Piaget,1926-1976), o qual constrói e não reproduz a realidade (Vala, *in* Vala & Monteiro, 2000).

Segundo Moscovici (citado por Arruda, 2002) a representação social conduz a uma transformação do sujeito e do objecto, na medida em que no processo de elaboração do objecto ambos são modificados. O sujeito amplia a sua categorização e o objecto acomoda-se ao repertório do sujeito, repertório que também se modifica ao receber mais um elemento.

Representação Social não é assim “ (...) cópia nem um reflexo, uma imagem fotográfica da realidade: é uma tradução, uma versão desta.” (Moscovici, citado por Arruda, 2002:34), encontrando-se em constante transformação, sendo móvel e dinâmica.

Também Malglaive (1995:159) referindo-se à representação fez notar que “Esta imagem não é (...) um reflexo puro do objecto: é uma construção, obra do pensamento que, mesmo no quadro da percepção, selecciona no meio os elementos e as suas relações para elaborar a representação e, ao mesmo tempo, construir o objecto tal como ele é entendido.”

É esta característica móvel das representações sociais que faz com que estas constituam uma forma de conhecer típica das sociedades, a quem a velocidade vertiginosa da informação obriga a um processamento constante do novo, de forma a possibilitar a comunicação e o controle sobre esse meio (Vala, *in* Vala & Monteiro, 2000), sendo neste sentido que Moscovici (1961, citado por Arruda, 2002:142) afirma que “(...) *a representação social é um corpus organizado de conhecimentos e uma das actividades psíquicas graças às quais os homens tornam a realidade física e social inteligível, se inserem num grupo ou numa relação quotidiana de trocas, liberam o poder da sua imaginação.*”

O conceito de representação social de Moscovici enfatiza assim a dependência da acção face à actividade cognitiva, ao mesmo tempo que associa a cognição à produção de sentido e à construção da realidade social, por parte de um sujeito activo e criativo (Vala, 1993).

As representações sociais “(...) *não são meros enunciados sobre a realidade, mas teorias sociais práticas sobre objectos relevantes na vida dos grupos. Enquanto teorias, são organizadoras de crenças, atitudes e explicações; enquanto teorias práticas, são organizadoras da acção; enquanto teorias sociais, são produzidos no quadro das comunicações quotidianas suscitadas pelas identidades sociais.* “, pelo que uma representação social pode ser interpretada simultaneamente como um sistema social e cognitivo/prático (Vala, 1993: 913). Acção e comunicação são assim “(...) *o berço e o chão (...)*” das representações, na medida em que “ (...) *delas provém e a elas retorna a representação social.* “ (Moscovici, *in* Arruda 2002:142).

Na linha deste autor, outros investigadores abordaram os processos de construção de significações por parte dos indivíduos, contudo apenas referenciaremos a definição de Denise Jodelet, por ser aquela que segundo Arruda (2002) é a mais consensual.

Jodelet (2002:22, citado por Arruda, 2002:138) define representações sociais como “(...) *uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com um objectivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.*”

Esta autora tem por base a intercepção de fenómenos individuais e sociais em relação à realidade social, sublinhando que as representações sociais devem ser estudadas “(...) articulando elementos afectivos, mentais e sociais, e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afectam as representações e a realidade material, social e ideal (...) sobre a qual elas vão intervir”(Jodelet, 2002, in Arruda, 2002:138).

1.1 Processo de construção/ estruturação das representações

Ao analisar a formação das representações sociais, Moscovici (1961) explicita dois processos, a objectivação e a ancoragem.

A objectivação refere-se “(...) à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural.” (Vala, in Vala & Monteiro, 2000:465) e a ancoragem refere-se aos “ (...) processos através dos quais o não familiar se torna familiar e processos através dos quais uma representação, uma vez constituída, se torna um organizador das relações sociais” (Vala, in Vala & Monteiro, 2000: 472).

Centrando-nos no campo educativo, na literatura é possível encontrar estudos que incidem sobre o processo de formação das representações mútuas professor/aluno, cuja compreensão poderá ser importante para o entendimento do nosso objecto de estudo.

Coll & Miras (1996) são um desses exemplos. Reportando-se ao processo de construção e elaboração das representações mútuas professor/aluno descrevem-no como um sistema complexo, que envolve uma série de etapas e factores, o qual se inicia com o primeiro contacto que se estabelece entre ambos.

É neste primeiro contacto que professor e aluno recolhem informações/conhecimentos de um relativamente ao outro, através da observação mútua directa das suas características e dos seus comportamentos. Contudo, muitas vezes esta observação não constitui a primeira fonte de informação, pois frequentemente alunos e professores possuem respectivamente informações prévias sobre uns ou outros (Coll & Miras, 1996). Estas informações são transmitidas por elementos pertencentes ao grupo social

escolar, alunos e outros professores que fazem com que esta observação não seja pura, na medida em que tem por base determinados juízos/preconceitos (Coll & Miras, 1996).

Contudo, tendo por base o conceito de representação social de Moscovici sobre o qual esta investigação assenta, as representações elaboradas pelos alunos não terão em conta apenas as informações transmitidas socialmente, mas também a observação mútua continuada, realizada por cada um destes elementos no decurso da actividade quotidiana que se desenrola na aula, o que poderá reforçar a impressão inicial, ou modificá-la completamente (Coll & Miras, 1996).

Assim sendo, perante estas informações, professores e alunos seleccionam e categorizam com base em factores pessoais, sociais e culturais, as características do outro, elaborando uma representação (Coll & Miras, 1996).

Deste modo, quanto ao processo de elaboração de representações por parte do professor, Coll & Miras (1996:300) referem que o professor ao interagir com o aluno, selecciona as características deste que “(...) *têm um maior peso na sua imagem de aluno ideal, categorizando-o em consequência e interpretando sua conduta de acordo com estes parâmetros.*”, salientando que, embora esta imagem de aluno ideal seja única e própria de cada professor, fruto de sua experiência profissional e pessoal, é influenciada por factores sociais e culturais, sendo possível “(...) *encontrar características comuns nas imagens de aluno ideal que têm os distintos professores num momento e num contexto histórico e cultural determinado*”(Coll & Miras, 1996:300)

No que se refere aos processos de selecção e categorização na construção das representações dos alunos em relação aos professores, embora tenham sido alvo de poucas investigações, é sabido que os alunos antes de entrar para a escola constroem em interacção com o meio sócio - cultural em que estão inseridos, uma imagem de professor que irá evoluindo ao lado da sua experiência como aluno, influenciando consideravelmente a selecção e categorização das informações, a partir das quais constroem as suas representações sobre os professores (Coll & Miras, 1996 e Oliveira & Oliveira, 1999).

Coll & Miras (1996:300) reportam-se a um outro elemento de fundamental importância que intervém no processo de selecção e categorização das representações mútuas e que se refere à concepção que cada um destes tem do seu próprio papel e do papel do outro, ou seja, *“as expectativas de comportamento associadas com os estatutos, funções ou posições que uma pessoa ocupa num sistema social determinado”*

Neste sentido, o professor selecciona e avalia *“(...) as características e os comportamentos dos alunos, em função da sua maior ou menor pertinência e adequação às expectativas de comportamento associadas com o papel de aluno (...)”* e, de forma inversa, o aluno selecciona e valoriza *“(...) as características e comportamentos do professor mais vinculadas com as expectativas que a sua concepção de papel de professor inclui”*, sendo que, mais uma vez, este aspecto se encontra mais aprofundado na perspectiva do professor, sabendo-se muito pouco sobre como os alunos concebem o seu próprio papel e o papel do professor (Coll & Miras, 1996:301).

1.2 Papel das representações na elaboração das expectativas

Todas as representações que o professor tem dos seus alunos, *“(...) o que pensa e espera deles, as intenções e capacidades que lhes atribui, não só constituem como que um filtro que leva a interpretar de uma ou de outra forma a sua opinião, a valorizar de um ou de outro modo as aprendizagens que realizam, a reagir de forma diferente perante os seus progressos e dificuldades, como pode levar inclusive, a modificar o comportamento real dos alunos na direcção das expectativas associadas com a dita representação.”* (Coll & Miras, 1996:299).

Por sua vez, *“(...) a representação que os alunos têm do seu professor, o que pensam e esperam dele, as capacidades e intenções que lhe atribuem, condiciona em grande medida a sua interpretação de tudo quanto faz e diz e pode levar também, em alguns casos, a modificar o comportamento do professor na direcção das expectativas associadas com a dita representação”* (Coll & Miras, 1996:299).

Também Jamieson, Lydon, Steward e Zanna (1987, *in* Jesus, 2003:12) debruçando-se sobre o efeito das expectativas dos alunos em relação aos professores “(...) *verificaram que as expectativas positivas dos alunos em relação à competência dos professores têm influência no comportamento dos alunos e nos seus resultados escolares.*”

Em síntese, as contribuições destes autores sobre o papel das representações na elaboração das expectativas, bem como as de Coll & Miras sobre a construção/elaboração das representações mútuas professor/aluno são fundamentais para o enquadramento do nosso objecto de estudo. O conceito de representação a que nos reportamos no decorrer desta investigação é o proposto por Moscovici. Deste modo, as representações sociais a que nos referimos neste trabalho referem-se a conjunto de conceitos, criados no decorrer das relações sociais, com características portanto sociais, mas também cognitivas, interpretativas e orientadoras dos comportamentos e de relações sociais.

2. Conceito de competência profissional

O aprofundamento científico deste conceito, nas esferas da educação e da formação, é bastante recente. Actualmente verifica-se a sua utilização em diferentes contextos, diferentes áreas sociais e profissionais, nas quais adquire um sentido muito próprio do discurso interno específico de cada uma dessas áreas (Dias, 2006).

É tendo em conta este aspecto, assim como a complexidade de elementos que integram a concepção de competência e a sua natureza não objectiva, que poderemos dizer que a sua conceitualização é uma tarefa árdua e difícil, não existindo na literatura consenso quanto à sua definição e dimensões que contempla (Dias, 2006).

Deste modo, face à diversidade conceptual da noção de competência e tendo em conta que no contexto deste trabalho interessa essencialmente perceber o conceito de competência profissional, analisaremos este conceito segundo as perspectivas de dois autores centrais na análise desta temática, Le Boterf (1995,1997) e Jonnaert (2002).

Le Boterf (1995:16) refere que “(...) *A competência não se reduz, nem a um saber nem a um saber fazer*”, pelo que “*Possuir conhecimentos ou capacidades não significa ser*

competente.”, na medida em que “(...) a experiência mostra que pessoas em posse de conhecimentos ou capacidades não as sabem mobilizar de forma pertinente e no momento oportuno”.

Competente é aquele que é “(...) capaz de mobilizar, pôr em acção de forma eficaz, as diferentes funções de um sistema em que intervêm recursos tão diversos como operações de raciocínio, conhecimentos, activações da memória, as avaliações, capacidades relacionais ou esquemas comportamentais (...)”(Le Boterf, 1995:43), pelo que “ (...) a competência não reside nos recursos a mobilizar (conhecimentos, capacidades...) mas na mobilização desses mesmos recursos”, sendo a competência “(...) da ordem do `saber mobilizar ´”(Le Boterf, 1995:17)

Os recursos segundo Le Boterf (1995:23), ou seja “ os saberes, saber fazer e os comportamentos são diversos, heterogéneos e múltiplos”e a competência implica *saber integrar*, ou seja, saber seleccionar e organizar/combinar os elementos que dessa multiplicidade de recursos podem ser úteis para a resolução de um determinado problema.

É neste sentido que Le Boterf (1995:23) refere que “ (...) face a um problema a resolver ou a um projecto a realizar, constrói-se uma arquitectura cognitiva particular da competência”, sendo a mobilização dos recursos segundo este mesmo autor (1995: 17)“(...) não (...) da ordem da simples aplicação, mas da ordem da construção.”, sendo “ A passagem do saber à acção (...) uma reconstrução”.

A competência não pode por isso ser encarada como um estado, mas sim como um processo, uma realidade dinâmica, que se reconstrói permanentemente de forma a adaptar-se a cada situação, sendo por isso transferíveis (Le Boterf, 1995). “ O bom gestor não é aquele que aplica em todas as circunstâncias o mesmo comportamento: ele sabe modular a sua estratégia de gestão, em função das situações que encontra”(Le Boterf, 1995:24), constituindo a “ actualização do que se sabe num contexto singular (marcado por relações de trabalho, cultura institucional, factores aleatórios, recursos...) (...) reveladora da `passagem´ à competência”, sendo neste sentido que Le Boterf (1997:69) refere que “a competência é da ordem da actualização e não da realização”.

É mediante estes aspectos que Le Boterf (1995) refere que competência não é sinónimo de saber fazer. Saber fazer consiste em realizar um movimento sem projectar o sentido e os encadeamentos que ele supõe (Moles & Rohmer, 1997, *in* Le Boterf, 1995).

Estas práticas reflectem-se no que Malglaive (1995) define por *habitus*, acções automáticas e sem controlo consciente, “*sistemas de disposições duráveis e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, enquanto princípios geradores e organizadores de práticas e de representações.*” e que “*(...) exclui as práticas mais improváveis, à primeira vista, consideradas impensáveis*” (Bourdieu, 1980, *in* Dubar, 1997:66).

Contudo, são estas práticas imprevisíveis e de grande complexidade que caracterizam o mundo do trabalho em constante mudança, pelo que acção de um profissional não deverá assentar num saber fazer, mas sim num saber agir ou reagir com pertinência (Le Boterf, 1995).

O saber agir envolve um conjunto de actos, onde a execução de cada um é dependente do desempenho de todos ou parte dos outros actos (Moles & Rohmer, 1997, *in* Le Boterf, 1995), equivalendo ao que Hoc (1987) & Richard (1990) (*in* Le Boterf, 1997) designam por práticas profissionais de resolução de problemas. Estas práticas não se limitando a repetir procedimentos memorizáveis “*(...) visam a elaboração de procedimentos novos a partir da construção adequada de uma representação operatória da situação problema.*” (Hoc, 1987 & Richard, 1990, *in* Le Boterf, 1997:50).

Elaborar uma representação operatória de cada situação, ou seja, ser capaz de actualizar os conhecimentos, de aprender, de forma a “*(...) gerir uma situação profissional não somente num contexto normal, mas igualmente num contexto excepcional, degradado e de crise.*” (Le Boterf, 1997:41), de uma forma autónoma, caracteriza o saber agir do profissional, para o qual é imprescindível uma atitude de julgamento, de interpretação ou seja reflexão por parte do profissional (Le Boterf, 1997).

Já Schön, segundo Alarcão (*in* Alarcão, 1996:13), nos anos 80 se referiu à actividade profissional como “*(...) actuação inteligente e flexível, situada e reactiva, produto de uma mistura integrada de ciência, técnica e arte, caracterizada por uma sensibilidade de artistas aos índices manifestos ou implícitos, em suma, uma criatividade a que dá o*

nome de artistry”, para o qual é imprescindível a adopção de uma atitude reflexiva permanente por parte do profissional.

Face a tudo o que se referiu, facilmente se compreende que uma competência constitui “(...) *um atributo de um sujeito.*” (Stroobants, 1993, *in* Le Boterf, 1995:29), a qual só se realiza na acção, num contexto particular, não podendo “(...) *funcionar no `vazio’, fora de todo o acto que não se limita a exprimi-la, mas que a faz existir.*” (Le Boterf, 1995:16)

Contudo, a existência de competência supõe também o julgamento de outro, pois segundo Le Boterf (1995:35) “*Uma pessoa não se pode declarar competente se não for reconhecida como tal.*”.

“*A competência não é somente uma construção operatória, mas também uma construção social*”, na medida em que é guiada por sistemas de valores e de significações, por modelos que são socialmente partilhados (Aubret *et al.*, 1993, *in* Le Boterf, 1995:36). “*Os modos de raciocínio, as representações, os sistemas de classificação, as significações atribuídas aos projectos ou aos problemas encontrados possuem uma dimensão sócio-cultural*” (Le Boterf, 1997:56), tal como já vimos que Moscovici assim o defende.

Le Boterf (1995:28) refere também que “*A atribuição de competências define um território de responsabilidades e portanto de poder de intervenção*”

Sintetizando todos os aspectos inerentes ao conceito de competência profissional defendidos por Le Boterf (1995,1997), poderemos afirmar que a competência é uma entidade dinâmica que supõe o reconhecimento pelo outro, é um atributo de um sujeito que perante situações profissionais complexas, sabe mobilizar, integrar e transferir recursos, projectando o sentido e o encadeamento dos seus actos.

Jonnaert (2002) é outro autor que analisando a construção das competências segundo a perspectiva construtivista defende uma noção de competência próxima da do autor que temos vindo a referir.

Com o objectivo de chegar a uma definição de competência, Jonnaert (2002) apoiando-se noutros teóricos diferencia competência de outros conceitos como o de qualificação e o de *performance*, os quais são muitas vezes utilizados no discurso social de uma forma errónea como se do mesmo conceito se tratasse.

Segundo Naville (1956, *in* De Terssac, 1996:232, citado por Jonnaert, 2002:13) qualificação “*não é a `capacidade de execução correcta de um trabalho` mas sim as `qualidades` que uma pessoa deve adquirir e deter para fazer um determinado trabalho (...)*”, constituindo a formação e a aprendizagem elementos constitutivos da qualificação.

A competência por sua vez, embora designando “(...) *uma mesma realidade ou um mesmo objecto (...)*” “que a qualificação, ou seja, “(...) *a capacidade reconhecida a um indivíduo de desempenhar uma função ou um emprego determinado.*” (Thomas, 1997:89, *in* Dias, 2006:28) adopta uma função muito diferente desta última, na medida em que gere “(...) *as relações que se estabelecem entre os conhecimentos da pessoa que age e as suas acções. Porém, estas mesmas competências regulamentam também o contexto de acção (a interpretação, a preparação para a acção encarada, controlo da acção dentro do seu contexto, etc)*” (Jonnaert, 2002:14).

Assim, segundo Jonnaert (2002:15) a qualificação “(...) *é descontextualizada e prescritiva (listas de saberes e de saberes e de saber fazer, as qualidades, a adquirir em formação para ser qualificado para uma profissão).*”, enquanto que a competência ligada a uma perspectiva construtivista, dá espaço aos seus agentes para que mobilizem os recursos mais apropriados à situação complexa com que trabalham, atribui grande importância à acção contextualizada, compreendendo “*tudo o que é empreendido na acção e tudo o que permite justificar a organização da acção*”(Jonnaert, 2002:15).

Centrando a sua atenção na relação competência/*performance*, Jonnaert (2002:17) refere que os psicólogos do desenvolvimento cognitivo e linguístico distinguem estes dois conceitos, associando à competência termos como “*latente*” ou “*virtual*” e à *performance* noções de “*efectivo*” ou “*observável em situação*”.

Contudo, Jonnaert (2002:21) refere que os psicólogos e especialistas das ciências do trabalho são confrontados com uma problemática de acção em situação, que não permite *a priori* que a definição de uma competência seja traduzida por uma *performance* “(...) *exigindo a união da competência com a performance num único e mesmo conceito.*”

É com base nestas distinções que Jonnaert (2002:41) refere que “(...) *através de uma competência, um sujeito mobiliza, selecciona e coordena uma série de recursos (...)*” cognitivos, afectivos, sociais, contextuais e sensoriomotrizes “(...) *para tratar eficazmente uma situação. Uma competência supõe, além de um tratamento eficaz, que esse mesmo sujeito adopte um olhar crítico sobre os resultados de seu tratamento os quais devem ser socialmente aceitáveis.*”, verificando-se assim que os princípios defendidos por este autor relativamente ao conceito de competência são os mesmos que os defendidos por Le Boterf e Schön.

Apoiando-nos nestes autores, neste trabalho adoptámos a posição de que esquemas, capacidades, habilidades e saberes fazer se diferenciam claramente de competência, pois são constituintes desta, ou seja recursos do sujeito. A competência de um profissional manifesta-se através de acções que permitam a resolução eficaz dos problemas novos e complexos com que se depara no decurso da sua actividade profissional. Estas acções não são da ordem da simples aplicação, mas sim uma construção que resulta da combinação pertinente entre todos os recursos.

Será com base nesta perspectiva que nesta investigação nos referiremos às competências de um enfermeiro, assim como e essencialmente às competências necessárias ao supervisor do local de Ensino Clínico, aspecto que constitui o tema central desta investigação.

3. Conceito de supervisão clínica em Enfermagem

Alarcão & Tavares (2003:16) debruçaram-se sobre o conceito de supervisão no campo da formação de professores. Contudo, referem que “*Embora o nosso enfoque seja colocado na formação de professores, por ser fundamentalmente este o campo em que temos praticado supervisão, reconhecemos a pertinência da sua transferência para outros campos profissionais e testemunhamos a aceitação que as nossas propostas têm merecido em sectores diversificados*”

Um desses sectores/campos é o da Enfermagem. Segundo estes mesmos autores (2003:4) “*A conceptualização sobre supervisão e a sua prática sustentada (...)*” no âmbito da formação de professores “*(...) estenderam-se a outras áreas profissionais, com destaque para a formação em enfermagem*”.

Neste sentido, para compreender o conceito de supervisão clínica em Enfermagem, torna-se imprescindível recorrer ao conceito de supervisão pedagógica.

Supervisão pedagógica é um termo recente em Portugal na medida em que a sua utilização remonta aos anos 80 (Alarcão & Tavares, 2003), como alternativa à designação de orientação da prática pedagógica no contexto da formação de professores (Alarcão & Tavares, 2003 e Sá-Chaves, 2000). Contudo, em países como a Áustria e Estados Unidos este conceito implantou-se logo nos anos 40, através da designação de “*supported learning*”(Spence, 2000, *in* Abreu, 2003).

Alarcão & Tavares (2003) explicam que o atraso verificado em Portugal na utilização deste termo, foi resultado das inúmeras resistências que se colocaram à sua utilização na esfera educativa, devido a uma falta de compreensão relativamente à conceptualização que o sustentava.

Supervisão era assim “(...) *uma designação que, na língua portuguesa, evocava (e de certo modo ainda evoca) conotações de poder e de relacionamento sócio - profissional contrárias aos valores de respeito pela pessoa humana e pelas suas capacidades auto-formativas(...)*”(Alarcão & Tavares, 2003:3)

E é nos anos 90 que com “ *A criação de cursos de mestrado, a realização de doutoramentos, a publicação de livros e artigos científicos, a constituição de linhas de investigação, a realização de encontros científicos (...)* “e com as preocupações em torno da qualidade das instituições, que a supervisão se difunde e se desenvolve.

Também a inclusão nesta altura da área de Supervisão Pedagógica e Formação de Formadores na legislação sobre formação especializada, como uma das “(...) *necessidades de qualificação dos professores para o desempenho de determinadas funções educativas (...)*”, constituiu-se como mais um factor responsável pelo desenvolvimento da supervisão em Portugal (Alarcão & Tavares, 2003:4).

Na área da formação clínica dos enfermeiros, Abreu (2002:53) refere que “(...) *os debates em torno das experiências de ‘preceptorship’, ‘mentorship’, qualidade de cuidados, aprendizagem pela experiência e educação informal fizeram emergir a problemática da supervisão das práticas clínicas. As próprias normas constantes de diversos programas de auditoria e acreditação fazem referências explícitas à supervisão clínica na área de enfermagem.*”, sendo que “ *Uma análise da produção*

científica dos enfermeiros na União Europeia permite concluir que a supervisão clínica entrou decisivamente no vocabulário utilizado nos contextos de saúde “

Com o passar dos anos, Portugal foi-se apropriando deste termo, reconhecendo-lhe o dicionário não só funções como “(...) *fiscalização e superintendência (...)*”, mas também “(...) *a ideia de acompanhamento do processo formativo.*” (Alarcão & Tavares, 2003:4).

Também Sá - Chaves (2000:124), analisando a dispersão semântica subjacente ao conceito de supervisão, refere que existem “(...) *perspectivas de supervisão que vão desde as intenções mais rígidas de inspecção e de direcção até às mais flexíveis e facilitadoras de orientação e aconselhamento(...)*”

Esta evolução conceptual da supervisão, segundo Alarcão & Tavares (2003:5), ocorreu a par da “(...) *evolução das abordagens de educação e de formação de professores*”

A supervisão foi influenciada pela “(...) *consciência da necessidade de formação contínua e pela conceptualização entretanto desenvolvida no que respeita aos processos de desenvolvimento profissional .Ganhou uma dimensão auto-reflexiva e auto-formativa à medida que os professores começavam a adquirir confiança na relevância do seu conhecimento profissional e na sua capacidade de fazerem ouvir a sua voz como investigadores da sua própria prática.*” (Alarcão & Tavares, 2003:5).

Deste modo, é assentando em modelos de formação que concebem o formando como um elemento activo, responsável pela sua própria formação, que se explica que a supervisão não possa continuar a ser concebida como “ (...) *um processo hierárquico e impessoal de inspecção, domínio controlo (...)*”(Soares, 2002:203), mas sim como um processo de orientação, de aconselhamento, de ajuda do aluno no desenvolvimento de práticas reflexivas e auto-formativas, aspectos estes que desenvolveremos ao longo desta investigação (Alarcão, 1996; Alarcão & Tavares, 2003; Sá-Chaves, 2000, entre outros).

É dentro desta linha de pensamento que Alarcão & Tavares (2003:16) definem supervisão da prática pedagógica como um “(...) *processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional*”

Da análise desta definição depreende-se que a supervisão definida como um processo significa que “(...) *tem lugar num tempo continuado (...)*”, “ *Tem um objectivo: o desenvolvimento profissional do professor. E situa-se no âmbito da orientação de uma prática profissional, daí chamar-se-lhe também Orientação da prática pedagógica.*” (Alarcão & Tavares, 2003:16).

A respeito da figura do supervisor, Abreu (2002:56) refere que este “(...) *não deve estar comprometido com a hierarquia organizacional e deve obrigatoriamente desenvolver, também ele, a prática clínica. É (...) uma das prerrogativas para poder ajudar a promover uma utilização terapêutica do self*”, pelo que o profissional informado e experiente a que Alarcão & Tavares (2003) se referem é, no campo desta investigação, um enfermeiro que exerce funções no local de realização do Ensino Clínico e não tem qualquer relação de dependência funcional e/ou hierárquica com a instituição escolar, e não o docente da Escola de Enfermagem, que para além de estar ligado à instituição escolar se encontra na opinião de vários autores, como Espiney (*in* Canário, 2003, entre muitos outros) distanciado dos contextos de trabalho, como mais adiante mostraremos.

Abreu (2002), centrando-se no conceito de supervisão clínica em Enfermagem, referencia também vários autores, alguns dos quais passamos a citar, por pensarmos que nos ajudam a explicitar os principais aspectos inerentes ao conceito de supervisão apresentado por Alarcão & Tavares (2003).

Barber e Norman (1987:50, *in* Abreu, 2002:54) definem supervisão clínica como “(...) *um processo interpessoal onde um praticante competente ajuda um menos competente ou com menos experiência prática a adquirir habilidades profissionais apropriadas ao seu papel e ao mesmo tempo oferece consolo e suporte.*”, sendo que nesta definição é realçado o papel de ajuda e de suporte que o supervisor segundo Alarcão & Tavares (2003) deve desempenhar com vista a atingir o seu grande objectivo, o desenvolvimento humano e profissional do aluno ao longo de toda a sua actividade profissional.

Desenvolvimento este que, num mundo como o da Saúde em constante mudança, só é possível através de uma prática reflexiva, aspecto este que o Nurses Health Service (NHS) Executive (1993, *in* Sloan, 1999, citado por Abreu, 2002) sublinha.

Segundo o NHS Executive (1993) (*in Sloan, 1999:525, citado por Abreu, 2002:54*) supervisão clínica consiste num “(...) *processo formal de sustentação da prática, uma aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver os conhecimentos, as competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica, realçar a protecção do consumidor de cuidados e incrementar a segurança nas práticas em situações clínicas complexas. É central ao processo de aprendizagem e à expansão da prática e deve ser vista como meio de incentivar a auto-avaliação e as competências analíticas e reflexivas.*”.

Na sequência destas ideias, Abreu (2002:53) afirma que a supervisão clínica “ (...) *refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado.*”

Abreu (2002) reconhece que, neste processo, não é só a qualidade das práticas que está em causa, mas também a gestão de sentimentos e dos processos de socialização.

Sá - Chaves (1994:150, *in Sá-Chaves, 2000:75*) compartilha desta opinião, na medida em que descreve a supervisão como “(...) *uma prática acompanhada, interactiva, colaborativa e reflexiva que tem como objectivo contribuir para desenvolver no candidato a professor, o quadro de valores, de atitudes, de conhecimento, bem como as capacidades e as competências que lhe permitam enfrentar com progressivo sucesso as condições únicas de cada acto educativo*”

Assim, a socialização na profissão é essencialmente o desenvolvimento de competências durante o Ensino Clínico implica que o aluno adopte um papel activo, de permanente reflexão prática, mas também que o supervisor, encarado como alguém mais experiente e informado que exerce funções no local de Ensino Clínico, em parceria com o supervisor da instituição escolar/docente, não pressione o formando a reproduzir acriticamente as suas práticas, não o oriente com base numa atitude de inspecção e possível punição e/ou retaliação, mas que o acompanhe, ajude, apoie, facilite em todo um processo reflexivo, com vista a um desenvolvimento humano e profissional contínuo, manifestado por cuidados de saúde sempre de Qualidade.

São estes aspectos que integram o conceito de supervisão subjacente a esta investigação que desenvolveremos nos capítulos seguintes.

Capítulo II

Formação Inicial de Enfermagem: O início do desenvolvimento de competências e da socialização profissional

A Enfermagem enquanto ciência e arte com uma orientação social, para “*ajudar o indivíduo, a família e a comunidade a determinar e a adquirir o seu potencial físico, mental e social, contribuindo para a transformação do indivíduo ou do meio, se for caso disso*” (Abreu, in Canário, 2003:152), exige que a formação inicial dos seus profissionais, entendendo-se esta como “*o início da formação contínua que acompanhará o profissional durante toda a sua carreira*” (Perrenoud, 1993, citado por Espiney, in Canário, 2003:173) assente em modelos de formação alternada ou formação - acção, ou seja, que a aprendizagem se processe entre dois espaços formativos: a escola e a empresa (Cabrito, 1994).

Segundo a Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais (2002), esta alternância entre períodos de formação teórica e prática é visível na estrutura curricular do Curso de Licenciatura em Enfermagem, encontrando-se estes dois componentes articulados de uma forma directa e complementar, na medida em que a grande maioria dos Ensinos Clínicos, se desenrolam após ter ocorrido a unidade curricular teórica correspondente.

Esta mesma directiva (2002:41) refere que a componente teórica tem a duração de “*(...) pelo menos um terço e o ensino clínico, pelo menos, metade da duração mínima da formação.*”

O ensino teórico, decorrendo no espaço escolar, consiste na “*(...) vertente da formação em cuidados de enfermagem através da qual os candidatos a enfermeiro adquirem os conhecimentos, a compreensão, as aptidões e as atitudes profissionais necessárias para planear, dispensar e avaliar os cuidados de saúde globais (...)*” e os Ensinos Clínicos “*(...) a vertente da formação em cuidados de enfermagem através do qual o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa, em contacto directo com um indivíduo são ou doente e/ou uma colectividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de*

enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e aptidões adquiridos. O candidato a enfermeiro aprende não apenas a ser um membro da equipa, mas também a ser chefe de equipa, organizando os cuidados de enfermagem globais, incluindo a educação para a saúde destinada a indivíduos e a pequenos grupos no seio da instituição de saúde ou da colectividade” (Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, 2002:42), sendo que a sua concretização poderá ocorrer em instituições de saúde ou na comunidade, em diferentes contextos da actividade profissional do enfermeiro.

Desta definição facilmente se percebe que os momentos de prática clínica se diferenciam dos momentos teóricos e mesmo dos teórico-práticos, em que já existe no espaço escolar a realização de tarefas práticas, na medida em que permitem ao aluno contactar com situações problemáticas reais (Cabrito, 1994), sendo neste sentido que Bireaud (1995:117) salienta que mesmo que na situação de formação se introduzam “(...) *estudos de casos ou simulações sofisticadas, nunca deixa, com efeito, de ser uma situação mais ou menos artificial, quer no que respeita às situações de trabalho e às relações afectivas que pressupõe, quer no que respeita à resolução dos problemas tais como eles realmente se põem*”.

Caires & Almeida (*in* Gonçalves *et al.*, 2001:227) descreve o Ensino Clínico como “(...) *um momento de confronto com alguns dos principais desafios e oportunidades que o Mundo do Trabalho lhe reserva.*”, na medida em que permite “*O assumir de novos papéis; o `vestir a pele´ de um profissional; o conhecer e adaptar-se a um novo contexto com rotinas, regras e `padrões´ distintos do meio universitário (...)*”

Distintos do meio universitário, pois “(...) *a aprendizagem clínica ocorre num contexto social muito complexo onde se cruzam as lógicas dos utentes, dos formadores, dos enfermeiros e dos alunos (...)* possui maior imprevisibilidade.” (Abreu, 2003:20).

Aliás, estas características da prática clínica são evidenciadas pelos estudantes que, segundo Abreu (2003:58), referem que “*o mundo vivido é muito mais complexo do que aquele cuja imagem constroem no decurso da formação teórica*”, levando a que vivam muitas das vezes sentimentos de ansiedade (Kushnir, 1986 e Windsor, 1987, citado por Abreu, 2003, entre muitos outros).

Kushnir (1986) e Windsor (1987) (citados por Abreu, 2003:20) referem que estes problemas de ansiedade que por vezes acompanham a aprendizagem em Ensino Clínico poderão dever-se à “(...) *presença do docente, à relação com a equipe, ao receio de não ser capaz, à situação clínica do doente ou mesmo à sua própria personalidade* (...)”

Apesar de mais complexa que a teoria e da vivência frequente de sentimentos de ansiedade, os alunos atribuem muitas vezes mais importância à prática que à teoria na construção da sua imagem como enfermeiro (Mestrinho, *in* Mestrinho, Durão, Pinto, Garcia, Paz, Coelho e Mendes, 2000).

Também Bento (1997:133) centrando-se, nos alunos de Enfermagem, refere que estes “(...) *valorizam de forma diferente a influência que a teoria e a prática exercem na aprendizagem do que é a enfermagem. No discurso dos alunos é frequentemente explicitada a ideia de que na teoria lhes é transmitida a informação teórica, mas são os estágios que constituem o espaço e o tempo em que tem lugar a construção do conhecimento.*”

A importância deste contacto directo com as situações práticas reais é referido por variadíssimos autores, pois como já vimos é no agir em situação que o aluno adquire e desenvolve as competências necessárias para o exercício da profissão de Enfermagem (Alarcão & Tavares, 2003; Jonnaert, 2002; Le Boterf, 1995, 1997 e Schön, *in* Alarcão, 1996).

Silva & Silva (s.d.:104) são concordantes com estes autores, pois partindo do princípio que “*A competência só existe quando é aplicada*” defendem que “ (...) *o local de aplicação intervém na produção de competências (...)*”, pelo que “ (...) *a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho.*”, motivo pelo qual Vasconcelos (1992:28, *in* Silva & Silva, s.d.:103) afirma que “*os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho(...).*”

A clínica é assim “(...) *um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais*” (Abreu, 2003:9), sendo que “*A importância da prática clínica não reside na necessidade de aplicar conhecimentos teóricos adquiridos (...)*” como alguns autores assim o definem, “(...) *a prática clínica, o trabalho com o doente permitem desenvolver competências que são acessíveis*

somente por esta via.” (Abreu, in Canário, 2003:153).

Também Cabrito (1994, citando Gorman, 1989 e Watts, 1983,1991) refere que é indispensável o contacto do aluno na formação inicial com diversas experiências de trabalho “(...) *dada a sua importância na aquisição de algumas das competências indispensáveis ao exercício de uma profissão.*” (Malglaiive e Weber, 1983, Draghi, 1991 e Rose, 1991, in Cabrito, 1994:20)

Neste sentido, implicando uma competência a mobilização de diversos recursos, muitos deles adquiridos durante o período de formação teórica e teórico-prática, interligar prática e teoria torna-se impreterível (Jonnaert, 2002; Le Boterf, 1995,1997, entre outros).

Malglaiive (1995:70) defende uma articulação entre saberes teóricos e saberes práticos, pois segundo esta autora “*o saber teórico, é (...) o fundamento indispensável da eficácia dos saberes que regulam a acção: os saberes processuais*”

Intervindo na prática os saberes teóricos não mantêm relações operatórias directas com esta, não têm um efeito normativo, pois consistem em “(...) *dar a conhecer, e não permitir fazer; dizer o que é e não o que deve ser.*”, ou seja não indicam as finalidades que a acção deve perseguir nem determinam o meio de as atingir, mas apenas sugerem vias possíveis para a realização dos seus fins (Malglaiive, 1995:70).

O saber teórico dá assim “(...) *a conhecer as leis de existência, de constituição, de funcionamento do real (...)*”, permitindo actuar com discernimento “(...) *agir com toda a clareza, isto é, permite ajustar de maneira muito precisa as intervenções práticas sobre a realidade, prever os seus efeitos, o seu sucesso ou o seu insucesso, fixar as suas condições e os seus limites de validade e, portanto, garantir que determinada acção terá um dado resultado e não outro.*” (Malglaiive, 1995:70).

Também Couceiro (1996: 424) referindo-se à articulação entre estes dois saberes refere que os saberes teóricos “(...) *permitem a fundamentação e facilitam a elaboração de `chaves` para análise e compreensão das práticas*”, convertendo-se a teoria “(...) *numa prática, uma `prática teórica`*”

Todo este processo de organização do real com determinado fim em vista ocorre a nível cognitivo, o saber teórico “(...) *permite que a acção se realize no abstracto, o mundo simbólico, antes de o fazer no concreto, o mundo material.*”, pelo que a relação que o saber teórico estabelece com a prática não é da ordem da aplicação, mas sim da

intervenção (Malglaive,1995).

Assim, para Malglaive (1995:71) “ *Uma teoria não se aplica na prática: ela investe-se aí, tornando-se o objecto (de conhecimento) que permite agir mais eficazmente sobre o real, actuando sobre a representação pensada.*”, pelo que inerente a todo este processo está uma atitude de permanente interrogação/questionamento, de análise crítica da realidade ou tal como refere Schön (1983,1987, in Alarcão, 1996), de reflexão.

A reflexão, o pensamento reflexivo constituindo uma “*espécie de pensamento que consiste em examinar mentalmente o assunto e dar-lhe consideração séria e consecutiva*” (Dewey, 1959:13, citado por Lalanda & Abrantes, in Alarcão, 1996:45) contribui para “*transformar uma situação na qual se tenham experiências caracterizadas pela obscuridade, pela dúvida, pelo conflito, isto é, de qualquer modo perturbadas, numa situação que seja clara, coerente, ordenada, harmoniosa*”(Abbagnano e Visalberghi, citando Dewey, citado por Lalanda & Abrantes, in Alarcão, 1996:44).

Malglaive (1995:74) refere que a prática “*Uma vez que se sistematiza, se reflecte, se organiza e se gere, ela ganha um lugar numa perspectiva teórica. Esta perspectiva é a da racionalização dos procedimentos da acção tornada possível pelo investimento da teoria na prática (...) sem apelo à teoria, ou em todo o caso à racionalidade, a prática está condenada à esterilidade, à tirania dos seus fins e à estagnação do eterno retorno ao idêntico.*”

A reflexão constitui-se assim como um procedimento chave para a teorização, partindo da experiência e de saberes anteriores (Vieira, 1993), que desafia os profissionais não apenas a seguirem *Habitus*“(...) *aplicações rotineiras de regras e processos já conhecidos, ainda que através de processos mentais heurísticos correctos(...)*”, mas que colocam de lado qualquer estratégia que lhes pareça mais arriscada (Bourdieu, 1980, in Dubar, 1997)“(...) *mas também a dar resposta a questões novas, problemáticas, através da invenção de novos saberes e novas técnicas produzidos no aqui e no agora que caracteriza um determinado problema*” e que como já foi dito representa o saber profissional (Schön,1983,1987, citado por Alarcão, in Alarcão, 1996:17).

É na sequência deste pensamento que Couceiro (1996:424), citando Althusser refere que a prática “ *Se não se limitar à actividade repetitiva, se não se reduzir `a uma mera*

rotina sem pensamento, ela é uma inteligência das coisas, permitindo o acesso e a elaboração de um saber plural e proteiforme, ou seja, um saber com múltiplas dimensões, de múltiplas naturezas e que muda frequentemente de forma.”.

Deste modo poderá dizer-se que “*a prática (...) é consumidora de teoria.*”, na medida em que esta última contribuindo para o conhecimento do real, possibilita agir sobre ele para o transformar, pelo que a prática também é produtora de teoria (Malglaive, 1995:72).

O saber teórico ao empenhar-se na acção “*(...) é interpelado, as suas insuficiências são postas a nu, os seus limites impiedosamente revelados.*”, ou seja é condenado à crítica permanente, que o conduz a um movimento permanente para o conhecimento científico do real (Malglaive, 1995:72).

É esta intervenção do saber teórico na prática que permitirá que este não fique “*(...) condenado ao raciocínio escolástico, ao formalismo do pensamento académico, caminhando para a esterilidade*” (Malglaive, 1995:72), sendo a experiência “*(...) a experimentação, actualização de uma teoria já existente sob a forma de um corpo de hipóteses. Esta actualização é um pôr à prova: ainda que se espere o êxito da sua experiência, o teórico não pode deixar de ter em vista o insucesso (...)*” (Malglaive, 1995:73).

Assim, “*(...) os saberes são utilizados nas práticas e valem menos pelo seu valor de verdade que pela sua pertinência nestas práticas.*”, ou seja “*um saber «científico» só é um saber se tiver um sentido para aquele que o adquire e se lhe permitir (...) resolver melhor determinados problemas*” (Malglaive, 1995:38).

Contudo, o saber teórico tem que se libertar das práticas e manter-se exterior a elas para que este conhecimento constitua um conhecimento objectivo do real, sendo neste sentido que Malglaive (1995:74) refere que “*Para sair do círculo da prática e das suas justificações, é preciso sair da prática e adoptar a démarche da teoria, pôr hipóteses (...)*”

Tendo em conta esta análise em torno da relação teoria /prática facilmente se percebe que as experiências práticas só por si, baseadas na mera execução de actos rotineiros, impulsos, sem serem associados à teoria e conseqüente racionalização do real, tornar-se-ão “*(...) em meros instrumentos de entrada no mundo da economia (...)*”(Shilling, 1988,1989, in Cabrito, 1994:21) “*(...) ao invés de se constituírem como uma ponte para*

a aprendizagem de conhecimentos e desenvolvimento de competências relevantes à inserção no mercado de trabalho(...)” em constante mudança, ao qual os *habitus* não são capazes de responder (Jamieson, 1985, in Cabrito, 1994:21).

Também Courtois (1992), citado por Amiguinho, Valente, Correia e Mandeiro (in Canário, 2003:107) compartilha desta opinião, referindo que “ (...) *nem toda a experiência permite directamente uma aprendizagem.*” pois “ *a transformação que a experiência (...) promove nos indivíduos pode bem ser o resultado de uma «repetição» ou «impregnação»* (Pain, 1990, citado por Amiguinho et al., in Canário, 2003:107) “(...) *e significar muito pouco no plano da sua formação.*” (Amiguinho et al., in Canário, 2003:107).

De salientar, que estas práticas baseadas em *habitus*, apesar de não serem capazes de responderem a situações novas e imprevisíveis, desempenham também um papel importante nas situações de trabalho, na medida em que asseguram “(...) *simultaneamente, a adesão subjectiva e a participação activa dos agentes à reprodução da posição social, provocando ao mesmo tempo a incorporação de um mundo de senso comum cuja evidência imediata se transforma em objectividade e assegura o consenso*” (Boudieu, 1980:97, in Dubar, 1997:67), constituindo-se segundo Boudieu (1980:96, in Dubar, 1997:67) como um “*processo puramente social e quase mágico de socialização*”

Deste modo, no Ensino Clínico o aluno para além de adquirir e desenvolver as competências necessárias ao exercício da profissão de Enfermagem, incorpora *habitus*, na medida em que interioriza a cultura normativa dessa profissão “(...) *um conjunto de ideias partilhadas e transmitidas, valores e critérios de prática, através dos quais os seus membros devem orientar o seu comportamento.*” (Mestrinho, in Mestrinho et al., 2000:16) ou seja o seu papel profissional, socializando-se assim com a profissão e construindo uma identidade social e profissional, processo este iniciado no período de formação escolar (Dubar, 1997).

Bireaud (1995:118) a respeito da formação alternada também refere que os seus objectivos são “(...) *aculturar os jovens ao sistema de produção, à sociedade dos adultos, com as suas normas e os seus constrangimentos*”

Abreu, in Canário (2003:153) refere que “(...) *o contacto com a comunidade insere o enfermeiro numa cultura profissional única, onde se cruzam diferentes representações*

sobre a profissão, diversas ideologias profissionais (...) “

Por sua vez, Ramos (2003:4) refere que à escola compete também “(...) *iniciar o estudante num processo de socialização que lhe permita construir o seu próprio campo de acção e de representações.*”, pois tendo em conta o conceito de representação sobre o qual nos apoiamos, o aluno ao contactar durante o período teórico e durante o Ensino Clínico com diferentes representações acerca da profissão, não se limita a reproduzir representações colectivas, mas sim a construir a sua própria representação acerca da profissão.

Por fim, Dubar (1991), citado por Ramos (2003:5) refere que na formação inicial o aluno interioriza antecipadamente uma carreira, o que se manifesta “(...) *pela incorporação de um papel profissional, ou seja, pelo assumir duma perspectiva profissional, resultado de contactos regulares e próximos com profissionais e pela adesão aos valores da prática profissional.*”

Finalizando, o Ensino Clínico por todos os aspectos referidos constitui um espaço imprescindível de socialização profissional e de desenvolvimento de competências pelo aluno, mas também pelo supervisor do local de Ensino Clínico e pelo supervisor da instituição escolar, os quais também se desenvolvem no contexto do processo supervisiivo.

Contudo, o Ensino Clínico sem teoria, assim como a teoria sem prática não produzem competências, pelo que a relação entre ambos não deve ser perspectivada de uma forma dicotómica, mas sim numa dinâmica de interacção, de complementaridade, de construção e reconstrução do conhecimento, de integração e transformação do conhecimento, que a aprendizagem pela experiência promove, sendo estes os princípios que estão na base da relação teoria/prática que defendemos neste estudo (Schön, *in* Alarcão, 1996 e Alarcão & Tavares, 2003, entre outros).

1. Parceria entre escola e local de Ensino Clínico para o desenvolvimento de competências e a socialização profissional

Analisando o processo de formação dos alunos durante o período de Ensino Clínico, verificamos que em algumas instituições de Ensino de Enfermagem a responsabilidade pela formação dos alunos neste período é ainda, tal como no início da formação em

Enfermagem, da única responsabilidade do professor da instituição escolar (Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000), caracterizando-se neste caso a colaboração escola/local de Ensino Clínico, segundo Pinto (*in* Mestrinho *et al.*, 2000:90), por “(...) *acordos tácitos, na aceitação e na `permissão` dos alunos nos serviços, atribuindo doentes/utentes aos alunos mas, no fundo, atribuindo-os aos docentes (...)*”

Subjacente a este tipo de colaboração está a primazia do “(...) *ensino teórico sobre qualquer outro tipo de saber, nomeadamente sobre o saber prático.*” e o entendimento da prática como “(...) *a aplicação linear da teoria*”(Mendes *et al.*, 2001:1), assentando no que Schön (1983, citado por Alarcão, *in* Alarcão, 1996:11) designa por racionalismo técnico “*aplicação da ciência aos problemas concretos da prática através da ciência aplicada*”

Assim, neste tipo de metodologia de formação “*é inconcebível pensar que se podia também aprender através da vivência da prática, para num segundo momento se passar á análise dos conceitos, teorias, subjacentes à acção, ou seja ao processo de conceptualização.*”, sendo que “*O vai- vêm teoria - prática estava limitado à partida, pela preponderância atribuída ao saber teórico!*” (Mendes *et al.*, 2001:1).

Segundo este método de formação em Ensino Clínico, o professor possuindo um saber essencialmente adquirido “*(...) através dos livros, (...) não investido na prática (...)*” é encarado como o detentor de todo o saber, de todas as teorias a aplicar na prática, constituindo o modelo exemplar que os alunos deverão seguir, sendo os saberes práticos dos profissionais que exercem directamente a profissão desvalorizados (Espiney, *in* Canário, 2003:173).

É na sequência deste pensamento que Mendes *et al.* (2001:1) referem que os docentes “*(...) durante os ensinamentos clínicos isolam-se, refugiam-se num mundo desinserido da dinâmica de funcionamento, dos constrangimentos e dos contextos de cuidados de saúde, pensando ensinar assim o que deveriam ser as práticas dos cuidados de enfermagem.*”, executando segundo Espiney (*in* Canário, 2003:177) “*(...) à margem da realidade social das unidades, num espaço estreito, onde a norma, e não a realidade social, se torna o eixo em torno do qual se organiza o trabalho (...)*”

Apoiando-se em normas e não na realidade social, os professores ensinavam segundo Mendes *et al.* (2001:1), cuidados desajustados da realidade “*(...) a miragem do cuidado de enfermagem.*”, ou como nos diz Miller (1985:418, *in* Silva & Silva,

s.d.:106) “(...) *a enfermagem como ela deveria ser (enfermagem ideal) (...)*”, contribuindo para que o recém-formado ao contactar com a realidade da vida profissional vivesse sentimentos de choque e de incapacidade de resolução de problemas (Mendes *et al.*, 2001).

É neste sentido, que Mendes *et al.* (2001:1) descrevem que “*Saber distinguir o que poderá ser acessório numa circunstância, dos princípios e cuidados fundamentais, foi algo que tivemos de aprender a discernir sozinhos, porque enquanto estudantes fomos sempre «convencidos» que tudo era essencial.*”, pois “*no processo de aprendizagem houve dificuldade em os docentes ajudarem a clarificar a explicitação das tomadas de decisão, bem como os critérios subjacentes ao estabelecimento de prioridades, com que diariamente os enfermeiros se deparam.*”

Deste modo, não sendo a prática, como já vimos a mera aplicação da teoria, na prática não conseguimos funcionar só com o saber teórico, sendo essencial o saber proveniente da prática, preferencialmente de uma prática reflectida, pelo que desvalorizar este último, constitui assim um dos problemas desta metodologia de formação de alunos durante o Ensino Clínico (Shön, *in* Alarcão, 1996).

Mas este não é o seu único problema, pois consistindo esta metodologia na criação de enfermarias – escola, as quais ficam a cargo de alunos e docentes (Salgueiro, 1999, *in* Silva & Silva, s.d.), questões de índole ética e legal poderão ser levantadas quando um professor, um profissional exterior à instituição, no contexto de um processo de ensino - aprendizagem presta cuidados aos doentes dessa instituição, sendo neste sentido que Pinto (*in* Mestrinho *et al.*, 2000:90) refere que neste processo espera-se que “*(...) tudo corra bem, sem atritos que de algum modo pudessem pôr a organização em causa.*”

Aliado a estes problemas, muitos outros decorrentes das mudanças ocorridas no campo do Ensino de Enfermagem nos anos 80 contribuiram para a impossibilidade de continuar a desenvolver a formação de alunos de Enfermagem em Ensino Clínico de acordo com este tipo de metodologia.

Foi nessa época que integrando-se o Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico, novas exigências curriculares se colocaram, pois era objectivo do Ensino Politécnico “*(...) proporcionar aos alunos de*

enfermagem uma formação sólida em termos técnicos e culturais e, facilitar o desenvolvimento de capacidades de inovação e análise crítica.” (Pires *et al.*, 2004:15). Contudo, a concretização deste objectivo, o desenvolvimento de capacidade crítica e de mudança só é possível como já vimos através de uma metodologia de formação que valorizando não só o saber teórico como também o prático, estabeleça uma articulação entre ambos, só possível através de “(...) *um processo que interroga e pensa a prática e a acção, promovendo o reconhecimento dos saberes em uso, espontâneos, que nela emergem, e integrando os saberes teóricos capazes de contribuir para a sua formalização e perspectivação.*” (Couceiro, 1996:424), o que não é possível através da metodologia de orientação de alunos inicialmente descrita, motivo pelo qual foi colocada nesta época em questão.

Outro factor que nessa altura levou a escola a repensar esta metodologia deveu-se ao aumento do número de admissões de alunos ao curso, o que aliado a igual número de docentes, tornou o rácio professor/aluno em algo completamente inconcebível, sendo um professor responsável por vários alunos, muitas das vezes distribuídos por locais de estágio diferentes (Alarcão & Tavares, 2003; Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000, entre outros).

Pires *et al* (2004:15), citando Carvalhal (2003) referem que “ *O Decreto – lei 166/92 de 5 de Agosto, põe definitivamente em causa a continuação das antigas metodologias de orientação de alunos em ensino clínico, ao definir o regime aplicável ao pessoal docente das Escolas Superiores de Enfermagem, nomeadamente, no que respeita ao tempo de contacto directo com os alunos.*”

Neste âmbito, Franco (2000:32) refere-se “ *à diminuição da carga horária dos docentes para a orientação dos alunos em Ensino Clínico em Enfermagem, uma vez que passaram a ter outras actividades para além desta e da leccionação de aulas.* “

Deste modo, a impossibilidade dos docentes continuarem a acompanhar todos os momentos de Ensino Clínico dos alunos, bem como a necessidade de uma formação baseada numa “(...) *análise integrada de saberes e de uma análise de experiências vividas (...)*”(Ramos, 2003:6), imprescindível para minimizar a dicotomia teoria/prática e contribuir para a formação de profissionais reflexivos, conduziu a escola nos anos 80 a procurar parte das respostas para o acompanhamento dos seus alunos em Ensino Clínico nos locais de exercício directo da profissão, passando-se a desenvolver a formação dos

alunos durante este período com base numa metodologia de parceria, num partenariado entre escola e instituições de saúde (Ramos, 2003), sendo esta a metodologia que está na base do conceito de supervisão clínica definido.

Parceria conduzindo segundo Zay (*in* Costa *et al.*, 2000:87) “ (...) a um sistema, a uma organização ou a uma acção organizada.”, traduz a ideia de diferentes entidades que trabalham para um objectivo em comum.

Remetendo para o campo em questão, poderemos afirmar que diferentes organizações, escola e instituições de saúde, cada uma das quais com objectivos e competências próprias, complementam-se, para em conjunto, contribuírem para um objectivo comum (Ramos, 2003; Santos, 1999, *in* Abreu, 2003, entre outros).

Todavia, esta colaboração deve “*assentar num projecto negociado entre os diferentes actores envolvidos, onde os objectivos e as modalidades que cada ‘tarefa’ deve assumir deverão estar completamente definidos à partida.*” (Marques, 1998:134).

Atendendo à importância da negociação em todo este processo Zay & Gonnin - Bolo (1995, citado por Zay, *in* Costa *et al.*, 2000:86) definem parceria como “*compromisso numa acção comum negociada.*”, sublinhando que “*a insistência no termo negociação supõe que se parte, não da homogeneidade ou do consenso, mas da heterogeneidade e que se reconhece a possibilidade de conflito, que não se trata negar este último, mas de construir um compromisso. Na parceria, cada um conserva os seus próprios objectivos, aceitando contribuir para um objectivo comum.*”

Todo este processo de negociação, pressupõe “*(...) uma relação de confiança entre as partes, exige assumir riscos e uma redefinição de competências relativamente ao projecto*” (Ramos, 2003:6)

Neste sentido, facilmente se percebe que este método implica um “*(...) planeamento rigoroso do ensino clínico, discussão conjunta de objectivos, de expectativas, de papéis e de responsabilidades de todos os intervenientes*”(Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000:101) e que ao ser “*(...) revisto de acordo com a evolução interna e externa do sistema*” deve ser “*(...) construído em reciprocidade sob uma perspectiva de qualidade.*” (Ramos, 2003:6).

Contudo, apesar de todo este planeamento, do estabelecimento de um compromisso, o conflito entre estas duas entidades tal como referem Zay & Gonnin- Bolo (1995, citado por Zay, *in* Costa *et al.*, 2000) mantém-se, o que segundo Santos (1986, *in* Silva &

Silva, s.d.) é determinante para se implementarem mudanças. Segundo Santos (*in* Silva & Silva, s.d.:109) “ (...) a formação que visa a vida profissional não pode ser idêntica à prática profissional, não se pode limitar a simplesmente reproduzir essa prática; deve sim estar numa relação de tensão com a prática profissional, se quiser mudar essa prática. ”, ou seja a interrogação sobre os desfasamentos entre a formação e o exercício de enfermagem introduz uma dinâmica de mudança.

Também Hesbeen (2000:136, *in* Silva & Silva, s.d.:109) refere que “ (...) não se deve procurar a todo o custo a conformidade de pensamento entre o meio clínico e docente ”, na medida em que “ *pensamentos diferentes ou discordantes participam na abertura de espírito do estudante e no alargamento dos seus pontos de vista.* ”

Neste processo de planeamento devem ainda ser explícitas as vantagens para cada uma das entidades, pois esta colaboração “(...) tem de se concretizar sob a forma de um modelo em que ambas as partes possam beneficiar e, em última análise, contribuir para o desenvolvimento da profissão”(Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000:92).

As vantagens desta metodologia para cada uma das instituições envolvidas são facilmente percebidas através dos objectivos enunciados por Campbell e outros (2001, *in* Abreu, 2003:51) relativamente a esta aproximação.

Um dos objectivos consiste em “ *Racionalizar as formas de recrutamento de pessoal: as instituições de saúde comunicariam de forma sistemática às escolas o perfil de competências que desejam. À escola caberia dar resposta a esta exigência social, num contexto de negociação com os futuros empregadores e solicitação de ajuda por parte destes.* ”

Um outro diz respeito à promoção de uma “ (...) política e práticas de formação contínua: definição de um programa conjunto de formação que mobilize temáticas relacionadas com a prática clínica e que incida igualmente sobre assuntos a montante e ajustante (...)”, devendo facilitar-se “ (...) o acesso dos parceiros em acções realizadas especificamente em cada uma das instituições (...)”.

É ainda objectivo das parcerias “*Contribuir para um desenvolvimento profissional consistente, extensivo aos estudantes, aos enfermeiros das unidades de saúde e aos docentes; inclui-se neste objectivo o apoio a actividades académicas conjuntas, publicação de trabalhos individuais e colectivos, apresentação pública de estudos integrados.* ”

Por fim, estes autores referem ainda que as parcerias visam *“Apoiar actividades de investigação: criação de um ambiente propício a acções colaborativas no domínio da investigação (...) inserção dos enfermeiros das instituições de saúde nas unidades de investigação criadas nas escolas.”*

Sintetizando, no contexto de um processo de parceria *“o apoio que os profissionais qualificados venham a conceder à formação clínica dos alunos deve ser concretizado num contexto de complementaridade (e co - responsabilidade) e nunca de substituição”* (Abreu, 2003:52), ou seja de *“(...) libertação, por parte da escola, da responsabilidade que deve ter no acompanhamento clínico.”* (Abreu, 2003:61), aspecto este que é reportado por muitos outros autores.

De referir que esta nova lógica de formação de enfermeiros através do estabelecimento de parcerias entre escola e instituições de saúde, encontra-se contemplada na legislação mais especificamente no *“ Despacho Ministerial 1/87 de 21/4/87 e reforçado no Despacho 8/90 de 28/2/90”* (Silva & Silva, s.d.:111), o qual segundo o Diário da República (nº64 de 17/03/90: 2706, citado por Silva & Silva, s.d.:111) determina que *“(...) os estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde devem prestar a maior colaboração às Escolas Superiores de Enfermagem nomeadamente: Facilitando campos de estágio de natureza e qualidade adequados à formação de novos enfermeiros.”* e *“ permitindo a colaboração do seu pessoal de enfermagem na aprendizagem prática dos estudantes, de acordo com as orientações ajustadas entre as escolas e os serviços (...)”*

O próprio regulamento geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem (Portaria nº 799- D/99, de 18 de Setembro, citado por Abreu, 2003:13) refere que *“ `O ensino clínico é assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração do pessoal de saúde qualificado”*

Esta colaboração dos enfermeiros na formação dos alunos é contemplada pela Ordem dos Enfermeiros na definição de competências do enfermeiro de cuidados gerais, pois no domínio do desenvolvimento profissional, mais concretamente no âmbito da formação contínua, refere que o enfermeiro *“ Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas”* e *“Actua como mentor/tutor eficaz.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2003:56).

Assim, “*Perante um desafio de formação que privilegia a reflexão sistemática e aprofundada sobre as práticas, é fundamental adoptar processos de supervisão orientadores da actividade, visando o desenvolvimento pessoal e profissional dos alunos, interligando a formação teórica com a prestação de cuidados, que desenvolverão junto dos utentes dos serviços de saúde.*” (Arco, 2005:22), só possível através de uma verdadeira relação de parceria entre os diferentes actores envolvidos.

Face a tudo o referido, facilmente se compreende que uma parceria entre escola e instituições de saúde contribui para minimizar a tão discutida dicotomia teoria/prática (Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000, entre outros), em que “*(...) os docentes escrevem e ensinam a enfermagem como ela deveria ser (enfermagem ideal)(...)*” e “*(...) os profissionais dos serviços praticam-na como ela é (enfermagem real)*”(Miller, 1985:418, *in* Silva & Silva, s.d.:106) e conseqüentemente diminuir o choque dos alunos e dos recém-formados com a realidade (Hughes, 1955 & Davis, 1968, *in* Dubar, 1997; Mestrinho e Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000; Ribeiro, *in* Costa *et al.*, 2000, entre outros), assim como a sua falta de preparação e de adaptação a uma profissão em constante mudança (Pinto, *in* Mestrinho, *et al.*, 2000, entre outros) , contribuindo deste modo simultaneamente para a melhoria da Qualidade da formação em Enfermagem, assim como dos cuidados de Enfermagem (Abreu, 2003; Basto, 1995, entre muitos outros).

Schmalenberg & Kramer (1976, citado por Mestrinho, *in* Mestrinho *et al.*, 2000:31) definem o choque com a realidade como a vivência por parte do estudante de “ *(...) sentimentos de desamparo, de impotência, de frustração e de insatisfação (...)*” , resultado de um “*conflito causado pela mudança de uma subcultura da escola, para uma subcultura da prática, que é diferente*” , podendo levar a processos de socialização profissional inadequados (Corwin *et al.*, 1961, Kibrick,1963 & Kramer,1976, citado por Mestrinho, *in* Mestrinho *et al.*, 2000).

Dicotomia teoria /prática, choque com a realidade e falta de preparação para uma profissão em constante mudança continuam a existir, pois a colaboração entre escolas/instituições de saúde apesar de legislada é pouco consistente (Abreu, 2003; Alarcão, 1996; Espiney, *in* Canário, 2003; Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000; Zeichner,

1993, entre outros) e resume-se somente ao apoio na formação clínica dos estudantes, apesar das inúmeras actividades consignadas nos projectos de parceria (Abreu, 2003).

Também Zimpher (1990, citado por Zeichner, 1993:68) refere que “*Dada a história da forma como as universidades utilizam as escolas (...)*”, neste caso as instituições de saúde, “*(...) com vista à pesquisa e formação de professores, retirando sempre muito mais do que aquilo que dão, as relações entre as universidades e as escolas não são, regra geral, um mar de rosas.*”

Também nós como supervisores da prática clínica corroboramos desta opinião, na prática sentimos dificuldades na colaboração escola/instituições de saúde, pois nem sempre o relacionamento entre supervisor do local de Ensino Clínico e supervisor da instituição escolar se desenvolve com base numa parceria, aspecto este que analisaremos no capítulo seguinte.

Contudo apesar das diferenças entre teoria e prática que daí possam advir, Johnson (1980); Schweer (1972); Smith (1965), entre outros (citado por Pinto, *in* Mestrinho *et al*, 2000:94) defendem que “*é incongruente pensar em duas realidades em enfermagem*” com o qual também nós concordamos, pois defendemos uma relação de interacção, de complementaridade entre teoria e prática, só possível pelo estabelecimento de “*(...) processos dialógicos de desenvolvimento profissional (...)*” entre a instituição escola e local de estágio, “*(...) assentes em modalidades participadas e indagatórias da acção profissional.*” (Moreira, *in* Vieira, Moreira, Barbosa, Paiva e Fernandes, 2006:110).

Só através de modalidades participadas e indagatórias da acção profissional entre escola e local de Ensino Clínico é que este poderá constituir-se como um espaço para que todos os participantes do processo supervisivo construam, reconstruam e actualizem as suas competências num mundo do trabalho em constante mudança, competências essas que passamos de seguida a analisar.

2. Competências a desenvolver pelo aluno na formação inicial

“A contingência e o aleatório tornam-se as certezas do mundo actual. Nada pode ser dado como garantido. Em cada dia somos colocados frente a novas situações que exigem capacidade de equacionar problemas, de encontrar alternativas, de tomar

iniciativas e decisões, seja na nossa relação com o processo de produção seja na nossa relação com os outros (...)”(Carnevale, *et al.*, 1990, in Cabrito, 1994:29) e a Enfermagem inserida num campo como o da Saúde em constante mudança não é excepção, pelo que a formação dos seus futuros profissionais não pode como já foi dito privilegiar o racionalismo técnico, defendido pelo ensino tradicional (Schön, 1983,1987, in Alarcão, 1996).

Racionalismo técnico que apoiando-se numa lógica de previsibilidade defende “(...) *que é possível encontrar na ciência e na técnica uma solução correcta para cada caso(...)*”, que “*a verdade objectiva, única, reside nos factos e dispensa a interpretação pessoal que destes fazem os sujeitos envolvidos nas situações reais*” (Schön, 1983,1987, citado por Alarcão, in Alarcão, 1996:22).

E é este que faz com que enquanto profissionais, tal como descrito anteriormente por Mendes *et al.* (2001), não sejam capazes de ver “(...) *de uma maneira criativa e com os recursos de que dispõem, a solução para os problemas*”, pois não foram preparados “(...) *para lidar com situações novas, ambíguas, confusas, para as quais nem as teorias aplicadas nem as técnicas de decisão e os raciocínios aprendidos fornecem soluções lineares.*” (Schön, 1983,1987, citado por Alarcão, in Alarcão, 1996:14)

Assim, “ *Decidir o que o indivíduo precisa saber/conhecer, contribuir para que desenvolva capacidades que lhe permitam responder às mudanças que se operam nos diversos domínios do social e às solicitações que se lhe impõem durante o seu percurso e trajectória de vida (...) têm vindo a constituir-se nos grandes desafios e preocupações dos diversos subsistemas de formação.*” (Cabrito, 1994:29).

Schön (1983,1987, citado por Alarcão, in Alarcão, 1996:11) opõe-se a esta forma de encarar o processo de ensino – aprendizagem assente num racionalismo técnico. Embora não negando a importância do ensino como ciência aplicada, “(...) *propõe uma epistemologia da prática que tenha como ponto de referência as competências que se encontram subjacentes à prática dos bons profissionais.*”

Nesta ordem de ideias, a ciência aplicada, tal como temos vindo a defender “(...) *só é válida se for combinada com a prática profissional realizada em ambientes de formação profissional prática que integrem acção e reflexão na acção, considerando estas como a fonte de conhecimentos que se geram na acção*” e que ajudam “os

formandos a desenvolver a competência necessária para operarem em situações de incerteza e de indefinição.” (Schön, 1983; 1987, citado por Alarcão, *in* Alarcão, 1996:26).

Também Alarcão & Tavares (2003:132) referem que esta “(...) *construção epistemológica se processa através de uma observação reflexiva e de um diálogo permanente com as situações reais e com os outros actores que nelas actuam e na sábia mobilização criativa de saberes de referência que possibilitam a compreensão da acção.*”

Deste modo, a formação profissional prática deverá ser acompanhada de permanentes momentos de reflexão na acção; de reflexão sobre a acção e de reflexão sobre a reflexão efectuada na e sobre a acção (Alarcão & Tavares, 2003; Schenkel, *in* Sá-Chaves, 2005; Schön, 1983,1987, *in* Alarcão, 1996, entre outros).

Reflexão na acção é aquela que o enfermeiro deverá realizar no decurso da própria acção, sem a interromper, consistindo num diálogo constante com a situação, que lhe permitirá formular e reformular o que está a fazer enquanto está a realizá-lo (Schön, 1983,1987, *in* Alarcão, 1996).

Por sua vez, posteriormente à acção, de uma forma retrospectiva, deverá reconstruir mentalmente a acção, de forma a analisá-la, o que constitui a reflexão sobre a acção (Schön, 1983,1987, *in* Alarcão, 1996).

Estes dois momentos de reflexão, constituem competências cognitivas, com um elevado valor epistémico que “(...) *tê-lo-ão ainda mais se sobre eles exercermos uma outra actividade que os ultrapassa: a reflexão sobre a reflexão na acção*”, que situando-se ao nível das competências metacognitivas, permite construir o conhecimento pela desconstrução e reconstrução, pelo que “(...) *ajuda a determinar as nossas acções futuras, a compreender futuros problemas ou a descobrir novas soluções*”, constituindo um “(...) *processo que leva o profissional a progredir no seu desenvolvimento e a construir a sua forma pessoal de conhecer*” (Schön ,1983,1987, citado por Alarcão, *in* Alarcão, 1996:17).

Assim, a metacognição, ou seja, o pensar sobre o pensar, permite ao aluno “ (...) *consciencializar-se e controlar os seus próprios processos de raciocínio.*”, “(...) *é a chave mestra do movimento do ensinar a pensar*” (Cardoso, Peixoto, Serrano e Moreira, citados por Alarcão, 1996:76), que permite “ *a interiorização de estratégias*

de auto-regulação” (Glaser, in Nisbet, 1992:22, citado por Cardoso *et al.*, in Alarcão, 1996:76).

Também Malglaive (1995:171) refere que “ *O motor fundamental da acção acompanhada pela cognição não é mais que a alternância entre actividades e meta-actividades pró-activas e retroactivas; em termos mais simples: a alternância das tentativas e dos erros exteriorizados e interiorizados da acção.*”

É nesta ordem de ideias, que também Sá- Chaves (2000:75) refere que nesta perspectiva aceita-se “(...) *que o profissional em formação possa fazer experiências, cometer erros, mas também tomar consciência deles e tentar ultrapassá-los de modo a aceder a um saber fazer que conduza à sua progressiva autonomia pedagógica. A reflexão sobre a prática (retrospectiva ou prospectiva) constitui-se, assim, como uma estratégia privilegiada para a construção e reconstrução de saberes profissionais, de atitudes e competências*”

A respeito da importância destas actividades reflexivas, Malglaive (1995:180) refere que perante as constantes mudanças que ocorrem ao nível do trabalho pode acontecer que “ *A acção que os habitus regulavam tem, agora, de ser acompanhada pela reflexão, pela cognição e pelos seus controlos. O que se sabia fazer é útil e pode ser tentado. Mas não dá o resultado esperado. É preciso, decididamente, actuar de outro modo e para isso compreender o que mudou e o que doravante funciona. Em suma, é preciso reaprender, reinventar, e isso pode fazer-se “andando”, com a condição de pôr também a “ cabeça a andar”*”, sendo que “*O que daí resultará é um saber em uso enriquecido com novos conhecimentos processuais, novos conhecimentos práticos e novos saberes - fazer e, rapidamente, com novos hábitos que durarão o tempo que durar a perenidade da situação.*”

É neste sentido que Freire (1972) encara a formação como “ *um fazer permanente (...) que se refaz constantemente na acção.*”, sendo que “ *Para se ser, tem de [se] estar sendo*” (Cardoso *et al.*, in Alarcão, 1996:84).

Assim, reformular, reconstruir a acção, actualizar e desenvolver as suas competências através de uma prática acompanhada por estes diferentes momentos de reflexão implica uma visão construtivista e situada do conhecimento (Alarcão, 1996).

Visão construtivista segundo a qual “(...) *nada, em rigor, está pronto, acabado, e de que, especificamente, o conhecimento não é dado, em nenhuma instância, como algo*

terminado “(Becker, 2004:2).

A aprendizagem segundo esta perspectiva não pode ser encarada como situada e finalizada no tempo (Nóvoa *et al.*, 1991, Pineau, 1987,1991 e Dominicé, 1991, *in* Cabrito, 1994), mas sim como uma necessidade vital que deverá acompanhar o indivíduo durante todo o seu percurso (Brown e Ashton, 1987, Raffe, 1988, *in* Cabrito, 1994), o qual se inicia na formação inicial, prolongando-se por toda a actividade profissional, através da formação contínua.

Segundo esta perspectiva “(...) *aprender (bem como ensinar) significa construir novo conhecimento, descobrir nova forma para significar algo, baseado em experiências e conhecimentos existentes*” (Becker, 2004:2), através da reflexão, e só possível se ao formando encarado como um indivíduo adulto, com experiências, saberes, e necessidades/desejos próprios (Berger, 1991 e Knowles, 1990, *in* Caetano, 2003), for atribuído um papel activo, livre, autónomo e conseqüentemente responsável por dirigir, regular a sua própria aprendizagem (Bento, 2001 e Kolb, 1984), cabendo ao supervisor como mais adiante desenvolveremos o papel de facilitador de todo este processo (Alarcão & Tavares, 2003; Le Boterf, 1995,1997; Shön, *in* Alarcão, 1996, entre outros).

A respeito dos formandos como adultos, Pain (1990:137, citado por Amiguiño *et al.*, *in* Canário, 2003:107) refere que “ *quando se trata de adultos, a passagem do interesse circunstancial ao projecto faz da intencionalidade um factor cujo peso é maior e decisivo.*”, pelo que “(...) *para potencializar formativamente a situação de trabalho, é necessário que a interacção com essa situação faça sentido para os que nela estão envolvidos.*”

Vieira (*in* Vieira *et al.*, 2006:22) defende que “*O desenvolvimento da reflexividade integra a valorização da (inter) subjectividade (...)*”, à qual está associada “(...) *a negociação de sentidos (e de linguagens) e de decisões, o que significa que o formador assume e promove uma atitude de abertura ao diálogo e que o currículo não é totalmente pré-defenido como produto a consumir.*”, pois “ *Embora a experiência e o conhecimento do formador lhe confirmam autoridade para realizar opções que julgue adequadas aos formandos, essa adequação supõe sempre, em maior ou menor grau, movimentos de reajuste, redireccionamento, ou mesmo mudança radical de intenções, em função dos interesses e necessidades gerados no processo de formação (contexto partilhado do conhecimento).*”

Assim, tendo em conta tudo o referido facilmente se compreende que a reflexão enquanto inerente a uma acção competente, constitui uma capacidade fundamental a desenvolver durante a formação inicial, através do qual o aluno aprende, ou seja, adquire e desenvolve todas as outras competências profissionais e aprende a aprender (Le Boterf, 1995,1997).

Ford (1986), citado por Cabrito (1994:36) defende que “ *Aprender a utilizar aprendizagens na construção de um itinerário formativo e desenvolver novas competências profissionais a partir da reflexão sobre as práticas, numa palavra, aprender a aprender, tornou-se, deste modo, a competência que se espera de todos os profissionais e em cada momento.*” e que segundo Cabrito (1994.36) “(...) surge como o fundamento (...) do desenvolvimento de competências profissionais que integram, para além dos saberes e dos saberes- fazer, o saber ser, o saber- estar, o saber aprender e o fazer-saber adiantados por Le Boterf (1989).”

Aprender a aprender através de uma prática reflectida (Alarcão, 1996; Alarcão, in Alarcão, 2000; Alarcão & Tavares, 2003 e Le Boterf, 1995,1997) permitirá ao aluno quando profissional, “(...) quando a hetero-supervisão se transformar em auto - supervisão.” (Alarcão & Tavares, 2003:36), continuar a desenvolver-se pessoal e profissionalmente, actualizar todas as suas competências profissionais, através de processos de auto-avaliação, auto-reflexão e conseqüentemente construção activa de novas aprendizagens, traduzida por uma prática profissional sempre competente.

É neste sentido, que Sá- Chaves & Amaral, in Alarcão (2000:85) se referem à auto-supervisão como uma “(...) prática tão corrente e tão enriquecedora de si e dos outros que o eu solitário se tornará decerto num big, big, big eu solidário.”

Também Abreu (2003:22) reconhece a importância desta competência, descrevendo que “ *Aos novos profissionais já não é só exigido o tradicional conjunto de saberes e de competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos.*”, mas sim “(...) a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e de trabalhar os fundamentos da mesma, tornando-os mais sólidos e consistentes; solicita-se a abertura para a aprendizagem ao longo da vida, a motivação para a auto-avaliação e a formulação de contributos para as ciências de enfermagem.”

A formação é assim “(...) um trabalho de cada um consigo mesmo e uma «preparação para viver»”(Ferry,1987, in Abreu, 2003:21).

Debling (1991, citado por Cabrito, 1994:32) a respeito do desenvolvimento desta competência refere que *“Se a formação profissional não prepara os jovens para futuras aprendizagens de suporte experiencial, para serem protagonistas do seu itinerário individual e social, para aprenderem a aprender, essa formação é limitada e reducionista, inibidora do desenvolvimento integral do jovem”*, ao longo de toda a sua actividade profissional.

Desenvolvimento ao longo de toda a actividade profissional, na medida em esta competência contribuirá para *“(…) quebrar o acto de rotina, possibilitar a análise de opções múltiplas para cada situação e reforçar a sua autonomia face ao pensamento dominante de uma dada realidade.”* (Cardoso et al., in Alarcão, 1996:82).

Aliás, Malglaive (1995:170) refere *“(…) não são os aprendizes que nos preocupam. São os adultos capazes de agir nos domínios práticos onde são competentes porque são treinados para as acções que executam. Ora, parece-nos possível fazer com eles o caminho inverso: pôr de novo em jogo interpretações que incidam sobre os seus actos e já não sobre as instruções recebidas, para basear nelas a compreensão das razões da sua própria competência.”*

É tendo em conta todos estes aspectos que Alarcão & Tavares (2003:72) apontam como capacidades e atitudes a desenvolver pelo aluno o *“Espírito de autoformação e desenvolvimento”*; *“ Capacidade de identificar, aprofundar, mobilizar e integrar os conhecimentos subjacentes ao exercício da docência.”*; *“ Capacidade de resolver problemas e tomar decisões esclarecidas e acertadas.”*; *“ Capacidade de experimentar e inovar numa dialéctica entre a prática e a teoria.”*; *“ Capacidade de reflectir e fazer críticas a autocríticas de modo construtivo.”*; *“ Consciência da responsabilidade que coube ao professor no sucesso, ou no insucesso, dos seus alunos”*; *“ Entusiasmo pela profissão que exerce e empenhamento nas tarefas inerentes”* e *“ Capacidade de trabalhar com os outros elementos envolvidos no processo educativo.”*

Por sua vez, Estrela (2002:26) descrevendo o acto pedagógico como *“(…) uma construção constante do professor, com os alunos, a partir da análise que ele faz do real.”*, defende uma formação inicial que aposte *“(…) em competências e atitudes básicas de sobrevivência do professor nesta sociedade de informação, as mesmas que ele deverá suscitar nos seus alunos: capacidade de procurar, seleccionar, organizar e criticar a informação proveniente de diversas fontes; atitude investigativa e crítica face ao real; atitude de flexibilidade que garanta a adaptação a situações novas; atitude de*

abertura e respeito face à diversidade (...)”

E a respeito dos métodos a utilizar durante a formação inicial para o desenvolvimento desta autonomia, Cardoso *et al.* (in Alarcão, 1996:66, citando Rocha, 1988:65) defendem que o aluno deveria “ *ser colocado em situações de experiência directa (...) enfrentar problemas autênticos como estímulo para o seu pensamento; procurar descobrir, por si próprio, a solução dos problemas e esforçar-se por ordenar correctamente, em seu espírito, as conclusões a que chegasse*”

É neste sentido, que Cardoso *et al.*, citando Novais & Cruz (1989:71, in Alarcão, 1996:77) referem que este método, de resolução de problemas, permite desenvolver no aluno capacidades cognitivas, pois “ *se o aluno conhecer /identificar os processos que utiliza durante a resolução de problemas, poderá controlar esses processos, aplicá-los em outras ocasiões e avaliar a sua eficácia.*”.

E este método só atingirá o seu grande objectivo, se se fizer acompanhar de estratégias reflexivas, como “ *(...) as perguntas pedagógicas, as narrativas, a análise de casos, a observação de aulas, o trabalho de projecto, a investigação acção.*” (Amaral, Moreira & Ribeiro, in Alarcão, 1996:102).

E a importância desta capacidade de reflexão no agir profissional é também reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros (2003:53), que se refere às competências de um enfermeiro para o exercício de cuidados gerais como “ *(...) um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*”, devendo estas manifestar-se em diversos domínios, os quais explicita através da figura que a seguir se apresenta.

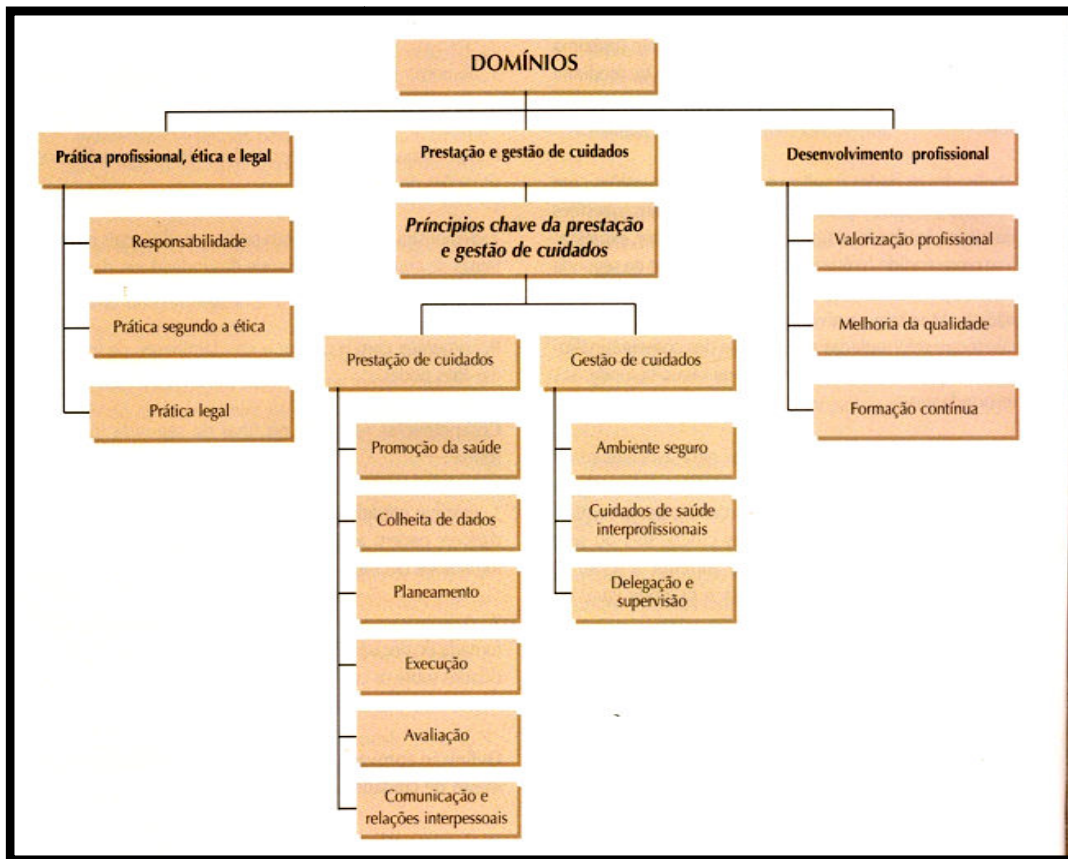


Figura 1: Competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2003:54)

Também Le Boterf (1995,1997), como já se viu, ao conceptualizar competência refere-se à reflexão como inerente ao agir profissional, o que é visível na descrição que faz das características a apresentar por um profissional, características essas que apresenta num pequeno quadro resumo, o qual apresentamos por pensarmos que elucida alguns dos aspectos que temos vindo a desenvolver.

<p><i>“O profissional: é aquele que sabe gerir uma situação profissional complexa”</i></p>	<p><i>“saber agir e reagir com pertinência”</i></p>	<p><i>“saber o que fazer”;</i> <i>“saber ir para além do prescrito”;</i> <i>“saber decidir na urgência”;</i> <i>“saber ajuizar, negociar, resolver”;</i></p>
--	---	---

		<i>“saber encadear as acções segundo uma finalidade.”</i>
	<i>“saber combinar os recursos e mobilizá-los num contexto”</i>	<i>“ saber construir as competências a partir dos recursos”;</i> <i>“ saber tirar partido não somente dos seus recursos incorporados (saber, saber fazer, qualidades (...)) mas também dos recursos do seu ambiente.”</i>
	<i>“saber transpor”</i>	<i>“saber memorizar múltiplas situações e soluções tipo”,</i> <i>“ saber recuar, funcionar ` em dupla pista ”;</i> <i>“ saber utilizar os seus meta-conhecimentos (...);”</i> <i>“ saber determinar e interpretar os indicadores de contexto”;</i> <i>“ saber criar as condições de transposição com ajuda de esquemas transferíveis.”</i>
	<i>“saber aprender e aprender a aprender”</i>	<i>“saber tirar lições da experiência; saber transformar suas acções em experiência”,</i> <i>“ saber descrever de que maneira aprende;”</i> <i>“ saber funcionar em torno de uma dupla</i>

		<i>aprendizagem</i>
	<i>“saber empenhar-se”</i>	<i>“saber empenhar sua subjectividade”;</i> <i>“saber correr riscos”;</i> <i>“saber empreender”;</i> <i>- “ética profissional”.</i>

Quadro 1: Competências profissionais segundo Le Boterf (Le Boterf, 1997:93)

Parte integrante da competência profissional é, como já vimos, uma prática reflectida, só possível na presença de uma multiplicidade de recursos que Le Boterf (1995,1997) denomina de saberes; saberes- fazer e atitudes ou qualidades, os quais de seguida desenvolveremos por defendermos que são estes que devem estar presentes no agir de um profissional de Enfermagem em todos os domínios já mencionados.

Neste sentido, no campo dos saberes este autor especifica três tipos: os saberes teóricos, os saberes práticos e os processuais.

Os saberes teóricos são aqueles que adquiridos através da educação formal, formação inicial e contínua servem para compreender “(...) *um fenómeno, um objecto, uma situação, uma organização, um processo.*”, permitindo descrevê-lo e explicá-lo (Le Boterf, 1997:99).

Coincidente com esta definição é a concepção de Malglaive (1995:87), na medida em que descreve este tipo de saber como aquele que permite “(...) *conhecer o objecto e as suas modalidades de transformação, a máquina e as razões do seu funcionamento (...)*” São compostos por “ *um saber que (...)* em vez de *um saber como (...)*” (Le Boterf, 1997:99), “ (...) *dizem o que é (...)*” (Malglaive, 1995:88), ou seja comportam “(...) *processos em vez de procedimentos*” (Le Boterf, 1997: 99), pelo que são definidos por este último autor como “(...) *saberes de inteligibilidade.*”

Assim sendo, facilmente se compreende que este tipo de saberes contribui, tal como já foi dito no início deste capítulo, não só para orientar a acção, mas também para facilitar a construção de representações operatórias, assim como a formulação de hipóteses (Le Boterf, 1997), pois a relação que estabelecem com a prática é como temos vindo a defender ao longo deste trabalho, de intervenção e não de aplicação (Malglaive, 1995).

Por sua vez, os saberes práticos tal como os anteriores são declarativos, porém são adquiridos através da formação contínua e experiência profissional.

Segundo Malglaive (1995:87) que também os designa como “ *saberes em uso*” são aqueles que estão “(...) *directamente ligados à acção e ao seu desenvolvimento, dando do real um conhecimento contingente mas frequentemente eficaz para a operacionalidade do acto (...)*”

Eficaz para a operacionalidade do acto, pois possibilita conhecer os objectos, métodos e as técnicas no contexto em que se inserem, permite ao profissional “(...) *ajustar as decisões a tomar ou as actividades a realizar, de antecipar as reacções dos dispositivos e das pessoas.*” desse mesmo contexto, adaptando-se (Le Boterf, 1997:102).

E a relação que estes estabelecem com os anteriores deve ser, como temos vindo a defender, de inter-relação.

Ainda no campo dos saberes, Le Boterf (1997) refere-se aos processuais, os quais são adquiridos através da educação formal, formação inicial e contínua e se manifestam de forma declarativa e procedimental.

Referem-se “(...) *aos modos de fazer, às modalidades de organização dos procedimentos, às maneiras como funcionam (...)*”(Malglaive, 1995:87), sendo a sua formulação efectuada em função de uma determinada acção a realizar.

É este último aspecto que os diferencia dos saberes teóricos, os quais se exprimem de uma forma independente da acção que pode vir a utilizá-los (Le Boterf, 1997).

No sentido de explicitar tal diferenciação, Le Boterf (1997:103) refere que é a distinção entre saber “ *como se marcha*” e saber “ *como fazer a marcha.*”

Saberes distintos mas inter - relacionados pois segundo Malglaive (1995) a qualidade dos saberes teóricos permite o sucesso dos saberes processuais e os insucessos destes a reconsideração dos saberes teóricos.

Analisados os saberes, debruçemo-nos agora sobre os saberes fazer ou capacidades operacionais, dentro dos quais Le Boterf (1997) especifica o saber- fazer formalizado; saber -fazer empírico, saber- fazer relacional e o saber fazer cognitivo.

Os saberes fazer formalizados são adquiridos através da experiência profissional e manifestam-se de forma procedimental, são constituintes dos passos, dos métodos, dos instrumentos que o profissional controla na aplicação prática (Le Boterf, 1997).

Estes saberes não visam saber descrever a forma de executar um procedimento, mas saber executá-lo, ou seja não são saberes processuais, mas saberes fazer - processuais (Le Boterf, 1997).

Os saberes fazer empíricos ou experienciais são saberes também adquiridos através da experiência profissional e que se manifestam de forma procedimental, compreendendo “(...) as lições tiradas da experiência prática”; “(...) o talento do artista, o conhecimento tácito.” (Le Boterf, 1997:106), sendo “(...) muitas vezes indispensáveis à boa utilização dos conhecimentos processuais (...)” (Le Boterf, 1997:113).

É um “ *saber não escolarizável (...)*”, em que “(...) o sujeito aprende pela *impregnação lenta e progressiva num trabalho.*” (Le Boterf, 1997:108).

Schön (in Alarcão, 1996:16) refere-se a este como “*o conhecimento na acção*”, “(...) *o conhecimento que os profissionais demonstram na execução da acção (...)*”, “(...) *Know – how inteligente (...)*”, ou como refere Le Boterf (1997:115) “(...) *Knowing- in- action (...)*” e que segundo Schön (citado por Alarcão, in Alarcão, 1996:16) se manifesta “(...) *na espontaneidade com que a acção é bem desempenhada.*”, sendo segundo Le Boterf (1997) dificilmente exprimíveis e formalizáveis pelos profissionais. Apesar desta dificuldade em o profissional falar deste conhecimento Schön (citado por Alarcão, in Alarcão, 1996:16) defende que “(...) *se necessário, ele consegue descrevê-lo, consegue encontrar uma linguagem para falar dele.*”, o que implica uma atitude de auto-observação, auto-reflexão que poderá como já se disse ocorrer em diferentes momentos da acção.

Dessa atitude reflexiva resulta o que Schön (in Le Boterf, 1997:115) designa de “(...) *Knowing- on- action.*”

Ainda a respeito deste tipo de conhecimento Le Boterf (1997:114) sublinha a sua fraca transferibilidade, pois provindo “(...) *da resolução de problemas profissionais singulares, é limitado a situações particulares e não pode ser generalizável.*”

É na sequência deste pensamento que este autor defende que estes saberes funcionam mais em termos de “*saber e fazer*” “*que de saber fazer*”(Le Boterf,1997:114).

O saber fazer relacional é adquirido na diversidade de experiências que o profissional tem não só no decurso da sua vida profissional como também pessoal, encontra-se fortemente incorporado na personalidade, constituindo parte integrante do que Bourdieu define por *habitus* (Le Boterf, 1997).

Este tipo de saberes contribui para a socialização profissional dos sujeitos, permitindo-lhes saber comportar-se num contexto social particular (Le Boterf, 1997).

E como parte integrante desta categoria de saber estão segundo Le Boterf (1997) um conjunto de capacidades que permitem a cooperação eficaz com os outros, como a capacidade de escuta, de negociação, de trabalho em equipa e de comunicação.

Dentro dos saber fazer, os saber fazer cognitivos adquiridos através da formação inicial e contínua, da análise da experiência social e profissional “ (...) *correspondem às operações intelectuais necessárias à formulação, à análise e à resolução de problemas, à concepção e à realização de projectos, à tomada de decisão, à criação ou à invenção.*” (Le Boterf, 1997:120).

Por fim as atitudes ou qualidades pessoais, embora difíceis de exprimir e descrever, são recursos que não devem ser negligenciados na competência de um profissional (Le Boterf, 1997).

Le Boterf (1997:133) dá exemplo de alguns desses recursos como o “ (...) *rigor, força de convicção, curiosidade de espírito, reactividade (...)*”

Em jeito de conclusão e tendo em conta todos os aspectos analisados neste subcapítulo apercebemo-nos que a formação inicial deve contribuir para a aquisição e desenvolvimento de todos estes tipos de saberes enunciados por Le Boterf (1997), os quais se encontram estreitamente inter-relacionados, dando ele primazia ao desenvolvimento de capacidades reflexivas.

Assim, “ *A importância de processos formativos que desenvolvam capacidades de resolução de problemas e de pensamento crítico, de aprender a aprender, de iniciativa, de comunicação, de cooperação e de responsabilidade, de selecção e de decisão, de organização individual do trabalho e de trabalho em equipa surge, assim, como o pêndulo que matrícia competências e níveis de consecução que os sistemas educativos/formativos são chamados a proporcionar.*” (Cabrito, 1994:34) logo aquando a formação inicial, de modo a que esta constitua o início de um percurso de formação, que se deverá prolongar por toda a vida do formando.

E o desenvolvimento destas capacidades durante o período de Ensino Clínico, que segundo Shön não podem ser ensinadas mas treinadas (Alarcão, 1996), através de modelos de formação profissional reflexivos, depende de uma multiplicidade de

factores, um dos quais a supervisão assegurada pelo supervisor, aspecto este que de seguida desenvolveremos.

Capítulo III

Os supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar e a sua importância para o desenvolvimento de competências dos estudantes

A aprendizagem entendida como “(...) *uma construção pessoal resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se manifesta por uma modificação de comportamento relativamente estável.*” (Alarcão, 1996, *in* Ferreira s.d. a.:150), não ocorre de forma igual em todos os formandos, na medida em que uma série de condições quer internas quer externas ao formando se colocam, influenciando-o (Malglaive, 1995).

É nesta linha de pensamento que Abreu (2003:9) refere “ *A aprendizagem em contexto clínico é uma actividade que, sendo cognitiva, é mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica, que implicam mudanças a nível do comportamento observável, auto-conhecimento e definição de uma «estratégia pessoal» de processar a informação (...)*”

Ferreira (s.d. a.), centrando-se sobre a aprendizagem dos estudantes de Enfermagem, referencia uma série desses factores: a estrutura cognitiva do aluno; personalidade; factores motivacionais; factores sociais e interpessoais. Albuquerque *et al.* (2005) apontam ainda como factores a sua preparação anterior e as características do meio onde se vai inserir e tomar parte.

Um outro factor bastante apontado por vários autores (Abreu, 2003; Alarcão, 1996; Alarcão & Tavares, 2003; Albuquerque *et al.*, 2005; Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001; Vieira, 1993; Zeichner, 1993, entre muitos outros) é a qualidade da supervisão assegurada durante este período, que aliás é encarada por muitos como o factor mais determinante da qualidade da experiência de estágio (Copas, 1984, Duquette, 1994, Galvão, 1996 e Toohey *et al.*, 1996, citados por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001).

Pires *et al.* (2004:16) referem que “ *A qualidade da supervisão disponibilizada aos alunos é fundamental no processo de construção do seu conhecimento pessoal e profissional, no desenvolvimento das capacidades crítico - reflexivas e na consolidação da identidade profissional.*”

Qualidade de supervisão em estágio que segundo Oliveira (1992, *in* Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001:228) depende de uma multiplicidade de aspectos, uns “(...) mais «estruturais», ligados à forma como se encontra organizada a supervisão (duração, número de alunos por supervisor, estilo de supervisor...), a dimensões mais pessoais e relacionais, reportadas, por exemplo, às características pessoais do supervisor e do formando, à relação que se estabelece entre ambos, ao «clima» da supervisão, aos processos de grupo, etc”

Desta multiplicidade de variáveis, Copas (1984, *in* Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001:229) aponta “a `qualidade` do supervisor com quem o aluno estagiou como um determinante do valor da experiência de estágio.”, sendo “(...) um dos principais responsáveis pela gestação de um profissional ainda em embrião, podendo o seu impacto estender-se por todo o percurso profissional e pessoal do indivíduo em formação”(Sprinthall & Sprinthall,1992 e Simões, 1995, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001:228).

Abreu (2003:38) refere que “O acompanhamento do aluno pelo docente ou pelo tutor minimiza a possibilidade de se sedimentarem erros e falsos sentimentos de segurança, que podem ter consequências graves se ocorrerem em estádios iniciais de formação.”

Mas a importância deste elemento no processo de supervisão não é só reconhecida por vários autores (Abreu, 2003; Alarcão, 1996; Alarcão & Tavares, 2003; Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001; Reid, 1994; Vieira, 1993; Zeichner,1993, entre muitos outros), mas também pelos próprios alunos, que se referem a este como “(...) tendo um papel determinante em termos do desenvolvimento das suas competências, conhecimentos e atitudes(...) ao longo de todo o estágio” (Rodriguez, 1993, Duquette, 1994 e Galvão, 1996, citados por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001:229), motivo pelo qual optámos, tal como já foi referido, por centrar esta investigação na variável supervisor, embora não esquecendo a influência de outros factores em todo o processo supervisivo.

Neste sentido, no contexto de uma relação de parceria, a qualidade da supervisão assegurada quer pelo supervisor da instituição escolar/docente, quer pelo supervisor do local de Ensino Clínico são fundamentais no desenvolvimento de competências pelo aluno (Ramos, 2003), contudo é este último aquele com quem “(...) o aluno passa grande parte do seu tempo e faz os seus primeiros `ensaios` no mundo real.” (Galvão, 1996, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001:233), aquele que o aluno

vê sistematicamente a prestar cuidados, pelo que é este e não o docente o principal modelo para os alunos (Basto, 1995), sendo apontado pelos estagiários em vários estudos “(...) *como uma figura ainda mais importante que a do próprio supervisor da faculdade.*” (Albuquerque *et al.*, 2005:40).

Muitos outros autores são desta opinião, como por exemplo McCarthy (1987, *in* Silva & Silva, s.d.:112) que defende que “(...) *os enfermeiros de cuidados de cabeceira têm normalmente mais influência nos estudantes quando aprendem a sua profissão, do que a que é fornecida pelos professores.*”

Este aspecto é reportado pelos alunos, pois no estudo realizado por Belo (2003:131) os alunos referem que “(...) *são os enfermeiros cooperantes que lhes ensinam a prática e que mais tempo estão junto deles*”, pelo que se inclinam a que sejam estes os responsáveis por todo o processo de supervisão.

“Quanto aos docentes, a única vantagem que pensam ser positiva, para que fossem estes os responsáveis da supervisão em ensinamentos clínicos, é apenas o facto de terem os conhecimentos teóricos mais presentes.” (Belo, 2003:131).

E a importância atribuída a estes últimos é também variável em função da fase do estágio. Graça, Curado e Gomes (*in* Costa *et al.*, 2000:201) relatam que quanto ao acompanhamento por parte dos docentes, os alunos referiram “(...) *que o seu acompanhamento permanente durante a primeira semana da prática clínica (integração) foi muito útil como elemento de ligação Escola/Hospital. Posteriormente a sua presença, não constante, favoreceu a autonomia e a autoconfiança, pelo facto de «não se sentirem pressionados e observados como em experiências anteriores», assim como aumentou a sua responsabilidade na aprendizagem.*”

Foi dito que os supervisores são encarados como modelos, o que não deve ser sinónimo de aprendizagem por imitação, de uma atitude passiva e acrítica da parte do formando, embora segundo variados autores tal aconteça (Alarcão & Tavares, 2003; Schön, *in* Alarcão, 1996; Zeichner, 1993, entre outros).

Bento (1997, citado por Bento & Sousa, *in* Costa *et al.*, 2000:170) defendem que os alunos “(...) *aprendem essencialmente por imitação, no quadro de modelos de racionalidade técnica e fazendo face a diferentes concepções perfilhadas pelos seus professores e/ou enfermeiros com quem contactam.*”

Nesta linha de pensamento, Calderhead (1988, citado por Albuquerque *et al.*, 2005: 46) explica que os alunos de forma a agradar os supervisores, na medida em que são estes que os avaliam, tendem a adaptar-se/conformar-se com as práticas destes “(...) *por intermédio do «efeito do espelho», no seio do qual transpõem directamente, nas suas próprias práticas, os modelos muitas vezes idealizados que veiculam os orientadores*” Zeichner & Tabachnik (1981, *in* Albuquerque *et al.*, 2005: 46) defendem que os alunos ao imitarem os supervisores “ *reduzem-se (...) a uma estratégia de salvaguarda, estruturada em torno de atitudes conservadoras, de práticas pouco inovadoras inibindo, portanto, a sua própria criatividade*”, aprendendo assim apenas o saber fazer e não o saber agir que caracteriza uma acção competente.

Deste modo, tendo por base as reflexões efectuadas ao longo desta investigação em torno do conceito de competência, parece-nos inadequada esta reprodução acrítica das práticas do supervisor, defendendo tal como Alarcão & Tavares (2003); Le Boterf (1997); Schön, *in* Alarcão (1996); Reid (1994); Zeichner (1993), entre muitos outros, que o aluno, adopte uma atitude de permanente reflexão, de interrogação/confrontação de cada um desses modelos, assim como das diferenças que segundo Santos (1986) & Hesbeen (2000), *in* Silva & Silva (s.d.) muitas vezes se verificam entre os modelos “supervisor da instituição escolar/docente” e “supervisor do local de Ensino Clínico”, essencial para se desenvolverem competências e se efectuarem mudanças.

Contrariando este pensamento Schön (citado por Alarcão, *in* Alarcão, 1996:18) defende que “ (...) *a imitação é também um processo construtivo visto que, na sua perspectiva, a actuação do formador é interpretada ou conceptualizada pelo formando que a interioriza como sua, dependendo a qualidade do produto da imitação da capacidade de reflexão que este exerce sobre a actuação do formador.*”

No decurso desta reflexão o aluno deverá ser acompanhado pelo supervisor, o qual deverá focar a sua atenção não apenas no produto, mas no processo de aprendizagem, no desenvolvimento e gestão da reflexão (Alarcão & Tavares, 2003; Schön e Dewey, *in* Alarcão, 1996; Reid, 1994 e Zeichner, 1993), motivo pelo qual concordamos com Peutz (1998, citado por Reid, 1994) quando defende que o *mentor* é mais do que um modelo. Assim, o supervisor do local de Ensino Clínico e o supervisor da instituição escolar, responsáveis pelo processo de supervisão durante este período, deverão no decurso desta prática adoptar papéis que permitam desenvolver no aluno a capacidade de

reflectir sobre as práticas, sobre as dificuldades e sentimentos vividos, para os quais se torna imprescindível, como mais adiante veremos, possuir uma série de competências para além das necessárias ao exercício da profissão de enfermagem (Alarcão, 1996 e Alarcão & Tavares, 2003).

Contudo, manifestando-se e desenvolvendo-se uma competência no decurso de uma acção, compreender as competências de um supervisor de Ensino Clínico não é possível sem analisar as responsabilidades e funções inerentes ao papel de supervisor, motivo pelo qual nos reportamos primeiramente a este, para só depois passar à análise das competências necessárias num supervisor.

De notar, que embora esta investigação se centre sobre o supervisor do local de Ensino Clínico, optámos por abordar também o supervisor da instituição escolar/docente, na medida em que a supervisão é aqui entendida num contexto de parceria entre estes dois actores.

1. Papel dos supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar no processo de supervisão

O papel de cada um destes actores na supervisão de alunos em Ensino Clínico, desenvolvido com base numa relação de parceria, encontra-se ainda indefinido, o que segundo Simões (2004:75), se deve à “(...) *falta de uma abordagem que confronte as atribuições de uns e outros, de forma complementar*”, aspecto este que também nós constatámos, pois a literatura sobre supervisão (Alarcão, 1996; Alarcão & Tavares, 2003; Reid, 1994 e Sá-Chaves, 2000) centra-se essencialmente sobre o papel a desempenhar pela figura do supervisor do local de Ensino Clínico e não no da instituição escolar/docente.

Contudo, visando um mesmo objectivo defendemos que as funções, acções, actividades, definidas pelos diferentes autores para o supervisor do local de Ensino Clínico se aplicam também ao da instituição escolar/docente, diferindo em termos da participação que detêm em cada uma destas actividades.

Participações diferentes, pois o tempo de contacto de cada um destes elementos com o aluno durante este período, assim como os conhecimentos que detêm também o são diferentes.

O supervisor do local de Ensino Clínico, exercendo diariamente a profissão de Enfermagem é, como já vimos, o elemento que passa mais tempo com o aluno e que está mais preparado para ensinar o saber prático (Mendes *et al.*, 2001), pois o “(...) acumular sucessivo de experiências, as análises que faz com os colegas, ajudam cada enfermeiro a construir uma filosofia de cuidados e de acção que não está em nenhum livro” (Martin, 1991, in Mendes *et al.*, 2001:2).

Silva & Silva (s.d.:112) referem também que “*O professor de enfermagem passa por vários serviços e não pode ser um expert em cada uma das especialidades e o pessoal especializado que trabalha nos diversos serviços pode ajudar a que o aluno melhore os seus conhecimentos e experiências anteriores*”

Para além deste aspecto, os professores pela sua grande maioria não exercer a profissão de enfermagem (Espiney, in Canário, 2003, entre muitos outros), aspecto este que na nossa opinião tem vindo progressivamente a mudar (no decurso da nossa prática como supervisores do local de Ensino Clínico contactamos já com alguns docentes que continuam a exercer a prática de cuidados) e por não irem regularmente aos locais de Ensino Clínico (Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.*, 2001, entre outros), têm pouco contacto com a área clínica, pelo que segundo Mendes *et al.* (2001) se encontram mais apetrechados para ensinar o saber teórico.

A respeito da frequência com que os supervisores da instituição escolar vão ao local de Ensino Clínico, Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.* (2001:234) referem que “*As visitas frequentes à instituição por parte do supervisor da instituição, muito embora desejáveis, fazem apenas parte de uma pequena minoria dos estágios e surgem habitualmente associadas a situações de maior dificuldade, estejam estas relacionadas com alguma insatisfação ou alguns conflitos com o supervisor da instituição ou, mesmo, com a própria instituição.*”

Esta diminuição do tempo de permanência dos supervisores da instituição escolar no local de Ensino Clínico relaciona-se segundo variadíssimos autores, tais como Abreu (2003); Alarcão & Tavares (2003); Zeichner (1993) entre outros, com o facto de que a supervisão de alunos em Ensino Clínico nem sempre é contabilizada como serviço

docente, e não possui o mesmo estatuto que outras tarefas previstas nos estatutos das carreiras docentes, o que conduz segundo Alarcão & Tavares (2003:80) a que estas actividades sejam “(...) *sacrificadas em detrimento de outras (...)*”, como as questões organizacionais e a formação teórica que segundo Abreu (2003) centralizam os investimentos docentes.

E esta diminuição do tempo de contacto dos supervisores da instituição escolar com os alunos é sentida pelos próprios alunos que explicam pelo facto “(...) *dos docentes serem poucos para tantos alunos e simultaneamente desenvolverem outras actividades.*” (Belo, 2003:163).

Supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar possuem assim diferentes participações nas acções a realizar em todo este processo e conseqüentemente diferentes responsabilidades, as quais Abreu especifica (2003).

Assim, segundo este autor (2003:53) o supervisor do local de Ensino Clínico é responsável por:

- *“Aceitar constituir-se como «modelo» para o aluno, colaborando com este e com o docente em todo o processo de aprendizagem”;*
- *“Facultar uma integração humana e cientificamente consistente dos alunos no local de trabalho”;*
- *“Mediar a relação entre os alunos e os profissionais, bem como entre os alunos e os docentes”;*
- *“Informar-se sobre o estágio e os adquiridos anteriores de formação dos alunos”;*
- *“Mobilizar os recursos locais no sentido da aprendizagem dos alunos”;*
- *“Respeitar as normas e regras em vigor no serviço”;*
- *“Concretizar o plano de tutoria, contribuindo para a prossecução dos objectivos operacionais”;*
- *“Assegurar-se da pertinência e adequação das experiências facultadas aos alunos”;*
- *“Proporcionar aos alunos experiências de aprendizagem e momentos consistentes de formação”;*
- *“Estar disponível para ouvir, apoiar ou ajudar os alunos”;*
- *“Facultar informação objectiva sobre o progresso dos alunos, tendo em vista a sua avaliação e aprendizagens futuras;*
- *“Utilizar o docente como recurso para o seu desempenho enquanto formador”.*

Por sua vez, o supervisor da instituição escolar é responsável por:

- *“Responsabilidade global pelo estágio dos alunos”;*
- *“Apoio e trabalho com os tutores”;*
- *“Manter uma relação pedagógica com os alunos, acompanhando e mediando aprendizagens”;*
- *“ Colaborar em actividades de formação ou de investigação na unidade de cuidados”;*
- *“ Conhecer e fazer respeitar as normas em vigor na área da qualidade”;*
- *“Trabalhar com os alunos os objectivos da aprendizagem e a relação da formação clínica com a ministrada em sala de aula”;*
- *“Aprovar os objectivos operacionais elaborados para as experiências clínicas”;*
- *“Manter reuniões conjuntas com os alunos e tutores, com o objectivo de avaliar os progressos da aprendizagem”;*
- *“Constituir-se como recurso para os alunos e para os tutores”;*
- *“ Avaliar, em permanência, a adequação entre as experiências de aprendizagem e o currículo global;*
- *“Proceder à avaliação global das experiências clínicas, respeitando a realizada pelos tutores”;*
- *“Avaliar as experiências de tutoria.” (Abreu, 2003:53)*

Um outro autor, Ramos (2003:7), reporta-se de uma forma sucinta às responsabilidades destes dois actores, defendendo que ao preceptor, designado aqui por supervisor do local de Ensino Clínico cabe *“(…) o acompanhamento pessoal e a orientação do formando no que se refere ao domínio cognitivo, relacional, técnico e comportamental.”* e *“Ao docente, a integração e avaliação de aspectos de ordem académica e comportamental, nomeadamente a orientação dos formandos na discussão de problemáticas decorrentes dos cuidados aos utentes com uma abordagem sistémica, para além da coordenação de toda a experiência”*

Também os alunos têm diferentes expectativas relativamente ao papel a desempenhar por cada um destes elementos no processo supervisory (Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001).

Do supervisor do local de Ensino Clínico os alunos esperam que seja “*Um modelo a seguir ou alguém cuja competência a Universidade havia creditado (...)*”(Cole & Knowles, 1993, citado por Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.*, 2001:229), o qual para além de se encarregar pela sua integração no local de Ensino Clínico, lhe deverá ensinar “*(...) `as artes´ e `manhas´ do ofício.*”(Lacey, 1977, Duquette, 1994 e Serpa, 1997, citados por Caires & Almeida, in Gonçalves, *et al.*, 2001:229).

Por sua vez, “*(...) as expectativas (...) relativamente à figura do supervisor da Universidade prendem-se mais com a disponibilidade para esclarecer algumas dúvidas, o apoio na preparação de determinadas temáticas ou a cedência/sugestão de alguns materiais e bibliografia relevantes para a sua actividade de estágio*” (Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.*, 2001:233).

Deste modo, somos da opinião que a diferença de papel entre o supervisor do local de Ensino Clínico e entre o supervisor da instituição escolar resulta das diferentes responsabilidades de cada um destes elementos nas diversas acções/actividades a desenvolver, mas também das diferentes expectativas alimentadas pelos alunos em relação a estes, pois “*O papel de cada um resulta normalmente daquilo que os outros esperam dele.*”(Ferreira s.d. a :157).

De notar, que ao afirmarmos que supervisores do local de Ensino Clínico e supervisores da instituição escolar possuem pelos aspectos referidos papeis diferentes, não queremos com isto dizer que são opostos, bem pelo contrário, no contexto de uma relação de parceria como já referimos, os seus papeis complementam-se com vista a atingir um mesmo objectivo: o desenvolvimento profissional e humano do formando (Alarcão & Tavares, 2003), ou seja o desenvolvimento de competências a vários níveis e que essa actuação competente se prolongue por toda a sua actividade profissional.

E tendo presente as ideias subjacentes às reflexões efectuadas ao longo desta investigação, para tal é essencial que o supervisor do local de Ensino Clínico e o supervisor da instituição escolar desempenhem papeis que permitam desenvolver no aluno capacidades reflexivas e auto-formativas, papel esse que de seguida passamos a desenvolver (Alarcão, 1996; Alarcão & Tavares, 2003; Reid, 1994; Sá-Chaves, 2000, entre muitos outros).

Nesta óptica, o supervisor “*Atento à riqueza e às inibições provenientes das suas (...)*”, do aluno “*(...) experiências passadas, aos seus sentimentos, às suas percepções e à sua*

capacidade de auto-reflexão (...) , “(...) não será aquele que dá receitas de como fazer, mas aquele que cria junto do professor, com o professor e no professor (...)”, que aqui significa aluno “(...) um espírito de investigação – acção num ambiente emocional positivo, humano, desencadeador do desenvolvimento das possibilidades do professor (...)”, ou seja aluno “(...) pessoa, profissional.”(Alarcão & Tavares, 2003: 43).

Deste modo, facilmente se compreende que vários autores (Alarcão & Tavares, 2003; Reid, 1994; Sá-Chaves, 2000; Schön in Alarcão, 1996; Zeichner, 1993, entre muitos outros) defendam que o papel do supervisor não consiste tanto em ensinar, mas em facilitar, em ajudar o aluno a aprender, ou como refere Alarcão & Tavares (2003:47) “(...) a desaprender para empreender de uma maneira diferente.”, só possível através da reflexão, passando o supervisor para os alunos de “mestre modelo a mestre de pensar”(Durand, 2000, in Albuquerque et al., 2005:43).

Schön (1983;1987, citado por Alarcão, in Alarcão, 1996:13) refere-se ao supervisor como “(...) um profissional, um formador, que, simultaneamente treinador, companheiro e conselheiro (coach), lhe faz a iniciação e o ajuda a compreender a realidade que, pelo seu carácter de novidade, se lhe apresenta de início sob a forma de caos (mess).”

Tavares (1996:83, in Ferreira, s.d. b:123) no sentido de explicitar este papel do supervisor estabelece uma analogia com o da parteira, referindo que “o educador antes de mais tem de ser uma pessoa que se dirige a outra pessoa e a ajuda a dar à luz- mais e melhor que a parteira- a sua própria identidade pessoal, como ser inteligente e livre, autor e actor do seu próprio destino de uma maneira autónoma e responsável.”

Subjacente a este papel estão ideias de “(...) aprendizagem, de formação e de desenvolvimento percebidos como actos de auto-implicação, ou seja, que ninguém poderá fazer na vez de ninguém”(Alarcão, 1991, in Sá- Chaves, 2000:130), “(...) mas que também dificilmente alguém poderá fazer sozinho.””(Sá- Chaves, 1997, in Sá- Chaves, 2000:130).

Alarcão & Tavares (2003:19) salientam que embora o papel principal do supervisor seja o de facilitador, tal não significa que não possa envolver-se “(...) num tipo de ensino mais tradicional, expositivo e que ele assuma, quando necessário, a função de comunicar informação, descrever teorias, discutir aplicações, exemplificar, etc.”

E o desempenho do seu principal papel, o de facilitador, de ajuda do aluno a aprender a aprender, implica que o supervisor apesar de se constituir como alguém “(...) *com mais experiência e com conhecimentos mais consolidados, claros e reflectidos sobre situações, dificuldades e problemas semelhantes (...)*”(Alarcão & Tavares, 2003:58) não adopte uma atitude de superioridade em relação ao aluno, que fiscaliza, “(...) *esquadrilha e inspecciona com um olhar superior (...)* “ a actividade do aluno (Alarcão & Tavares, 2003:120), mas que estabeleça com este uma relação de horizontalidade, que seja “(...) *antes de mais um colega (...)*”em termos de aprendizagem (Alarcão & Tavares, 2003:58).

Ser colega do aluno, significa que o supervisor numa atitude não avaliadora, colabora com este na construção e reconstrução dos seus conhecimentos (Alarcão & Tavares, 2003), debruçando-se ambos “(...) *sobre os dados colhidos durante uma observação realizada para desocultarem o sentido de um aspecto específico do acto do ensino-aprendizagem (...)*”, neste caso dos cuidados de enfermagem “(...) *as razões da sua existência e/ou mudanças que nele se podem operar (...)*”(Alarcão & Tavares, 2003:120).

Assim, professor e aluno devem colocar “(...) *à disposição um do outro o máximo de recursos e potencialidades, de imaginação, de conhecimentos, de afectividade, de técnicas, de estratégias de que cada um é capaz a fim de que os problemas que surjam no processo de ensino/aprendizagem dos alunos (...)*”, neste caso na prática de cuidados “(...) *e nas próprias actividades de supervisão sejam devidamente identificados, analisados e resolvidos.*” (Alarcão & Tavares, 2003:61).

Implica assim uma acção conjunta entre supervisor e aluno, em que não é só o aluno que se desenvolve, mas também o supervisor (Alarcão, 1996 e Alarcão & Tavares, 2003), pelo que para tal o aluno também tem que “(...) *colaborar com o supervisor para que o processo se desenrole nas melhores condições e os objectivos definidos sejam atingidos*”(Alarcão & Tavares, 2003:59), assumindo-se também como um colega do supervisor (Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001).

O atingir desta relação de colega do supervisor, de acordo com o reportado por Caires & Almeida (*in* Gonçalves *et al.*, 2001) desenvolve-se ao longo do Ensino Clínico.

McNally *et al.* (1994) e Caires (1996), citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001:230) referem que inicialmente o aluno passa por “(...) *uma espécie de ‘sombra’ do seu supervisor, acompanhando-o na sua rotina, observando as suas práticas e*

ensaiando pequenos papeis - auxiliar, aprendiz, recém-chegado (...)”, papeis estes que vai gradualmente abandonando à medida que com o decorrer do tempo e da aquisição de confiança por parte do aluno, o supervisor lhe vai atribuindo tarefas de maior responsabilidade (Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001), “(...) *lhe vá dando margem para que, em `terreno seguro`, vá ensaiando novas ideias e estratégias*”(Duquette, 1994, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001:230).

A este respeito, Mendes *et al.* (2001:6) refere que o aluno vai “(...) *progressivamente sair da fase de ser nossa sombra e passamos nós a ser a sombra dele pressionar `leve` e continuamente, obrigar a pensar, estudar, fomentar a autononima (...)*”

Ser sombra do aluno não significa assim uma atitude de superioridade, aliás é neste momento do Ensino Clínico que segundo Grossman (1992) & Duquette (1994), citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001:230) ocorre o aumento da horizontalidade de papeis entre estes dois elementos, passando o aluno “(...) *a ser mais uma espécie de colega/companheiro com quem são partilhados os diferentes aspectos da prática em comum e a quem passa a ser pedida a opinião, podendo mesmo, se a relação assim evoluir, extrapolar-se às questões do foro pessoal*”

Caracterizando-se a relação de colegas por uma horizontalidade de relações, inerente a esta está assim “(...) *um clima favorável, uma atmosfera afectivo-relacional e cultural positiva, de entreaajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária entre o supervisor e o professor.*”, neste caso aluno (Alarcão & Tavares, 2003:61).

Com vista a compreender todos estes aspectos inerentes à relação de ajuda que se deve estabelecer entre supervisor e aluno recorreremos a um psicólogo central na análise desta temática, ainda que no âmbito da relação terapeuta/cliente, Carl Rogers (1979,1986), que defende que os seus princípios não se cingem meramente à relação terapeuta/cliente, aplicando-se também à relação professor/aluno, opinião da qual também nós corroboramos, assim como Dussault (1970, *in* Alarcão & Tavares, 2003), que colocando-se numa perspectiva psico-social, desenvolveu uma teoria de supervisão em formação de professores com base no modelo deste autor.

Deste modo, Rogers (1979,1986), sendo seu objectivo terapêutico ajudar o indivíduo a tornar-se pessoa, posiciona-se tal como temos vindo a defender numa perspectiva que

atribui ao cliente no processo terapêutico um papel activo, e à terapeuta o de facilitadora de todo esse processo, para o qual também se torna imprescindível o estabelecimento de um bom clima psicológico entre estes dois actores, só possível segundo Rogers (1979) através de três condições, as quais de seguida desenvolveremos de uma forma sucinta, por pensarmos que nos ajudarão a compreender as competências inerentes ao papel de supervisor de Ensino Clínico, enunciadas por autores como Alarcão & Tavares (2003), Reid (1994) e Sá-Chaves (2000).

A primeira dessas condições é a “(...) *genuinidade, realidade - congruência.*”, ou transparência da terapeuta, em que “(...) *o que ela experimenta é acessível a uma consciencialização, pode ser vivido na relação, e comunicado, se preciso.*” Existe assim “(...) *uma combinação íntima, ou congruência, entre o que é experimentado ao nível visceral, o que está presente em consciência e o que é expresso à cliente.*”, pelo que esta última “(...) *consegue ver distintamente o que a terapeuta é neste relacionamento, e não experimenta reservas da parte daquela.*”

Deste modo, esta condição implica que a terapeuta “(...) *actue, abertamente, segundo os sentimentos e atitudes que flúem dentro de si nesse momento.*”

A este respeito, este autor refere que “ *Quanto mais consciente se sentir - e conseguir definir e exprimir esses sentimentos, quer negativos, quer positivos – melhor conseguirá prestar ajuda à cliente. Só os sentimentos e atitudes podem ajudar, quando expressos, e não as opiniões e juízos sobre o outro.*” (Rogers, 1979:21), pois só uma expressão objectiva dos seus sentimentos e percepções por parte da terapeuta, neste caso do supervisor, contribuirá para a tão desejável reflexão sobre as experiências.

Outra das condições que deverá caracterizar esta relação terapeuta/cliente “(...) *é uma aceitação/interesse/apreço – uma visão incondicionalmente positiva.*” entre a terapeuta e o cliente, neste caso entre o supervisor e o aluno (Rogers, 1979:21). Visão incondicionalmente positiva significa aceitar, respeitar a pessoa como ela é e expressar afecto positivo por ela, simplesmente porque ela existe, não sendo necessário que faça ou seja isto ou aquilo. Com esta condição, Rogers (1986:59) pretende que o cliente “(...) *sinta (...) que se ele se arrisca a dizer qualquer coisa de muito pessoal, absurdo, hostil ou cínico, haverá pelo menos uma pessoa no círculo que o respeita o bastante para o ouvir com clareza e escutar essa afirmação (...)*”

Rogers (1979) refere que esta atitude contribui para que o movimento terapêutico ou de mudança seja mais provável, contudo “ *não manipula nem controla, de maneira nenhuma, a relação. Uma vez que não existem qualquer juízo ou avaliação, é deixado nas mãos da cliente o poder sobre a sua própria vida.* ”(Rogers, 1979:22).

Por fim, uma outra condição imprescindível é “ *(...) a compreensão intuitiva (...)*” ou empática, em que a terapeuta “*(...) intui, com precisão, os sentimentos e significados pessoais experimentados pela cliente e comunica-lhe essa compreensão.*” (Rogers, 1979:21).

Esta condição implica que a terapeuta se coloque no lugar do outro, que veja o mundo pelos olhos dele, por forma a entrar “*(...) tão dentro do mundo privado do outro que não só consegue esclarecer significados de que a cliente tem consciência mas também aqueles que estão abaixo desse nível*” (Rogers, 1979:21).

Com esta atitude Rogers (1986:59) refere que pretende que o indivíduo sinta “*(...) que, o que quer que lhe aconteça a ele ou nele, estarei muito com ele, psicologicamente, nos momentos de sofrimento ou alegria (...). sou capaz de sentir quando um participante está assustado ou ferido, e é nesses momentos que lhe dou algum sinal, verbal ou não verbal, de que percebo isso, e sou uma companhia para ele enquanto vive nessa ferida ou medo.*”

Assim, a adopção desta atitude por parte do supervisor contribuirá para que o aluno se sinta compreendido, não julgado, pois Rogers (1979:23) mais uma vez sublinha que esta atitude “*(...) não exerce (...) um controle sobre a cliente.*”, antes, ajuda a cliente “*(...) a ter uma consciência mais clara e, daí, um maior controle sobre o seu próprio mundo e comportamento.*”

Esta condição implica que as terapeutas aprendam “*(...) a ser melhores ouvintes, mais sensíveis e intuitivas (...)*”(Rogers, 1979:23).

Transpondo todos estes princípios para o campo da supervisão da prática pedagógica, Dussalt (1970, in Alarcão & Tavares, 2003:66) afirma que “ *Tanto no caso do cliente como no do formando ou supervisionado, os objectivos apontam para um maior realismo, objectividade, compreensão, congruência, redução da ansiedade, confiança em si mesmo, capacidade de decisão própria.*”

Ainda nesta linha de pensamento rogeriana, Gazda (1983) e outros autores referem que a relação entre o aluno e supervisor, tal como a relação entre terapeuta- cliente “ (...) *se inicia por uma fase de facilitação (em que predominam os sentimentos de empatia, de respeito, de calor humano), passa depois a uma fase de transição (em que o realismo, a autenticidade, a abertura de si mesmo e a disponibilidade se impõem) e termina numa fase de execução através da acção frontal, interpelativa, em que se atacam os problemas de frente e sem rodeios bem como as situações concretas que se apresentam.*” (Alarcão & Tavares, 2003: 68).

Deste modo, na sequência do pensamento que temos vindo a explicitar Alarcão & Tavares (2003:45, citando Mintzberg, 1995) referem que “ *A supervisão implica uma visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, experiencial, acolhedora, empática, serena e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passou durante e o que se passará depois, ou seja de quem entra no processo para o compreender por fora e por dentro, para o atravessar com o seu olhar e ver para além dele uma visão prospectiva baseada num pensamento estratégico*”

E tendo em conta tudo o referido em torno da relação a estabelecer entre supervisores e aluno, facilmente se compreende que variadíssimos autores (Abreu, 2003; Cogan, 1973, Golhammer, Anderson, Krajewski, 1980 e outros, *in* Alarcão & Tavares, 2003, entre outros) defendam esta como uma das peças fundamentais no processo de supervisão da prática pedagógica e clínica, que actua como um factor facilitador, dificultador ou neutralizador do desenvolvimento profissional e humano do aluno durante o Ensino Clínico (Oliveira, 1992, Alarcão, 1996 e Silva, 1997, citados por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001).

Factor determinante no desenvolvimento de competências no aluno, pois uma relação assente em todos estes princípios incrementa no aluno a capacidade de reflexão sobre a prática, dificuldades e sentimentos vividos, o que o conduz à aquisição e desenvolvimento das competências necessárias ao exercício da profissão de enfermagem e constitui como um amortecedor do impacto dos eventuais efeitos negativos do estágio (Silva, 1997, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001).

Estas vantagens das relações afectivas são aliás reportadas por muitos outros autores. Hartup (1986, citado por Canavarro, 1999, *in* Ferreira, s.d. b:130) refere “*as relações*

afectivas como o contexto no qual a socialização ocorre, valorizando aspectos como a aquisição de aptidões comunicacionais, a regulação de emoções e a construção de auto-conceito.”, sendo que estes dois últimos aspectos são também apontados por Ferreira (s.d. a:150) que refere que “(...) o tipo de relação que os alunos estabelecem com os docentes e profissionais no exercício é fundamental para minimizar o medo e a angústia e melhorar a segurança, a auto-estima e o auto-conceito, aspectos fundamentais para quem tem que estabelecer relação de ajuda”

No estudo realizado por Belo (2003:172), os alunos referem mesmo que as relações interpessoais que se estabelecem com o supervisor podem constituir-se como factores dificultadores de todo o processo supervisivo, na medida em que uma má relação leva a que os alunos sintam *”emoções e sentimentos de medo, raiva, insegurança e descontrolo, conduzindo a inibições que se traduzem depois em incapacidade para executar uma tarefa, prestar cuidados de enfermagem, responder a questões ou até colocar dúvidas.”*

A relação entre os supervisores e alunos constitui-se assim como um factor de fundamental importância não só para desenvolvimento intelectual do aluno, mas também social e emocional, aspectos estes que segundo Ausubel (1980, citado por Ferreira, s.d. b:131) são tão importantes como o desenvolvimento intelectual, pois segundo este *“(...) a maior parte das inadaptações não são falhas do saber mas do conhecimento ineficaz porque está bloqueado pelas insatisfações afectivas que o indivíduo encontra na sua actual desadaptação.”*

Neste sentido, a relação entre supervisores e estagiários em Ensino clínico, tal como a relação entre terapeuta e cliente do modelo Rogeriano assume um papel de extrema importância no desenvolvimento do aluno como Pessoa, só possível através de princípios que encarem o aluno como uma pessoa, um ser holístico, único, singular, com as suas próprias experiências, necessidades e vontades (Tavares, 1996, *in* Ferreira, s.d. b).

E tal como o objectivo da relação de ajuda entre supervisores e alunos é ajudar todos os elementos do processo supervisivo a tornarem-se pessoas, também o objectivo do cuidar em Enfermagem é ajudar o utente a tornar-se pessoa, de forma a ser o mais independente possível na satisfação das suas necessidades, para o qual também é imprescindível encarar o utente como uma pessoa.

Contudo, aprender a cuidar do utente como uma pessoa, só é possível se o aluno no decorrer da sua experiência de estágio também tiver sido cuidado como pessoa, pois segundo vários autores como Benner, Roach, 1992 e Wruhel (citados por Morse, 1990, *in* Ferreira, s.d. a:159) “(...) *tanto o conhecimento como a experiência de ter sido cuidado, são valorizados (...) como promotores das habilidades para cuidar.*”

É na sequência deste pensamento que Ferreira (s.d. a.:159) defende que, “*O Cuidar será aprendido através de relações e proximidade entre professor/professor, professor/aluno e aluno/aluno, isto é, pelo clima relacional experimentado e vivenciado entre as diferentes pessoas da instituição.*”

É por tudo o que até aqui temos vindo a explicitar, que a relação para além de importante, é referida por vários autores como uma das dimensões mais valorizadas pelos estagiários no processo supervisivo (McNally *et al*, 1994, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001; Ramos, 2003 e Belo, 2003).

Assim, perante tudo o referido, facilmente se compreende que a criação de um bom clima afectivo-relacional com o aluno, assim como o desenvolvimento de uma reflexão conjunta constituam duas das áreas de acção inerentes ao papel de supervisor como facilitador da aprendizagem, que são reportadas por variadíssimos autores. Desses apenas nos reportaremos a Daloz (1986, *in* Reid, 1994); Alarcão & Tavares (2003), assim como a Sá-Chaves (2000), não só por considerarmos bastante clara a explicitação que fazem do papel de supervisor, bem como por se tratarem de autores centrais no desenrolar desta temática, e em quais a nossa concepção de supervisão se apoia, tal como mais atrás já o referimos.

Daloz (1986, *in* Reid, 1994) defende que o trabalho do supervisor clínico, o que na nossa opinião também se aplica ao trabalho do supervisor da instituição escolar/docente, dirige-se a três grandes áreas de acção; as quais; dar suporte, desafiar e ajudar a perspectivar (dar visão).

Dar suporte consiste segundo Daloz (1986, *in* Reid, 1994) em o supervisor dar feedback ao longo das linhas de força percebidas e áreas a trabalhar, o que deve ser realizado em conjugação com a auto-apreciação do aluno, pois o papel do supervisor é “ *o de guiar os estagiários no sentido da autocrítica, da auto-análise do seu ensino*”, neste caso dos

cuidados prestados “(...) e de uma aprendizagem auto-regulada.” (Knigh, 1996, in Albuquerque *et al.*, 2005:42).

A respeito do *feedback* dado pelo supervisor ao aluno, vários autores (Oliveira, 1992, Duquette, 1994, Galvão, 1996 e McNally *et al.*, 1997, citado por Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.*, 2001) defendem a quantidade e a qualidade deste, assim como o apoio que prestam, como determinantes da eficácia das incursões do aluno pelo mundo profissional.

No que concerne à qualidade do feedback, McNally e colaboradores (1997, citado por Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.*, 2001:231) referem que esta “(...) é experienciada pelos alunos mais em termos do como do que do quê (conteúdo) das críticas que são tecidas.”

Reid (1994) refere que o dar suporte só será conseguido se o feedback positivo vier em primeiro lugar, na medida em que promove o auto conceito dos estudantes.

McNally *et al.* (1994) assim como Espiney (1997), citados por Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.* (2001:231) referem que um feedback centrado quase exclusivamente “(...) em aspectos negativos da performance poderá desencadear o desânimo, bem como agravar o seu estado de `vulnerabilidade`”.

Por outro lado, segundo McNally *et al.* (1994,1997), assim como Booth *et al.* (1995), citados por Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.* (2001:231) quando este é “(...) muito vago ou pouco estruturado acaba por ser sentido pelo aluno como insuficiente ou como para `não ferir susceptibilidades`, o que acaba igualmente por ser vivenciado com alguma insatisfação.”

Na sequência deste pensamento, Oliveira (1992) & McNally e colaboradores (1997), citados por Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.* (2001) salientam a necessidade de estrutura no feedback que é dado ao aluno.

Relativamente à estrutura do feedback a dar ao aluno, Caires & Almeida (in Gonçalves *et al.*, 2001:231) referem que este deve ser realizado através de um “(...) discurso coerente, claro e bem organizado, que o aluno seja capaz de compreender.”, devendo o supervisor segundo Oliveira (1992), McNally *et al.* (1994) e Alarcão (1996), citados por Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.* (2001:231) fundamentar os “(...) seus comentários em momentos ou aspectos concretos da performance do estagiário,

focalizando-se especificamente naquilo que o aluno fez bem, no que fez mal, e no quê e no como poderá melhorar.”

Só assim é que o supervisor conseguirá, tal como Rogers (1979) assim o defende, ser objectivo na expressão dos seus sentimentos e percepções.

Também Albuquerque *et al.* (2005:42) reconhecem a importância que a crítica assume na aprendizagem do aluno. Contudo salientam a necessidade de esta ser discutida com o aluno, pois “(...) *uma crítica negativa não discutida, gera no estagiário um descrédito e, no limite, beneficia a atitude avaliativa em desfavor da atitude formativa.*”

E segundo vários autores (Matos & Costa, 1993, Alarcão, 1996 e Galvão, 1996, citados por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001:231) “*Esta necessidade de estrutura é tanto maior quanto mais inseguro se sente o estagiário, o que habitualmente ocorre numa fase inicial quando ainda se está a estreir neste papel.*”, sendo que a ausência desta numa fase de iniciação ao ensino clínico, bem como a própria indefinição do papel do supervisor contribuem para maiores níveis de ansiedade, desorientação (Veenman, 1984, Galvão, 1996 e Capel *et al.*, 1997, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001), podendo ter repercussões no processo identitário do aluno (Matos & Costa, 1993 e Galvão, 1996, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001).

O feedback é aliás reportado pelos alunos como um elemento de fundamental importância no desenvolvimento de competências durante este período da sua formação, pois segundo Ramos (2003:8) “*o acompanhamento dos estudantes pelos preceptores em todos os momentos, tirando dúvidas, chamando a atenção, dando feedback e reforços positivos foi mencionado como favorecedor da aprendizagem, na medida em que ajudou o estudante a mobilizar os seus conhecimentos e a aplicá-los na prática, ao mesmo tempo que o ajudou a reflectir (...)*”

E a forma como os alunos consideram que este deve ser realizado aproxima-se do descrito pelos autores. No estudo levado a cabo por Caires & Almeida (*in* Gonçalves *et al.*, 2001) os alunos referiram que a presença de críticas construtivas e pertinentes e elevados níveis de estruturação são dos aspectos mais positivos da sua supervisão. Por outro lado, as excessivas críticas, o seu carácter destrutivo, o feedback vago e algo superficial, ou, ainda excessivamente teórico foram apontados pelos alunos como os aspectos mais negativos do feedback recebido (Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001).

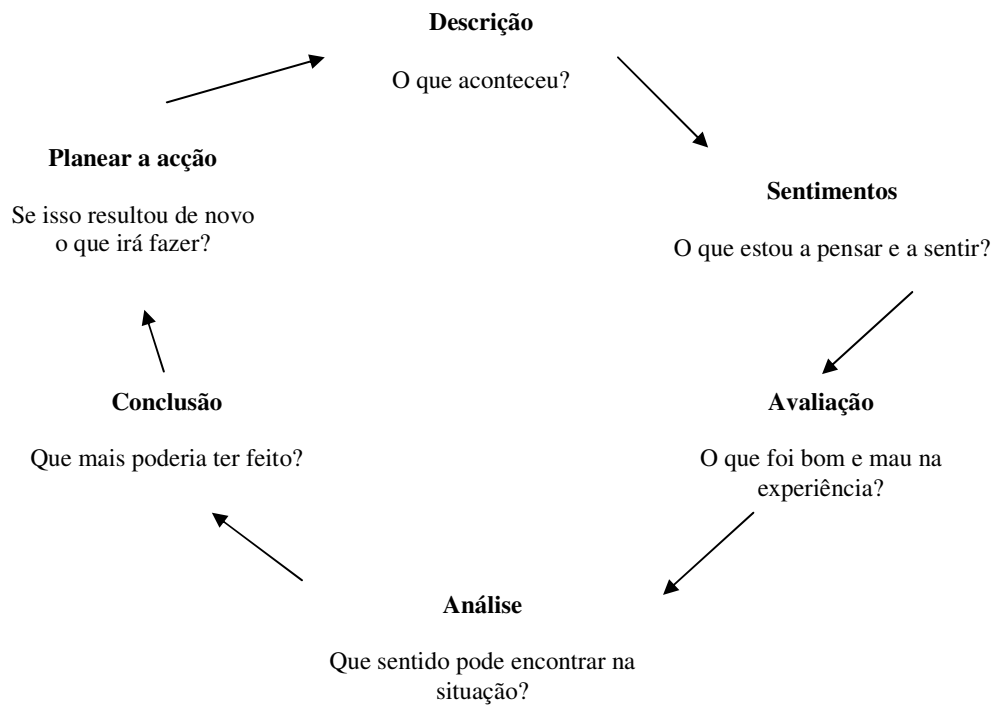
Assim, tendo em conta tudo o referido relativamente ao *feedback* a estabelecer entre aluno e supervisor, facilmente nos apercebemos que este não deve centrar-se somente em aspectos positivos. Professor e aluno devem em conjunto através de um processo reflexivo, identificar também aspectos negativos, bem como identificar e provocar propósitos/intenções/pressupostos e imaginar e explorar alternativas, sendo estas duas últimas acções que constituem o que Reid (1994) apoiando-se na obra Brookfield (1997) sobre pensamento crítico, define de desafiar.

Esta outra área de acção, desafiar, deve ser desenvolvida pelo supervisor de uma forma equilibrada com a anterior, dar suporte, na medida em que, são mutuamente dependentes. Saber quando dar suporte ou quando desafiar exige conhecimento mútuo, para o que é essencial a criação de uma relação dual, de confiança, compromisso e responsabilidade (Reid,1994), tal como Rogers (1979,1986) assim o defende.

Por fim, outra das áreas de acção do supervisor consiste em ajudar a perspectivar o que segundo Daloz (1986, *in* Reid, 1994:36) consiste no “(...) *contexto que admite tanto o suporte como o desafio ao serviço da transformação*”

É neste sentido, que Reid (1994), citando Godman (1984) refere que perspectivar envolve questões relativas a atitudes de reflexão e a crença na justaposição dos dois elementos chave do papel do supervisor: o desafio e o suporte.

A respeito da reflexão, Reid (1994) faz referência ao ciclo de Gibbs (1988) como uma síntese interessante de todo este processo reflexivo.



Esquema 2: Ciclo reflexivo de Gibbs (adaptado de Reid, 1994)

Tendo em conta estas três áreas de acção, Reid (1994) refere que o supervisor clínico é responsável por desenvolver as seguintes actividades:

- Acompanhar o estudante desde o início e ao longo de todo o ensino clínico no local de Ensino Clínico ;
- Estabelecer um contrato, encorajar o estudante a auto-avaliar e identificar objectivos a atingir durante o Ensino Clínico, assegurando que tais objectivos sejam relevantes para as suas experiências prévias e para as competências que se devem atingir no módulo;
- Discutir e acordar sobre os recursos e estratégias necessárias à sua aprendizagem;
- Planear as experiências de aprendizagem para que as competências do módulo possam ser atingidas;
- Encorajar a auto avaliação por parte do estudante e avaliar os resultados da aprendizagem, assegurando que haja adequada evidência que apoie tanto a apreciação feita pelo estudante, da sua realização, como a sua;

- Identificar e assegurar a existência de oportunidades de reflexão do estudante sobre as suas experiências (em princípio espera-se que seja no fim de cada turno);
- Encorajar o estudante a escrever as suas experiências o mais cedo possível após o acontecimento, registando no seu diário pessoal;
- Utilizar o seu “parceiro da escola “ para tudo o que for necessário.

Alarcão (1996:19) defende que “ (...) o orientador desempenha fundamentalmente três funções: abordar os problemas que a tarefa coloca, escolher na sua actuação as estratégias formativas que melhor correspondem à personalidade e aos conhecimentos dos formandos com quem trabalha e tentar estabelecer com eles uma relação propícia à aprendizagem.”

Alarcão & Tavares (2003:56) embora afirmem não ser “(...) fácil nem desejável enunciar de um modo rígido as tarefas de supervisão (...)” também enunciam algumas, as quais que lhes “(...) parecem imprescindíveis, seja qual for a situação.” , tarefas essas “(...) subordinadas a um verbo fulcral: ajudar (a desenvolver-se como professor).”

Assim, segundo estes autores o supervisor tem como tarefas ajudar a :

- “estabelecer e manter um bom clima afectivo-relacional que, sem ser castrante ou intimidante, é exigente e estimulante”;
- “ criar condições de trabalho e interacção que possibilitem o desenvolvimento humano e profissional dos professores”, neste caso dos alunos, futuros enfermeiros;
- “desenvolver o espírito de reflexão, auto-conhecimento, inovação e colaboração”;
- “ criar condições para que os professores(...)”, neste caso os alunos “(...) desenvolvam e mantenham o gosto pelo ensino (...)” neste caso pela enfermagem “(...) e pela formação em contínuo”;
- “analisar criticamente os programas, os textos de apoio, os contextos educativos, etc”, ou seja a prática profissional;
- “ planificar o processo de ensino-aprendizagem(...) do (...) professor”, ou seja do aluno de enfermagem;
- “identificar os problemas e dificuldades que vão surgindo”;
- “ determinar os aspectos a observar e sobre os quais reflectir e estabelecer as estratégias adequadas”;
- “observar”;

- “ *analisar e interpretar os dados observados*”;
- “ *avaliar os processos de ensino-aprendizagem*”;
- “ *definir os planos de acção a seguir*”;
- “ *criar espírito profissional, baseado nas dimensões do conhecimento profissional.*”
- “ *outras.*” (Alarcão & Tavares, 2003:56).

Tal como estes dois autores, também os diferentes intervenientes do processo superviso consideram o desafiar o aluno a reflectir, assim como o suporte como inerente ao papel de supervisor de Ensino Clínico (Belo, 2003; Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001; Fonseca, 2004; Longo, 2005; Ramos, 2003 e Simões, 2004).

Relativamente ao desafiar o aluno, Belo (2003) verificou que os alunos consideram importante a análise e reflexão sobre a prática e que a realizam sem a intervenção directa do supervisor, através de estratégias de auto-supervisão.

Esta não dinamização da reflexão por parte dos supervisores, que aliás é descrita também por Alarcão (1996), deve-se segundo os alunos ao facto de que “(...) *a principal preocupação dos supervisores é que o aluno adquira ou aperfeiçoe a dimensão técnica, isto é, o saber fazer. A auto-análise, a auto-reflexão e o aluno saber descobrir por si próprio o que necessita e deseja aprender, são aspectos desvalorizados relativamente ao aperfeiçoamento técnico.*” (Belo, 2003:189).

Esta valorização da técnica em detrimento da reflexão, associada à grande sobrecarga de trabalho com que os supervisores, neste caso do local de Ensino Clínico se confrontam, conduz a que estes envolvam os alunos “(...) *em actividades rotineiras e pouco significativas (...)*”, que os aproveitem “(...) *como ‘tapa buracos’, em substituição de ausentes ou reforço puro e simples do pessoal dos serviços.*”(Vasconcelos, 1992, *in* Silva & Silva, s.d.:113).

É neste sentido, que Cabrito (1994:23, citando Figeat, 1988) refere que “ *A lógica produtiva que rege a empresa vem dificultar a sua pretensão de ser o espaço por excelência da formação (...)*”, pois segundo Dale (1990, *in* Cabrito, 1994: 23) “(...) *at os estudantes são objecto de práticas que os professores não controlam e que, mais não são do que formas de aproveitamento barato dos jovens.*”

Também Rebelo (1996) (*in* Silva & Silva, s.d.:108) refere que “(...) *na maioria dos serviços não há espaço para se reflectir nos cuidados de enfermagem que se prestam*”, o que é opinião de muitos outros autores.

É tendo em conta estes aspectos que, Hinchliff (1982, *in* Silva & Silva, s.d.:108) defende que “(...) *o estudante deve ter tempo para prestar os cuidados aos doentes mas também para discuti-los e avaliá-los, pelo que a carga de trabalho não deve ser muito pesada.*”, aspecto este reportado também por Alarcão, *in* Alarcão (1996:25) que adverte para o fracasso “(...) *de um estágio que se afaste muito das condições reais ou em que os alunos estejam demasiado sobrecarregados.*”

Contrariamente ao referido pelos alunos, tanto os estudos que se centraram sob a perspectiva dos supervisores do local de Ensino Clínico (Simões, 2004 e Longo, 2005), como os que debruçaram sobre os da instituição escolar/docentes (Fonseca, 2004), assim como sobre os vários intervenientes do processo supervisivo (Ramos, 2003) relativamente às suas experiências no processo de supervisão, verificaram que a reflexão constitui parte integrante da representação que ambos têm sobre a supervisão em Ensino Clínico e que na prática utilizam estratégias para desenvolverem a reflexão.

No que concerne à dimensão “dar suporte”, os alunos, como já se disse, atribuem-lhe especial importância, contemplando-a na sua concepção de supervisão, a qual referem que “(...) *tem a finalidade de os apoiar, orientar e contribuir para a sua aprendizagem, através de uma relação empática e de uma abordagem holística.*” (Belo, 2003:169).

E é partindo do princípio que a relação supervisor - aluno deve basear-se numa relação empática, que os alunos caracterizam a relação que estabelecem com estes de uma forma negativa, sendo a relação com os docentes apontada de uma forma mais negativa que com os supervisores do local de Ensino Clínico (Belo, 2003).

Também Caires & Almeida (*in* Gonçalves *et al.*, 2001:235) verificaram que os alunos sentiram maior apoio emocional por parte do supervisor do local de Ensino clínico, que pelo supervisor da Universidade, diferenças que os autores aliaram ao tempo de contacto de cada um dos supervisores com os alunos.

Ainda no que se refere à dimensão suporte, estes últimos autores fazem referência ao suporte em termos formativos, verificando ser maior relativamente ao supervisor da Universidade que ao supervisor do local de Ensino Clínico.

Deste modo, “(...) enquanto que uma das dimensões fortemente valorizadas (...)” pelos alunos “(...) em relação ao supervisor da instituição parece ser a dimensão mais pessoal, no que toca ao supervisor da Universidade a saliência parece ser dada ao factor `disponibilidade`.”(Caires & Almeida, in Gonçalves et al., 2001:238).

Mas não são só os alunos que consideram a relação como um factor muito importante no processo de supervisão, mas também os supervisores do local de Ensino Clínico (Longo 2005; Ramos, 2003 e Simões, 2004) e supervisores da instituição escolar/docentes (Fonseca, 2004; Ramos, 2003).

Relativamente aos supervisores do local de Ensino Clínico, Longo (2005) verificou que as dificuldades relacionais destes com o estudante foi uma questão que não foi abordada pela maioria dos entrevistados. No entanto, foram apontadas algumas dificuldades relacionais, que se prendem “(...) com a personalidade do estudante - estudantes fechados/introvertidos e/ou desinteressados e ainda com os “medos” destes, relacionados com a avaliação. As características pessoais do supervisor são ainda referidas por um dos entrevistados.” (Longo, 2005:226).

A este respeito, Simões (2004) no seu estudo faz referência a alguns aspectos. Descreve que os supervisores do local de Ensino Clínico referem que “(...) na relação supervisiva, pode surgir a omissão de factos e sentimentos aquando de incompatibilidade de personalidades entre o enfermeiro cooperante e o aluno, ou até mesmo por medo.”, o que “(...) revela falta de confiança entre os intervenientes e dificulta o processo de avaliação do aluno” (Simões, 2004:207).

Para além disto, outro aspecto que preocupa os supervisores do Local de Ensino Clínico diz respeito à violência/agressividade com que muitas vezes os alunos reagem aquando as críticas apontadas por estes, embora reconheçam que por vezes eles próprios também apresentam “(...) algum descontrolo verbal perante as atitudes imaturas dos seus alunos.” (Simões, 2004:207).

Por sua vez, relativamente aos supervisores da instituição escolar/docentes, Fonseca (2004:116) descreve que o estabelecimento de uma relação empática destes com os alunos é “(...) referida por uns, como presente e, por outros, com idêntica frequência, como ausente (...)”, o que o autor explica pela “(...) dificuldade de os docentes e os

alunos se colocarem verdadeiramente no lugar uns dos outros, quando (...) o supervisor docente tem, também, como uma das funções a avaliação sumativa.”

E esta dificuldade no estabelecimento de uma relação empática entre supervisores e alunos, resultante um dilema entre as funções de apoio e avaliação, é reportada por diversos autores, entre os quais Alarcão & Tavares (2003) e Guyton & McIntyre (1990, *in* Albuquerque *et al.*, 2005), entre outros.

Alarcão & Tavares (2003:113) referem-se inclusive à avaliação como um “*fantasma*”, que “*(...) colide muitas vezes, com a relação facilitadora e encorajante que se pretende estabelecer.*” (Alarcão & Tavares, 2003:72), o que conseqüentemente dificulta a concretização do grande objectivo do processo supervisivo: o desenvolvimento humano e profissional, não só do estagiário como também do supervisor.

Dificulta o desenvolvimento do aluno, pois face à função avaliativa do supervisor, o aluno “*(...) age mais em função de uma determinada avaliação que vai ser feita do que em função daquilo que pensa que deveria ser realizado; tem medo de arriscar com receio de que não corra bem*”(Alarcão & Tavares, 2003:114), conforma-se com o *hábitus*, limitando-se como já atrás o referimos a imitar o modelo do supervisor (cenário artesanal) ou a demonstrar o domínio do modelo que aprendeu (Alarcão & Tavares, 2003).

E esta atitude acrítica dos alunos contribui também para “*(...) um retraimento profissional progressivo dos orientadores que, ao longo da sua experiência têm, como todos os profissionais, uma tendência à esclerose operativa e acabam por erguer um muro em volta do seu jardim pedagógico*”(Durand, 1996, citado por Albuquerque *et al.*, 2005:47).

Mas não são só os alunos que adoptam este tipo de atitude. Albuquerque *et al.* (2005:42) referem que “*Nem sempre capazes de fazer face à complexidade desta relação, tanto orientadores como estagiários (...) encetam o caminho da escalada da neutralidade*”, estabelecendo como referem Feiman - Nemser *et al.* (1993, *in* Albuquerque *et al.*, 2005:42) “*(...) uma verdadeira conspiração (...) que favorece o reino da lei do silêncio.*”

Na sequência deste pensamento, Waite (1995, citado por Albuquerque *et al.*, 2005:42) refere que “*(...) quando confrontados com estagiários, quer adoptem muito quer adoptem pouco o seu modelo de ensino (...)*”, neste caso de prática de cuidados “*(...) os*

orientadores em muitos casos, superavaliam-nos, evitam comentários muito severos às suas prestações e demonstram uma indulgência culpabilizável a seu respeito.”

Por fim, Alarcão & Tavares defendem que o dilema entre estas duas funções do supervisor pode ser esbatido “(...) *pelo estilo, pelas atitudes, pelo método, pela maneira de ser do supervisor e do professor estagiário (...)*” (Alarcão & Tavares, 2003:13) e sobretudo “ (...) *pela existência de uma relação interpessoal positiva, esclarecida, saudável, em que tanto o supervisor como o formando (...) se sintam comprometidos com um objectivo comum (...)*”(Alarcão, 2003:72).

Albuquerque *et al.* (2005:42) referem que “ *Os orientadores têm de ser capazes de manter a distância (função de avaliação) na proximidade (função de apoio).*”

Aliás, Sá-Chaves (2000:125) defende que o supervisor deve “(...) *criar algumas situações de distanciamento (...)*”, fundamentais para a “(...) *compreensão dos fenómenos em estudo pela maior amplitude e abrangência das interpretações e, também, pela eliminação das hipóteses de contaminação da análise que a proximidade sempre comporta.*”, “(...) *que, configuradas com outras de aproximação estratégica, possam definir-se como um efeito de zoom, regulado obviamente, quer pela natureza dos objectivos da observação, quer pela natureza dos objectos observados, processos que facilitam uma mais sustentada reflexão sobre os fenómenos em estudo.*”

Reportámo-nos à relação entre alunos e supervisores. Contudo, no âmbito de uma relação de parceria entre a escola e os locais de prática clínica, relação supervisiva não diz respeito apenas à relação estabelecida entre estes dois elementos, mas entre todos os actores envolvidos no processo de supervisão, incluindo também as relações estabelecidas entre docentes/instituição escolar e os supervisores do local de realização do Ensino Clínico/instituições de saúde, as quais como já foi dito no capítulo parcerias, nem sempre assentam numa verdadeira parceria.

Parceria que como já vimos deve obedecer a princípios como respeito e confiança mútua, o que nem sempre acontece, na medida em que, os docentes são muitas vezes vistos pelos supervisores do local de Ensino Clínico em vários estudos como “(...) *idealistas, irrealistas e muito longe dos problemas quotidianos da organização e execução das intervenções apropriadas dos enfermeiros.*” (McCarthy, 1987, *in* Silva & Silva, s.d.: 107), chegando mesmo os supervisores do local de Ensino Clínico a afirmar

que se tratam de “(...) *«profissionais incompetentes que se refugiam na escola»*(...)” (Royer - Rastoll, 1993:5, *in* Silva & Silva, s.d.: 108).

Também Hinchliff (1982:47) (*in* Silva & Silva, s.d.:108) refere que os supervisores do local de Ensino Clínico vêem frequentemente o docente como “`(...) *um intrusivo, um representante da escola de enfermagem que está ali para criticar ou como alguém que demora três horas a ensinar um estudante como se avalia a pressão sanguínea.*”

Mas não são só os supervisores do local de Ensino Clínico que desvalorizam o saber dos docentes, também os docentes relativamente aos supervisores do local de Ensino Clínico afirmam que “`*a teoria produz-lhes medo porque traz à luz a sua incompetência*” (Royer- Rastoll, 1993:5, *in* Silva & Silva, s.d.:108).

E é face a esta falta de respeito e de confiança pelos diferentes saberes que a relação existente entre estes dois elementos se caracteriza “(...) *sobretudo por alguma formalidade e distanciamento relativamente à realidade social que se vive nos serviços.*” (Espiney, *in* Canário, 2003:177)

Neste sentido, “ *Existe uma interligação entre as escolas e as instituições e serviços prestadores de cuidados, mas são as escolas que lideram todo o processo ensino-aprendizagem dos ensinamentos clínicos.*” (Silva & Silva, s.d.:111), não permitindo que os supervisores do local de Ensino Clínico participem igualmente nas várias fases do processo: planeamento, orientação e avaliação (Bento & Sousa, *in* Costa et al., 2000 e Franco, 2000, citado por Mendes *et al.*, 2001).

Aliás no que diz respeito ao planeamento, como supervisores do local de Ensino clínico nunca nos foi pedida a participação neste processo, pois esta é sempre efectuada pela instituição escolar e transmitida ao enfermeiro chefe.

A este respeito, Espiney, *in* Canário (2003:177) refere que “ *A preparação das práticas clínicas é feita normalmente com base numa reunião entre os professores e as enfermeiras chefes dos serviços, onde é fornecido o conjunto das informações consideradas necessárias, nomeadamente os objectivos, a fase do curso, o tempo de duração e a forma organizativa prevista, e são solicitadas as condições logísticas necessárias.*”, ficando os supervisores do local de Ensino Clínico “(...) *geralmente à margem de todo o processo de formação dos alunos, desconhecendo na globalidade as orientações do estágio.*”

Também Mendes *et al.* (2001:3), assim como muitos outros autores, referem que “*raramente o orientador tem a noção do enquadramento das aprendizagens do estudante, desconhecendo o sentido de cada uma das etapas em que vai participar, bem como desconhece as aprendizagens sequenciais e em profundidade que lhe seguirão*”, o que conduz a que a sua actuação seja “*(...) mais ou menos exigente segundo as suas representações e experiências enquanto estudante.*”

Mas, decorrente desta não participação dos supervisores do Local de Ensino Clínico “*(...) na definição de competências a desenvolver nem nos seus indicadores(...)*” está também segundo este mesmo autor dificuldades em estes se apropriarem “*(...) dos elementos que lhe são fornecidos (...)*”, mesmo quando estes estão descritos nos guias de orientação, sendo “*(...) a participação na orientação e avaliação (...) difícil.*” (Mendes *et al.*, 2001:3)

Nesta ordem de ideias, uma das necessidades dos supervisores do local de Ensino Clínico identificada por Ramos (2003) é em termos da forma como devem orientar os alunos.

Para além de uma partilha de poderes, a parceria deverá assentar também numa partilha de problemas e de saberes, com vista à construção de novos saberes, o que nem sempre acontece (Espiney, *in* Canário, 2003), pois normalmente os supervisores actuam “*(...) separadamente, cada qual no seu `território`*”, circunscrevendo-se os encontros entre ambos “*(...) às reuniões que têm lugar com o arranque do estágio (onde se definem os seus contornos gerais) e, no final, aquando da avaliação do aluno.*” (Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001:234), não havendo momentos de reflexão conjunta sobre a prática (Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*; Espiney, *in* Canário, 2003, entre muitos outros), de fundamental importância para a formação do aluno, mas também do supervisor do local de Ensino Clínico e da instituição escolar/docente.

E segundo Johnson (1980), citado por Pinto (*in* Mestrinho *et al.*, 2000:96) os docentes são muitas das vezes responsáveis pela inexistência destes momentos, na medida em que, sentem-se visitas nos serviços e agem como tal, “*(...) nunca comentando os problemas com os `donos da casa` (...)*”, o que conduz a que os problemas que são de ambos, acabem por “*(...) se dicotomizar em os `meus` e os `teus`*”

Mas este tipo de atitude é adoptada muitas das vezes pelos supervisores do local de Ensino Clínico. Menter (1989), Zimpher, DeVoss e Nott (1980), *in* Zeichner (1993:62)

refere que existe falta de vontade não só por parte dos docentes, como também dos supervisores do local de Ensino Clínico “(...) *em discutir questões controversas ou em oferecer feedbacks críticos na supervisão, com medo de perturbar o delicado equilíbrio da tríade.*”

Para além disso, Basto (1995) refere que os supervisores do local de Ensino Clínico têm também dificuldade em aproveitar os préstimos dos docentes.

E as poucas visitas do docente ao local de Ensino Clínico contribuem também para que este “(...) *não conheça as reais condições e dificuldades do estágio (...)*” “(...) *que não acompanhe mais de perto o crescimento do estagiário*” (Galvão, 1996 e Toohey *et al.*, 1996, referenciados por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001:235) e que dê orientações “*‘vagas’, ‘descontextualizadas’ ou essencialmente teóricas (...)*” (Cole & Knowles, 1993, Rodriguez, 1993 e Caires, 1998, citados por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001), “*aspectos tanto mais presentes e «graves» quando o supervisor desconhece a «realidade do mundo do trabalho» ou a instituição.*”

Polifroni e outros (1995), citado por Abreu (2003:45) consideram que “(...) *os docentes dependem muito do seu tempo em avaliações, em detrimento do acompanhamento dos estudantes e que, mesmo assim, cerca de 75% do tempo prescrito para o aluno desenvolver as suas práticas clínicas não é supervisionado.*”

É por tudo isto que a sua ausência, bem como a do supervisor do local de Ensino Clínico é encarada pelos alunos como um factor dificultador, na medida em que “(...) *condiciona muito os ensinamentos clínicos, porque a presença destes é fundamental para uma correcta orientação.*” (Belo, 2003:132), o que nem sempre se verifica, pois os alunos no estudo de Belo (2003) consideram o tempo de apoio/orientação por parte dos supervisores do local de Ensino Clínico insuficiente, sendo no caso dos docentes mesmo nulo, levando a que os alunos se sintam abandonados (Belo, 2003).

Um outro aspecto que poderá dificultar todo este processo, diz respeito ao grau de motivação de cada um destes elementos para o exercício desta função.

A este respeito, Rajj (2000:2, citado por Abreu, 2003:49) concluiu que “(...) *nem sempre os profissionais de enfermagem consideram que é seu dever contribuir para a formação clínica dos alunos.*”

Por outro lado, outros estudos como o de Amador (1991, citado por Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000:91) concluíram “(...) *que os enfermeiros de campo gostam de ter alunos; preocupam-se com o modo como ensinam e como executam os cuidados directos ao paciente (...)*”.

Aliás, Mendes *et al.* (2001:1) referem que o exercício deste papel “(...) *começa sempre por ser, num primeiro momento, uma experiência vivida com um sentimento positivo, é algo elogioso! É um sinal dado pela enfermeira chefe e a escolas (...) aos enfermeiros em geral, reconhecendo neles saberes e competências capazes de contribuir, de modo efectivo, no processo de aprendizagem dos estudantes.*”

Contudo, apesar deste gosto, muitos são os estudos que revelam alguma desmotivação para o exercício desta função (Belo, 2003; McCarthy, 1987, Oliveira e Neves, 1995, *in* Silva & Silva, s.d. e Longo, 2005), que segundo Franco (2000, *in* Mendes *et al.*, 2001) é maior nos enfermeiros que nos docentes.

Desmotivação que poderá dever-se ao facto de que “ *A maior parte das vezes assumem a supervisão dos futuros professores(...)*”, neste caso dos futuros enfermeiros “(...) *além de tudo o que já faziam antes e frequentemente com poucas ou mesmo nenhuma compensações por parte da universidade*”, muitas das vezes apenas uma valorização curricular (Zeichner, 1993:63).

E este sentimento de desmotivação intensifica-se muitas vezes com as atitudes da Equipa de Enfermagem relativamente ao desempenho deste papel, pois segundo Simões (2004:208) os enfermeiros supervisores sentem que “(...) *a equipa de enfermagem desvaloriza o seu trabalho enquanto supervisor (...)*”, levando a que sintam revolta, angústia e até mesmo desmotivação por este papel.

Também nós como supervisores do local de Ensino Clínico partilhamos deste sentimento, pois sentimos que sendo muitas das vezes os alunos vistos como “tapa buracos”, são considerados por muitos elementos da Equipa como uma ajuda para esse enfermeiro, o que conduz a que o enfermeiro supervisor para além de não ter diminuído o seu número de utentes, fique muitas das vezes com utentes mais dependentes, ou seja com uma maior sobrecarga de trabalho.

É nesta ordem de ideias, que Abreu (2003:49) refere que “(...) *apesar de existirem disposições e motivações para a colaboração na formação dos alunos, os serviços não dispõem dos recursos suficientes para que esta seja uma realidade.*”

Referimo-nos à atitude muitas vezes manifestada pela Equipa de Enfermagem relativamente ao desempenho desta função, e não poderemos deixar aqui de referir o papel importante que estes desempenham na aprendizagem em Ensino Clínico.

Papel este que é reconhecido pelos estudantes, pois vários são os estudos em que os estudantes se reportaram à convivência constante com toda a Equipa como espaços informais de aprendizagem (Belo, 2003; Ramos, 2003 e Simões, 2004).

Zeichner (1993:69) defende que os alunos “(...) *apreciam a oportunidade de poderem trabalhar com uma grande variedade de pessoal docente (...)*”, neste caso de enfermeiros, “(...) *em vez de só trabalharem com um professor cooperante e que começam a desenvolver nestas escolas a visão do ensino como um trabalho conjunto.*”

Ramos (2003:8) descreve que “*O trabalho em equipe proporcionou o desenvolvimento duma identidade profissional, tornando-se os sujeitos, agentes activos na equipa de saúde. Um dos factores mais verbalizados pelos estudantes foi o sentimento de pertença à equipe que consideraram como sua. Para isto contribuiu o horário de roulement, o que por sua vez, lhe deu maior conhecimento da realidade.*”

E ainda no que concerne às vantagens do processo supervisivo para cada uma das entidades envolvidas, Abreu (2003) faz referência a um outro problema que poderá surgir, o das instituições de saúde começarem, face às suas restrições financeiras, a solicitar contrapartidas a este nível às escolas pelo apoio na formação clínica dos alunos, o que seria bastante complicado para as instituições de ensino públicas, também elas confrontadas com cortes orçamentais.

Também Chickerella e Lutz (1981, *in* Abreu, 2003:60) se referem a uma série de problemas na implementação do papel de supervisor de ensino clínico, os quais “*a sobrecarga de trabalho para o tutor, as dificuldades a nível da gestão de recursos humanos nas instituições de saúde (que dificultam a designação de tutores), a diversidade curricular, as diferenças em matéria de compensação financeira e o reconhecimento do seu papel.*”

E todos estes problemas são também sentidos pelos diferentes intervenientes do processo supervisivo.

Os supervisores do local de Ensino Clínico ao caracterizarem a relação com os docentes referem-se a esta como “(...) *distante e pontual.*” (Longo, 2005:200), apontando para

tal vários factores, entre os quais, a falta de preparação conjunta dos ensinos clínicos; falta de apoio por parte das Escolas Superiores de Enfermagem no decorrer dos ensinos clínicos; falta de feedback sobre o desempenho supervisivo; características do docente como a falta de gosto/motivação pelo ensino; falta de preparação pedagógica dos docentes e afastamento dos docentes das práticas.

Também Simões (2004) identifica uma série de factores que segundo os supervisores dos locais de Ensino Clínico, são dificultadores do estabelecimento de uma verdadeira relação de parceria, a saber, a falta de diálogo/comunicação; de apoio; de partilha de conhecimentos e metodologias entre docentes e supervisores do local de Ensino Clínico, havendo inclusive segundo os participantes deste estudo falta de “(...) *dedicação por parte da escola aos seus alunos e às suas obrigações nos campos de estágio.*” (Simões, 2004:208).

Fonseca (2004) centrando-se sobre os docentes refere que, tal como com os alunos, com os supervisores do local de Ensino Clínico, a presença e ausência de uma relação empática obtiveram uma frequência idêntica. Como factores facilitadores deste tipo de relação, os docentes apontam a clarificação de papéis dos supervisores e a comunicação escola/serviço.

Por sua vez, Belo (2003) verificou pouca expressão das relações interinstitucionais no discurso dos alunos, o que explica pelo facto de tal não fazer parte das preocupações destes. No entanto, refere que “(...) *na responsabilidade do processo de supervisão, os alunos não se referiram à responsabilidade partilhada pelo docente e pelo enfermeiro cooperante, porque não constataam essa realidade. Não verificam na prática essa participação activa dos dois supervisores: notam que não existe parceria plena, nem funções bem definidas entre eles* ” (Belo, 2003:170).

Assim, “*O contacto entre investigadores, formadores e professores é frequentemente marcado pela sua pertença a `mundos` diferentes, com prioridades, linguagens e práticas muitas vezes opostas, dando lugar a críticas e resistências de ambas as partes, resignados uns e outros a papéis distanciados e irreconciliáveis, eternamente condenados a `diálogos de surdos` onde as vozes ecoam em vales distintos de uma paisagem que é, de facto, comum a todos.*”(Vieira, 2001:183, citado por Moreira, in Vieira et al., 2006:109).

E é este desencontro entre supervisores da instituição escolar e supervisores do local de Ensino Clínico, que segundo vários estudos faz com que seja prática corrente em Ensino Clínico os alunos sentirem diferenças entre a prática e teoria, ou entre as reflexões e pistas avançadas pelo supervisor da Universidade e o do local de Ensino Clínico (Abreu,2003; Belo,2003; Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001; Mestrinho, *in* Mestrinho *et al.*, 2000; Negrão, Henriques, Cerqueira e Fernandes, 1993,entre muitos outros).

Vários autores apontam diversos factores para explicar tais diferenças. Miller (1985), Johnson (1980), Smith (1965), Schweer (1972), entre outros (citados por Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000:94) associam estas discrepâncias a factores como “ (...) *diferente entendimento de conceitos fundamentais entre os «teóricos» e os «práticos»*”, “(...) *na discrepância de valores de cada grupo.*”, assim como da “ (...) *falta de comunicação entre escolas e serviços e a falta de sentimento de partilha dos problemas comuns (...)*” Por sua vez, Figueiredo (1995), Espadinha (1997) e Franco (2000), *in* Silva & Silva (s.d.:107) apontam as seguintes razões:

“A dicotomia escola/ serviços ou entre a imagem transmitida pelos livros e pelas aulas e a realidade das enfermarias com toda a complexidade da situação de uma pessoa única”;

- *“Modelo tradicional de educação que vigora nas escolas de enfermagem onde não se valorizam os conhecimentos e vivências pessoais e profissionais dos alunos”;*

- *“Conflito entre o currículo explícito e o currículo oculto, ou seja as contradições entre o que queremos que os nossos alunos façam e aquilo que fazemos com eles, por exemplo, no que diz respeito à relação de ajuda aluno-docente e professor aluno”;*

- *“Os enfermeiros mais velhos queixam-se da falta de preparação dos recém-formados e das suas dificuldades de integração na vida profissional”;*

- *“(…) Afastamento dos enfermeiros docentes da prática clínica e a desvalorização dessa mesma prática, o que leva os docentes a fazerem um ensino desinserido da realidade”;*

- *“A falta de clarificação do papel do docente e do enfermeiro na participação no ensino clínico”*

São estas diferenças muitas das vezes sentidas pelos alunos entre a teoria e a prática que podem ter um efeito *“esquizofrenizante”* nos alunos (Ribeiro, 1995, *in* Silva & Silva, s.d.:107), levando-os a ter sentimentos de choque, dificuldades de socialização e de fazerem a ponte entre a teoria e a prática (Belo, 2003; Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001; Zeichner, 1993, entre outros).

Perante estas diferenças Martin (1997, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001) refere que *“(…) a responsabilidade de fazer esta articulação parece continuar a ser tarefa quase exclusiva do estagiário.”*, na medida em que, *“(…) a Universidade se demite da sua função de ajudar o aluno a relacionar teoria e prática e a saber servir-se do seu saber para com ele resolver problemas práticos e, nessa actividade, aprofundar e consciencializar o seu saber.”* (Alarcão, *in* Alarcão, 1996:26).

Contudo, tendo em conta a reflexão que temos vindo a efectuar, os supervisores têm um papel importante nessa articulação, devendo através do estabelecimento de uma relação empática, de parceria entre todos os intervenientes no processo, ajudar o aluno a fazer essa articulação, desafiando a reflexão sobre as possíveis causas destas diferenças, para que em conjunto encontrem soluções, estratégias que permitam minimizar tais diferenças.

E várias são as soluções apontadas por diversos autores como forma de melhorar a articulação entre teoria e prática, entre escola e instituições de saúde (Silva & Silva; Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000 e Mendes *et al.*, 2001, entre outros).

Uma das propostas consiste em os docentes actualizarem não só conhecimentos teóricos como também os práticos (Crotty, 1993 e OMS, 1996, *in* Silva & Silva, s.d.; Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000; Abreu, 2003, entre outros).

Para tal Brito & Costa (1998), assim como Jarvis (1992), *in* Silva & Silva (s.d.) e Basto (1995), entre muitos outros, defendem a ideia de professores do activo, praticantes. Praticantes porque prestam cuidados aos utentes *“(…) tanto quando estagiam com os alunos, como em períodos de férias ou em períodos em que não estão ligados a aulas*

teóricas.” (Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000:99). Neste sentido, Crotty (1993, *in* Silva & Silva, s.d.:113) defende mesmo que as escolas destinem “(...) *tempo, numa base anual, para que os professores trabalhem em áreas clínicas sem a responsabilidade de ensino.*”

Segundo Pinto (*in* Mestrinho *et al.*, 2000:100) conhecimentos práticos actualizados diz respeito a conhecimentos “(...) *tanto das técnicas como das rotinas (talvez até mais neste ponto)*”, assim como conhecimento das “(...) *pessoas (...) e (...) situações clínicas susceptíveis de serem encontradas(...)*”, aspectos estes essenciais para que estes não sintam “(...) *tanta diferença entre o que se «pede» e o que se «pode pedir» aos alunos em estágio (...)*”, assim como para minimizar o seu sentimento de hóspedes nos serviços.

Para além disso, é conhecendo as características do local de Ensino Clínico, que o docente poderá certificar-se da sua adequação aos objectivos de estágio; duração desejável do estágio; do número de alunos a colocar nesse campo de estágio e do número de alunos por enfermeiro supervisor, aspectos estes que constituem alguns dos factores/variáveis que influenciam a qualidade da supervisão em ensino clínico (Silva & Silva, s.d., entre outros).

Outros factores apontados pelos alunos no estudo de Belo (2003) como determinantes da qualidade de todo este processo são a quantidade de recursos humanos e materiais existentes no local de Ensino Clínico, que nem sempre são suficientes, assim como a existência de turnos muito atarefados.

Nesta ordem de ideias, Caires & Almeida (*in* Gonçalves *et al.*, 2001) referem ainda outros factores como a falta de espaço, o horário e a distância geográfica entre o local de Ensino Clínico e a Universidade.

A respeito da forma como os locais de Ensino Clínico são seleccionados, Goodlad (1990) e Zimpher (1990, *in* Zeichner, 1993:61) referem que este aspecto constitui um problema, na medida em que no campo da formação de professores esta “(...) *continua a ser baseada em conveniências e em dar a todos uma parte igual, e não no que poderia proporcionar uma melhor experiência de aprendizagem para os alunos-mestres.*”

Relativamente ao tempo de duração do Ensino Clínico Ashworth e Morrison (1989, *in* Abreu, 2003:45) referem que “(...) *infelizmente (...) o tempo de permanência em contexto clínico é muito restrito, mesmo em presença de currículos onde este é pretensamente valorizado.*”, aspecto este referenciado também por Graça *et al.* (*in* Costa *et al.*, 2000), assim como por muitos outros autores.

A respeito do tempo de permanência em cada local de Ensino Clínico, Rideout (1994, *in* Abreu, 2003:45) “*põe em causa algumas opções curriculares que sustentam a necessidade dos alunos «rodarem» por sucessivas unidades de cuidados, em detrimento de uma aprendizagem mais localizada e prolongada em serviços que, por consequência, conheceriam melhor.*”

E esta maior permanência dos alunos num determinado serviço contribuirá segundo Abreu (2003:46) para “(...) *um trabalho mais prolongado entre os formadores e os formandos, aspecto que favoreceria a segurança, a qualidade da supervisão, a auto-estima e o sentimento de pertença.*”

Outro factor que poderá influenciar a qualidade do processo supervisivo e que deve ser tido em conta pelo docente é o número de alunos, que segundo Graça *et al.* (*in* Costa *et al.*, 2000, entre muitos outros) não deve ser elevado.

Um número reduzido de estudantes por preceptor, permitindo uma diversidade de experiências, é também considerado por todos os intervenientes no processo supervisivo como um factor determinante da qualidade da experiência de Ensino Clínico (Ramos, 2003).

Também uma orientação mais individualizada (orientação directa do aluno sempre pelo mesmo enfermeiro e docente), é apontado em vários estudos como outro factor importante, na medida em que contribui para um maior acompanhamento do estudante; conhecimento do seu percurso de aprendizagem (experiências e dificuldades) e facilita a sua aprendizagem; a relação enfermeiro - estudante, assim como o processo de avaliação, pelo que o aluno deve acompanhar o supervisor do local de Ensino clínico no seu horário de trabalho (Graça *et al.*, *in* Costa *et al.*, 2000).

Outro aspecto, como já vimos de fundamental importância e que nem sempre se verifica, passa por fazer acompanhar o Ensino Clínico de respeito mútuo, colaboração, apoio, diálogo, partilha de informação e de saberes e reflexão entre todos os actores

sociais em interacção constante durante este período de formação (Basto, 1995; Mendes *et al.*, 2001; Mott, citado por Mendonça, 1996, *in* Silva & Silva, s.d.; Ramos, 2003, entre outros).

Outra das soluções apontadas por muitos autores passa por assegurar aos supervisores formação específica em supervisão (Abreu, 2003; Alarcão, 1996; McCarthy, 1987, Oliveira e Neves, 1995, *in* Silva & Silva, s.d.; Ramos, 2003, entre outros), que muitos supervisores do local de Ensino clínico não possuem, na medida em que não faz parte dos currículos de formação inicial.

A este respeito, Alarcão (*in* Alarcão, 1996:27) interroga-se se “(...) *os orientadores se sentem à vontade na utilização das estratégias formativas que, desencadeando mecanismos de reflexão sobre a acção, têm um papel epistémico, construtivo, na formação dos seus estagiários? Será que possuem o saber e o saber ser em psicologia interpessoal indispensável a uma relação saudável e eficaz? Será que conhecem e aceitam o percurso seguido pelo aluno na Universidade ou, pelo contrário, caminham em direcção paralela, quiçá oposta, como o têm comprovado investigações realizadas noutros países? Será que se sentem perfeitamente actualizados nas metodologias de ensino da sua disciplina?*”

Abreu (2003:63), como muitos outros autores (Ramos, 2003 e Albuquerque *et al.*, 2005) defende que esta formação deve contribuir para que os supervisores do local de estágio entendam “(...) *a complexidade da formação clínica e lhes facultem o domínio de técnicas e estratégias de formação. Os tutores devem ser preparados para a utilização de estratégias que facultem a análise dos trajectos de formação e da implicação pessoal e colectiva, tais como portfólios reflexivos, os diários de aprendizagem e a investigação-acção.*”

Este tipo de formação deve ainda permitir aos supervisores do local de Ensino Clínico obter conhecimento acerca “(...) *de um conjunto de dimensões que enquadram a formação clínica : a filosofia da escola, o currículo, as experiências clínicas anteriores, a metodologia de avaliação.*” (Abreu, 2003:59)

De notar, que esta formação pedagógica não deve fazer parte integrante apenas dos supervisores do local de Ensino clínico, mas também dos docentes os quais se devem aperceber “(...) *do que e como os alunos aprendem na prática, de como interiorizam os fenómenos clínicos e de como são capazes de utilizar ou pôr em causa, na prática, os conhecimentos teóricos.*” (Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000:94)

Abreu (2003:48) defende que devem ser “(...) *os docentes mais experientes e com formação pedagógica mais consistente (...)*” que devem acompanhar os alunos nos estádios iniciais do seu percurso de formação.

Para tal, Alarcão (1996), citado por Caires & Almeida (*in* Gonçalves *et al.*, 2001:244) “(...) *sugere a criação, pelas universidades, de equipas formativas constituídas por elementos pertencentes a um quadro profissional especializado.*”, que “(...) *asseguem a formação dos orientadores de estágio, e que, por outro, estabeleçam a articulação com o Mundo do Trabalho, trabalhando em parceria com a instituição de acolhimento, não só em actividades de formação inicial mas também na divulgação, investigação e formação contínua.*”

Relativamente às estratégias de formação a utilizar, os supervisores do local de Ensino Clínico, no estudo de Mendes *et al.* (2001) apontam a utilização da dramatização sobre situações com que os formandos se possam confrontar.

Falta de motivação da parte dos supervisores do local de Ensino Clínico para o desempenho deste papel, é como já vimos um dos factores que poderá condicionar o seu empenho em todo este processo, pelo que para tal Franco (2000, *in* Silva & Silva, s.d.) sugere que estes sejam recompensados pelo exercício desta função.

Também Martin (1991, *in* Mendes *et al.*, 2001) defende que para o desempenho do papel de supervisor do local de Ensino Clínico este para além de ter que estar consciente do seu valor tem que ser reconhecido por ele.

E segundo Franco (2000, *in* Silva & Silva, s.d.:114) “*Estas recompensas podem ser de vária ordem: reconhecimento e valorização curricular (que poderá servir para a admissão ao curso de complemento ou pós graduações, concursos e avaliações); acréscimo no vencimento e redução de tempo de serviço.*”

Abreu (2003:63) refere também que “*Seria desejável que os tutores não fossem contabilizados no grupo de enfermeiros que desenvolvem as práticas clínicas*”

Outra das formas de motivar os supervisores do local de Ensino Clínico para o exercício desta função passa por atribuir-lhes cargos na universidade, assim como permitir a sua participação no planeamento e implementação de todo o currículo de formação de professores, neste caso de enfermeiros (Cornbleth, 1991, citado por Zeichner, 1993;

Graça *et al.*, in Costa *et al.*, 2000), o que segundo Mendes *et al.* (2001) implica partilha de poderes pelos docentes.

Mendes *et al.* (2001:3) referem mesmo que a opinião do supervisor do local de Ensino Clínico “(...) *tem de passar a ter outra credibilidade e espaço na totalidade do processo.*”, na medida em que numa modalidade de orientação não presencial por parte do docente, o supervisor do local de Ensino Clínico é o que mais sabe da aprendizagem do estudante (Mendes *et al.*, 2001).

E o incrementar de motivação nos enfermeiros do local de Ensino Clínico para o desempenho da função supervisiva é da responsabilidade dos docentes, pois segundo Abreu (2003:57) “(...) *os alunos e os enfermeiros necessitam do apoio dos docentes ou dos tutores, de forma a lerem a experiência como uma `experiência positiva de vida` (...)*”

Ramos (2003) refere que todos os intervenientes do processo supervisivo referem o feedback constante acerca do trabalho realizado como um factor determinante da qualidade da aprendizagem em Ensino Clínico.

Mas no que concerne ainda à falta de empenhamento no desempenho das funções supervisivas, tal ocorre como já vimos também a nível dos docentes, pelo que Abreu (2003:63) defende que é necessário um maior envolvimento dos docentes nas áreas clínicas, devendo os professores considerar “(...) *alternativas para valorizar o seu papel como docentes mas igualmente como actores fundamentais no desenvolvimento do sistema de saúde e da enfermagem como disciplina.*”

Por fim, tendo em conta as reflexões que temos vindo a efectuar ao longo deste sub - capítulo encerramo-lo afirmando que, o papel a assumir por cada um dos elementos envolvidos no processo de supervisão de alunos em Ensino Clínico, está em permanente construção e reformulação.

É num jogo permanente de desafio da reflexão, suporte/apoio e avaliação entre todos os actores sociais envolvidos no processo supervisivo, que o papel do supervisor deverá assentar. Só assim conseguirá que o Ensino Clínico se constitua como um espaço de desenvolvimento de competências em todos os intervenientes do processo supervisivo, assim como de socialização profissional do aluno.

2 . Competências desejáveis nos supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar

Reconhecida a importância que o supervisor do local de Ensino clínico e supervisor da instituição escolar detêm no desenvolvimento de competências por parte do aluno durante o período de Ensino Clínico, fácil é de perceber que para o desempenho deste papel tenham que “ (...) *ser escolhidos de entre os melhores elementos (...)*” (Schön, citado por Alarcão, *in* Alarcão, 1996:25).

Neste sentido, ser o melhor enfermeiro, possuir todas as competências desejáveis num enfermeiro, ser um bom modelo de cuidar, ou ser o melhor docente, é fundamental, aspecto este que é reconhecido por alguns dos intervenientes do processo supervisiivo.

Belo (2003) refere que os alunos não referenciam as competências técnicas como necessárias à actividade supervisiva tanto do supervisor do local de Ensino Clínico como do da instituição escolar.

Contudo, no estudo realizado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001:239) os alunos relativamente à competência profissional dos seus supervisores fazem alusão a muitos aspectos, ” (...) *como elevado nível de conhecimento científico, os muitos anos de experiência na profissão e no acompanhamento de estágios, bem como o seu elevado profissionalismo e saber fazer.*”, aspectos estes que se inserem neste grupo de competências.

Por sua vez Simões (2004) no seu estudo conclui que este tipo de competências é desprovida de qualquer atenção nas narrativas dos enfermeiros cooperantes sobre o desenvolvimento das suas competências, o que não acontece quando se referem aos docentes.

Segundo os supervisores do local de Ensino Clínico esta competência é de fundamental importância nos docentes, embora nem sempre presentes, sendo estes criticados por não se encontrarem actualizados tecnicamente e por não coordenarem teoria e prática.

Também no estudo realizado por Longo (2005:180) os supervisores do local de Ensino Clínico referem-se a este tipo de competências como essenciais para o desempenho do

seu papel como supervisores, que descrevem pelos seguintes indicadores “ *Ter Domínio da prática/Ter experiência clínica.*”

Os docentes por sua vez no estudo realizado por Fonseca (2004) não se referiram a este tipo de competências como necessário num supervisor do local de Ensino Clínico, bem como no supervisor da instituição escolar.

Foi dito que é fundamental ser um bom enfermeiro, contudo este aspecto não é o unicamente necessário, pois no contexto de uma formação reflexiva em que o supervisor mais do que um modelo a imitar, deve ser um modelo a reflectir, cabendo-lhe o papel de desafiar essa reflexão, ajudar a perspectivar, concomitantemente com o de suporte e de avaliação, muitas outras competências são necessárias ao desempenho desse mesmo papel.

Abreu (2003:58) a este respeito refere que é um “(...) *paradoxo que se possa envolver (de forma exclusiva ou quase exclusiva) neste tipo de ensino profissionais que possuam uma boa experiência clínica mas uma fraca ou nenhuma formação face às exigências mencionadas.*”

Neste sentido, Alarcão & Tavares (2003:59) dizem mesmo que “ *Para que o supervisor possa ajudar a levar a bom termo uma tarefa desta envergadura terá que dominar não apenas os conteúdos programáticos das respectivas disciplinas, mas também possuir uma boa cultura geral e uma formação efectiva nos domínios das ciências fundamentais da educação, da formação de adultos e da formação de professores, do desenvolvimento curricular, das didácticas ou metodologias de ensino e das respectivas tecnologias, ter desenvolvido um certo número de skills específicos, ter um bom conhecimento de si próprio e ter uma atitude permanente de bom senso.*”

Segundo estes mesmos autores “(...) *um processo de supervisão deste tipo tem de assentar numa capacidade de observação para não deixar passar despercebidos os fenómenos na sua dimensão observável. Mas envolve também a reflexão e intuição necessárias para compreender as razões e o alcance dos fenómenos observados e as motivações dos sujeitos implicados. Exige, assim, uma dimensão analítica e de investigação e, conseqüentemente, também de experimentação, avaliação e formação.*” (Alarcão & Tavares, 2003:72).

Nesta ordem de ideias, os autores apesar de referirem ser “(...) *impossível definir-se com precisão as competências exactas dos profissionais, nomeadamente dos profissionais do humano e da educação como é o caso dos supervisores (...)*”, apresentam algumas como indicadoras: competências cívicas, técnicas e humanas (Alarcão & Tavares, 2003:151). Competências estas que agrupam em quatro tipos, a saber: competências de comunicação e relacionamento profissional; de dinamização da formação; interpretativas e de análise e avaliação (Alarcão, *in* Formosinho, 2002 e Alarcão & Tavares, 2003), especificando-as ao longo da sua obra através da referência a vários recursos inerentes a todas elas (características, atitudes, conhecimentos do supervisor) por sua vez identificáveis nos diversos estudos levados a cabo por vários autores relativamente à figura do supervisor, a que a autora faz menção ao longo da sua obra.

São esses recursos que por uma questão de análise e de sistematização tentaremos agrupar nestes quatro tipos de competências, embora tenhamos subjacente a dificuldade de tal classificação, bem como o facto de que possuir recursos não é sinónimo de competência, pois competência como já se disse manifesta-se pela capacidade de mobilizar os recursos adequados a determinada situação.

De notar, que alguns desses recursos face à sua natureza pessoal não se integram em nenhum destes quatro tipos de competências, mas sim num outro grupo a que Zimpher e Howey (1987), citado por Simões & Simões, *in* Sá-Chaves (1997, 2000) denominam de pessoais.

2.1 Competências de comunicação e relacionamento profissional

Blumberg (1976) é um dos muitos investigadores referenciados por Alarcão & Tavares (2003:73) que realizou um “ (...) *estudo de natureza prospectiva que põe em destaque o contraste entre o supervisor real e o supervisor ideal (...)*”, no qual identificou uma série de características essencialmente de âmbito relacional/comunicacional, como fundamentais num supervisor.

De âmbito relacional/comunicacional pois os supervisores reais são descritos como “(...) *distantes, de contactos difíceis, estabelecendo com os professores (...)*”, que aqui significa estagiários de enfermagem “(...) *uma relação artificial de tipo ritualista provocadora de tensões, inibições e sentimentos de inferioridade por parte dos professores.*”

Por sua vez, “(...) *os supervisores ideais surgiam como indivíduos abertos, de contactos fáceis, humanos e flexíveis, com os quais seria agradável trabalhar, cheios de recursos que colocariam à disposição dos professores e capazes a atribuir a estes um papel muito activo na resolução dos problemas que, em conjunto, se propõem resolver.*” (Alarcão & Tavares, 2003:73).

Outro dos estudos apontados por Alarcão & Tavares (2003:73) é o de Mosher & Purpel (1972) que identificaram seis áreas de características que o supervisor deve manifestar, a maioria das quais constitui recursos importantes deste grupo de competências, sendo essas a “ *sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas*”; “(...) *capacidade para estabelecer uma comunicação eficaz a fim de perceber as opiniões e os sentimentos dos professores e exprimir as suas próprias opiniões e sentimentos*” e por fim e sobretudo “ (...) *skills de relacionamento interpessoal*”

Alarcão & Tavares (2003:74) apoiando-se ainda em outros autores como Acevedo *et al.* (1976); Blase e Blase (1995); Boyan (1973); Garland (1982); Ivey (1974 a e b), Stones (1984) e Whitfield (1977) especificam este tipo de características, referindo-se a aspectos como “(...) *a capacidade de prestar atenção e o saber escutar (...)*”, que são consideradas pela maioria dos investigadores como fundamentais, mas também a outras características como a “ (...) *capacidade de compreender, de manifestar uma atitude de resposta adequada, de integrar as perspectivas dos formandos, de buscar a clarificação de sentidos e a construção de uma linguagem comum, de comunicar verbal e não verbalmente, de parafrasear e interpretar, de cooperar, de interrogar.*”, verificando-se que o que emerge como fundamental no discurso dos diversos autores relativamente ao supervisor, são os *skills* interpessoais.

E relativamente a estes Glickman (1985), citado por Alarcão & Tavares (2003) identifica as seguintes categorias: prestar atenção, clarificar; encorajar; servir de

espelho, dar opinião; ajudar a encontrar soluções para os problemas; negociar; orientar; estabelecer critérios e condicionar, as quais de seguida desenvolveremos.

Prestar atenção consiste em o supervisor atender ao que o estagiário lhe diz e exprimir “(...) a sua atenção através de manifestações verbais como `pois`, `está`, `é`, `ok`, `sim`, `uhm`, geralmente acompanhadas de outras manifestações de atenção de tipo não verbal.”

Clarificar consiste em o supervisor interrogar e fazer afirmações que ajudam a clarificar e compreender o pensamento do estagiário. Deste modo, para clarificar Glickman (1985, in Alarcão & Tavares, 2003:74) o supervisor pode recorrer às seguintes expressões “ `quando diz..., refere-se a...?`, `é capaz de explicar melhor?`, `mas... não estou a perceber`, `espere aí, já me perdi”

Encorajar consiste em o supervisor manifestar interesse em que o estagiário “(...) continue a falar ou a pensar em voz alta: `vá, vá`, `continue`, `continue, estou a gostar`, `e depois?`, `e daí`, `ótimo!”

Servir de espelho, em que “O supervisor parafraseia ou resume o que o professor disse a fim de verificar se entendeu bem: `parece-me que, na sua opinião`, `se eu entendi bem`, `portanto, a questão é a seguinte...”

Dar opinião, em que “ O supervisor dá a sua opinião e apresenta as suas ideias sobre o assunto que está a ser discutido: `na minha opinião`, `eu acho que`, `eu penso que`, `podia`, `podia -se”

Ajudar a encontrar soluções para os problemas que consiste em “ Depois do assunto ter sido discutido, o supervisor toma a iniciativa e pede sugestões para possíveis soluções: `O que é que se pode fazer?`, `Como é que vai resolver este problema?`, `que estratégias lhe parecem mais adequadas?”

Negociar em que “ O supervisor desloca o foco da discussão do estudo das soluções possíveis para as soluções prováveis e ajuda a ponderar os prós e os contra das soluções

apresentadas: ‘O que acontecerá se tomar esta atitude?’, ‘quais as vantagens desta estratégia; e as desvantagens?’, ‘que solução será melhor: a x ou a y?’”

Orientar que consiste em o supervisor dizer ao estagiário “(...) o que deve fazer: ‘vai fazer isto ou aquilo’, ‘quero que’, ‘é assim que se faz’”

Estabelecer critérios “ O supervisor concretiza os planos de acção, põe limites temporais para a sua execução: ‘na próxima semana quero ver...’, ‘na próxima aula tem de reduzir o seu tempo de fala para...’”

E *condicionar* em que “ O supervisor explicita as consequências do cumprimento ou não cumprimento das orientações: ‘conto consigo’, ‘sei que consegue’, ‘vai ser capaz’, ‘confio em si’, ‘se não tomar esta atitude imediatamente, depois será tarde’, ‘olhe que não há tempo a perder’”.

Da análise deste grupo de categorias de skills interpessoais verificamos que muitas delas fazem parte integrante do discurso de Rogers (1979, 1986) como essenciais para o estabelecimento de uma relação autêntica.

Relação autêntica que segundo Alarcão & Tavares (2003:64) “(...) *pressupõe maturidade humana* (...)”, competência de índole pessoal, a qual “(...) *se alicerça num bom conhecimento de si mesmo e dos seus interlocutores, dos outros* (...)”, mas também, “(...) *abertura de espírito* (...)”, competência de âmbito interpretativo tal como mais adiante veremos e, uma série de competências comunicativo – relacionais, que vão ao encontro do já referido como “(...) *compreensão, sensibilidade que vêm à presença no contacto social e, sobretudo, num olhar positivo e acolhedor - uma das expressões mais fortes do humano - e em todos os outros domínios da comunicação verbal e não verbal.*”.

Também Daloz, *in* Reid (1994) referindo que inerente ao dar suporte estão competências como ouvir; fornecer estrutura; expressar expectativas positivas; servir de advogado; partilhar-se e valorizar cada acontecimento como especial e que para desafiar é importante que se estabeleça tarefas, fomente dicotomias; estabeleça padrões elevados; construa hipóteses e se envolva em discussões, vai ao encontro deste grande grupo de categorias de skills interpessoais.

E relativamente a Reid (1994), de notar que embora estas competências tenham estado presentes no seu trabalho, esta considera estarem envolvidos outros factores como:

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

Um sentido de congruência – O que é pedido não é nada que o orientador (mentor) não peça a si próprio.

A capacidade para correr riscos - abrange a consistência da relação e a forma como foi desenvolvida; o reconhecimento de oportunidades; conhecer os objectivos do estudante e confiança no seu próprio julgamento.

A forma como se faz - leva a voltar à questão do suporte. Um dos conceitos que a autora considerou mais desafiadores (para si própria) foi o de desafiar os estudantes, aspecto este que como já vimos está intimamente ligado à questão de dar feedback positivo. Os dois aspectos estão relacionados porque ambos envolvem especificidade, tanto sobre o que é eficaz, como sobre o desafio que está a ser estabelecido.

Como já se disse no capítulo anterior, ambos progridem se os dois elementos chave: suporte e desafio, estiverem presentes.

Da análise destes factores apercebemo-nos que intimamente ligados a estes estão uma série de competências de índole relacional e comunicacional muito importantes num supervisor.

De referir, que para além destes autores, também os próprios intervenientes do processo supervisivo fazem referência a uma série de competências deste tipo como importantes num supervisor, visível nos resultados de alguns dos estudos realizados em Portugal a que já nos referimos no subcapítulo anterior e sobre os quais de seguida nos voltamos a debruçar.

No estudo realizado por Belo (2003) os alunos centrando-se sobre as características do supervisor referenciam uma série de aspectos positivos e negativos, a maioria dos quais de âmbito relacional e comunicacional.

Como características positivas, salientam a disponibilidade para o escutar, acompanhar e apoiar; relação de confiança e motivação e negativas a injustiça; insensibilidade e fraca formação em supervisão, sendo que a maioria delas, à exceção da motivação e desta última, se inserem no que Alarcão define como competências de comunicação e relacionamento profissional.

Também na descrição que fazem da má relação que estabelecem com os supervisores, apontam uma série de atitudes que constituem recursos importantes deste grupo de competências.

Deste modo, a má relação que estabelecem com os docentes explicam-na através de várias atitudes adversas a uma comunicação eficaz como o “(...) *autoritarismo, exaltação, intimidação, injustiça, coercividade, incompatibilidade, incompreensão e até falta de educação, que se manifesta por agressões verbais e não verbais.*”.

Agressões não verbais que consistem em “ (...) *expressões faciais, posturas corporais e, sobretudo, timbre e volume de voz alterados (...)*” (Belo, 2003:172).

Por sua vez, a boa relação com estes é descrita pela existência de diálogo e apoio.

E a relação com os supervisores do local de local de Ensino Clínico é também descrita através de atitudes adversas a uma boa comunicação, neste caso “(...) *a antipatia, desprezo, sarcasmo, agressões verbais e não verbais e falta de vontade em supervisionar alunos.*”, sendo a boa relação descrita em termos de “(...) *disponibilidade, simpatia, humanismo, motivação e apoio.*” (Belo, 2003:139).

Muitas destas atitudes de âmbito relacional e comunicacional foram também muito valorizadas pelos alunos, num estudo levado a cabo por Carvalho (2003:121) como devendo estar presentes tanto no supervisor do local de Ensino Clínico como no da instituição escolar, pois segundo este autor os alunos valorizam também a presença “(...) *de um clima de diálogo, abertura e confiança, onde haja aceitação, compreensão e respeito pelos estudantes.*”

Também no estudo realizado por Albuquerque *et al.* (2005:13) os alunos referem que o supervisor deve ser “(...) *justo, inspirador de confiança, honesto, compreensivo, exigente, disponível, competente e amigo (...)*”, constituindo todas estas características, à exceção da exigência, competências de índole comunicativo-relacional.

Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001:238) verificaram que os alunos estabelecem “(...) *uma relação de grande proximidade (...)*” com o seu (s) supervisor (es) “(...) *(amizade, companheirismo ou cumplicidade são alguns dos exemplos evocados pelos alunos)*”, que descrevem a relação com estes mencionando muitas das

características já referidas, como “*Compreensão, humanismo, frontalidade, tolerância e respeito (...)*”

Apesar desta relação de proximidade, quando se referem à falta de apoio emocional por parte de ambos os supervisores descrevem-no por expressões como “*agressividade*”, “*diferente tratamento dos estagiários*”, “*desconfiança*”, “*inflexibilidade*”, “*dificuldades de comunicação*” “*abuso de autoridade*”, “*cinismo*”, “*protecção excessiva*”, “*temperamento difícil*” e “*não reconhecimento do valor do estagiário*” (Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.*, 2001:240).

Outro aspecto negativo a que os alunos fazem referência neste estudo é à “*(...) pouca disponibilidade revelada pelos supervisores em termos do interesse e tempo para acompanhar o estagiário (...)*”, que descrevem com termos como “*`negligência´, `abandono´, `pouco tempo de supervisão´, pouca atenção às necessidades do estagiário, falta de reuniões de supervisão ou poucas idas do supervisor da Universidade à instituição de estágio (...)*”(Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.*, 2001:240).

Ainda neste estudo verificou-se que os alunos valorizam no supervisor do local de Ensino Clínico sobretudo aspectos como o acesso à informação, aos recursos materiais, à integração em equipas de trabalho com outros profissionais ou o apoio à socialização do aluno (Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.*, 2001).

Centrando-nos agora na opinião dos supervisores do local de Ensino Clínico, tanto no estudo realizado por Simões (2004) como por Longo (2005) estes intervenientes fazem referência a competências de âmbito relacional e comunicacional como um tipo de competências que o supervisor deve apresentar, de forma a minimizar/anular muitas das dificuldades relacionais que têm com os alunos e às quais fizemos referência no subcapítulo anterior.

Na sequência deste pensamento Simões (2004:203) descreve que “*(...) os enfermeiros cooperantes atribuem importância à capacidade de comunicação assertiva como contributo para a formação dos novos enfermeiros, considerando a gestão de emoções como uma competência (...) para melhorar a comunicação interpessoal.*”

Gestão de emoções que os supervisores entendem como a capacidade dos supervisores não se deixarem levar “*(...) pelo impulso inconsciente e ter uma reacção de punição perante o supervisionado.*” (Simões, 2004:203), que poderá levar a que numa próxima experiência fique “*(...) inibido, não demonstrando o seu verdadeiro `eu´ ao supervisor*”, mas que envolve também evitar “*(...) o envolvimento desmedido (...), que*

“(...) poderá trazer consequências irremediáveis quer para o supervisor quer para o supervisionado.” (Simões, 2004:204).

Mas para além de uma gestão das emoções, os intervenientes deste estudo referem ainda como essencial ter um conhecimento prévio da personalidade dos estudantes, de modo a evitar episódios de agressividade dos professores para com os alunos e dos alunos para com os professores, tal como descrito no subcapítulo anterior (Simões, 2004).

Assim, de acordo com os intervenientes deste estudo, a atitude do supervisor do local de estágio, tem que ser de “(...)suporte, de cuidar (...)”(Simões, 2004:203), tal como temos vindo a defender ao longo deste trabalho.

Atitude esta que não descrevem para os docentes, aliás as competências de âmbito comunicacional “(...) são desprovidas de qualquer atenção nas narrativas dos enfermeiros cooperantes.”, relativamente aos docentes (Simões, 2004:156).

Longo (2005:180) centrando-se também nos supervisores do local de Ensino Clínico identifica competências comunicacionais como “*Ser Bom Comunicador*” e competências relacionais como “*Estabelecer uma Relação Empática*”; “*Ter Capacidade de Ouvir*”; “*Ser Disponível*”; “*Pôr o aluno à Vontade*”; “*Ser Presente*”; “*Ser Pouco Directivo*”; “*Ser Capaz de Gerir Conflitos*”; “*Ser Paciente*”; “*Ser simpático*” e por fim “*Ser Acessível*”, como devendo estar presentes num supervisor do local de Ensino Clínico, não havendo referência às do docente.

Por fim, os docentes no estudo realizado por Fonseca (2004) fazem também referência a competências de índole relacional como essenciais nos supervisores: docentes e enfermeiros.

E neste grupo de competências, realçam sobretudo as relativas ao docente, sublinhando atitudes deste como “(...) não chamar a atenção do aluno perante o doente e outros enfermeiros (...)”(Fonseca, 2004:102), assim como a importância de possuir capacidade de comunicação, gestão de conflitos, bem como capacidade para estabelecer uma relação empática (Fonseca, 2004).

Após esta análise sobre este grupo de competências, facilmente se compreende que Alarcão & Tavares (2003:152) se refira a estas como de fundamental importância para “(...) mobilizar as pessoas, explorar as tensões entre o real e o ideal, gerir conflitos e criar a empatia necessária ao relacionamento interpessoal construtivo.”, ou seja, são imprescindíveis em todas as áreas de acção do supervisor.

Para além de imprescindíveis, há que salientar que a ênfase que o supervisor atribui a cada uma das atitudes referenciada por Glickman “ (...) *determina o seu estilo de supervisão, que poderá recair num dos três tipos seguintes: não directivo, de colaboração, directivo.*”(Glickman, in Alarcão & Tavares, 2003:75), aos quais estão associadas determinadas atitudes e comportamentos, que segundo Glickman (in Alarcão & Tavares, 2003) não são exclusivos de um ou outro estilo de supervisão.

Supervisor não - directivo “ (...) *é aquele que manifesta desejo e capacidade de atender ao mundo do professor, de o escutar, de esperar que seja ele a tomar as iniciativas. Sabe (...) calar-se para ouvir o professor a falar, é capaz de verbalizar as ideias e os sentimentos que este, explícita ou implicitamente, lhe vai manifestando, sabe encorajá-lo, ajudá-lo a clarificar as suas ideias e os seus sentimentos, pede-lhe informações complementares quando elas são necessárias.*” (Glickman, in Alarcão & Tavares, 2003:75).

Por sua vez, o supervisor que utiliza estratégias de colaboração “ (...) *verbaliza muito o que o professor lhe vai dizendo, faz sínteses das sugestões e dos problemas apresentados, ajuda a resolvê-los.*” (Glickman, in Alarcão & Tavares, 2003:75).

Por, fim o de tipo directivo “ (...) *concentra as suas preocupações em dar orientações, em estabelecer critérios e condicionar as atitudes do professor.*” (Glickman, in Alarcão & Tavares, 2003:75).

E a adequação da utilização de um ou de outro tipo de estratégia, directiva, não directiva e de colaboração está segundo Glickman (1985), Glickman e Gordon (1987,1990), citados por Alarcão, in Alarcão (1996:30) intimamente relacionado “ (...) *com o nível de desenvolvimento do professor (incluindo factores de personalidade e domínio da matéria), situação que exige do supervisor conhecimentos sobre a psicologia do adulto e a relação interpessoal, para além de conhecimentos da matéria em causa.*”

2.2 Competências interpretativas

Alarcão & Tavares (2003:151) definem competências interpretativas como “ *a leitura da realidade humana, social, cultural, histórica, política, educativa e a capacidade*

para, antecipadamente, detectar os desafios emergentes no que concerne à escola e à educação e formação.”

Leitura, conhecimento, compreensão da realidade, ou seja do aluno enquanto pessoa, assim como dos problemas sempre novos com o qual o supervisor se confronta no decurso da sua prática como enfermeiro e como supervisor, o que é imprescindível para que o supervisor seja capaz de mobilizar os recursos adequados a cada situação, só possível como já se disse por meio da reflexão.

É através da reflexão que o supervisor é capaz de “(...) *analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhes deram origem*”, aspecto este que Mosher e Purpel (1972), in Alarcão & Tavares (2003:73) defendem como uma das características a manifestar pelo supervisor.

Mas, não só através da reflexão, Alarcão & Tavares (2003: 152) defendem que “ *À capacidade de analisar e discutir criticamente os contextos em que a escola e os seus actores se situam, bem como os sinais indicadores de mudanças a efectuar, há que aliar a capacidade de criar situações de observação e inteligibilidade dos fenómenos e das situações, pela construção, tanto quanto possível partilhada, de sentidos.* “

Aliás supervisionar é descrito como “(...) *um processo de interacção consigo e com os outros, devendo incluir processos de observação, reflexão e acção do e com o professor.*” (Amaral *et al.*, in Alarcão, 1996:94).

Observação e reflexão do e com o aluno de enfermagem, mas também com o docente, fundamentais na medida em que reflectindo em conjunto sobre os diferentes saberes permitem articular teoria e prática e contribuem para o desenvolvimento de competências metacognitivas em todos estes elementos, como já se disse essenciais a uma permanente auto-avaliação/auto-supervisão e conseqüentemente uma actuação sempre competente.

É na seqüência deste pensamento que Amaral *et al.*, in Alarcão (1996:94) referem que “ (...) *os supervisores deverão desenvolver em si próprios atitudes de reflexão sobre tudo o que fizeram, fazem e venham a fazer, perspectivando o futuro de modo a continuar esse processo de desenvolvimento holístico.* “

E a adopção de uma atitude reflexiva só é possível na presença de outras atitudes como abertura de espírito, responsabilidade e empenhamento (Dewey, in Zeichner, 1993; Dewey, in Alarcão, 1996).

Abertura de espírito que consiste no “(...) *desejo activo de se ouvir mais do que uma única opinião, de se atender a possíveis alternativas e de se admitir a possibilidade de erro, mesmo naquilo em que se acredita com mais força.*” (Dewey, in Zeichner, 1993:18).

Por sua vez, por responsabilidade entende-se a “ (...) *ponderação cuidadosa das consequências de uma determinada acção.*” (Dewey, in Zeichner, 1993:19). Implica que o supervisor reflecta não apenas sobre o grau de consecução dos objectivos, mas sobretudo sobre as consequências da sua acção, que segundo Dewey, in Zeichner (1993:19) podem ser de três tipos: pessoais, ou seja os “*efeitos do seu ensino nos auto-conceitos dos alunos*”; académicas “ *efeitos do seu ensino no desenvolvimento intelectual dos alunos*” e por fim consequências sociais e políticas “*os efeitos do seu ensino na vida dos alunos*”.

Por fim o empenhamento compreende “(...) *a predisposição para enfrentar a actividade com curiosidade, energia, capacidade de renovação e luta contra a rotina.*” (Dewey, in Zeichner, 1993, citado por Amaral *et al.*, in Alarcão, 1996: 99).

Assim, são estas três atitudes que permitem ao supervisor reflectir e interpretar constantemente a sua prática, o que constitui a chave, a competência a caminho de uma acção cada vez mais competente.

E a importância desta competência é também reconhecida por alguns dos vários intervenientes deste processo nos vários estudos que temos vindo a mencionar.

Relativamente aos alunos, Belo (2003) verificou que estes não apontam este tipo de competências como necessárias no supervisor do local de Ensino Clínico bem como no docente.

Por sua vez, os supervisores do local de Ensino Clínico no estudo realizado por Simões (2004) não se referem a este grupo de competências para os docentes, mas referem-no como essencial para eles próprios enquanto supervisores.

Deste modo, para que estes intervenientes interpretem a realidade e sejam capazes de se auto-supervisionar necessitam segundo eles de “ (...) *desenvolver a capacidade de*

aprendizagem que é, em grande medida, experiencial e contínua, a reflexão sobre a vivência dos episódios para a valorização a nível pessoal e profissional, e a responsabilidade, assumindo os seus erros e o seu papel na formação em ensino clínico.” (Simões, 2004:203).

Também Longo (2005) no seu estudo identifica competências deste tipo, integrando-as num grupo de competências que designa como cognitivas.

Neste grupo de competências para além do espírito crítico, a presença de conhecimentos técnicos e científicos, pedagógicos constituem outros dos indicadores deste grande grupo.

Ainda centrando-nos nos vários intervenientes do processo supervisivo, neste caso sobre os docentes, também eles identificam competências de índole interpretativo como devendo estar presentes nos supervisores da instituição escolar e nos supervisores do local de Ensino clínico (Fonseca, 2004).

Deste modo, dentro das competências interpretativas Fonseca (2004:100) identificou as seguintes subcategorias. “*Identificação de Necessidades do Aluno*”; “*Identificação de Necessidades do Docente*”; “*Identificação de Necessidades dos Vários Intervenientes*”; “*Aproximação da sua Atitude do docente ao Ser Aluno*”; “*Aproximação da Atitude do Docente ao Contexto das Práticas do Aluno*” e por fim “*Preocupação do Docente quanto ao Futuro do Aluno*”.

Relativamente aos supervisores do local de Ensino Clínico, Fonseca (2004:103) identificou apenas uma subcategoria como parte integrante deste grupo de categorias, a qual “*Atitude do enfermeiro face ao Processo de Aprendizagem*”, em que os docentes encaram os enfermeiros como modelos para os alunos.

2.3 Competências de análise e avaliação

Competências de análise e avaliação de “*(...) situações, iniciativas, projectos e desempenhos individuais e institucionais.*” (Alarcão & Tavares, 2003:151), constitui tendo em conta a importância que a análise e avaliação assumem no desempenho deste papel, outro grupo de competências fundamentais num supervisor, intimamente relacionadas com as competências de índole interpretativo.

E a importância deste tipo de competências é reconhecida pelos vários intervenientes de todo este processo, sendo visível nos resultados dos vários estudos que temos vindo a apresentar.

Um desses estudos é o de Belo (2003), o qual verifica que as competências de análise e avaliação são apontadas pelos alunos como um dos grupos de competências a apresentar quer pelo supervisor do local de Ensino Clínico quer pelo docente.

Dentro deste grupo de competências tanto relativamente ao supervisor do local de Ensino Clínico como ao docente, esta autora identifica a subcategoria desempenho e desenvolvimento, na qual identifica o processo de avaliação do aluno como indicador.

Processo de avaliação, pois segundo Belo (2003) os alunos não criticam a classificação obtida, mas sim a maneira como foram avaliados no seu desempenho e desenvolvimento pelos supervisores do local de Ensino Clínico e docentes.

E relativamente aos supervisores do local de ensino Clínico criticam o facto de serem *“(...) avaliados por experiências anteriores ou porque os enfermeiros sem os conhecerem bem, no final fazem a sua avaliação.* (Belo, 2003:179).

Por sua vez, os docentes são criticados por no final do Ensino Clínico atribuírem aos alunos uma classificação sem que os elucidem ou corrijam em tempo real, pelo que esta autora defende mesmo que estes apenas *“(...) se preocupam com a classificação e não com o processo de avaliação.”* (Belo, 2003:180).

E a importância deste tipo de competências é também reconhecida pelos supervisores do local de Ensino Clínico no estudo realizado por Simões (2004), mas também no realizado por Longo (2005), embora neste último através dos conhecimentos pedagógicos.

Simões (2004:203) descreve que estes referem necessitar no acto de introspecção de *“capacidade de análise e avaliação do desempenho e desenvolvimento dos processos de formação e de avaliação dos alunos, das suas atitudes e das do aluno, dos factores que influenciam a avaliação e de situações relacionadas com o papel dos enfermeiros cooperantes e com o processo de formação em enfermagem.”*

Mas não são só eles que necessitam deste tipo de competências, segundo estes intervenientes também os docentes necessitam destas.

Competências estas que são identificadas apenas pela sub-categoria desempenho e desenvolvimento, só possível se os docentes orientarem os alunos (Simões, 2004).

Os supervisores do local de Ensino Clínico referem ainda que “(...) *os docentes por vezes encontram-se alheados das situações dos alunos, havendo necessidade de recorrer às informações dos enfermeiros cooperantes (...)*” (Simões, 2004:155).

Para além de recorrer às suas informações, os supervisores do local de Ensino Clínico consideram essencial a abertura do docente à discussão com eles, de fundamental importância ao “(...) *melhoramento de novas formas de abordagem no ensino clínico, pois permitirá a troca de experiências, expectativas e realidades, o que infelizmente não se passa com todos os docentes.*” (Simões, 2004:155).

Por fim, defendem que o processo de avaliação do aluno pelo docente é de fulcral importância, na medida em que estes “(...) *assumem um papel preponderante e eficaz no questionamento de conhecimentos aos alunos.*” (Simões, 2004:205).

Papel importante que os docentes no estudo realizado por Fonseca (2004) embora o reconheçam de fundamental importância para o seu próprio desenvolvimento, referem que nem sempre o desenvolvem da forma mais adequada.

Os docentes sentem assim algumas dificuldades em avaliar, o que também é sentido pelos supervisores do local de Ensino Clínico e também pelos próprios alunos em relação a estes dois intervenientes (Belo, 2003; Fonseca, 2004; Longo, 2005 e Simões, 2004), dificuldade à qual nos reportamos no subcapítulo anterior.

Dificuldades que podem ser atenuadas se no decurso de todo este processo, os vários intervenientes do processo superviso tiverem em consideração alguns aspectos relativos à avaliação, aos quais a seguir nos reportamos de uma forma muito sucinta.

Primeiramente é preciso ter em conta o que se entende por avaliação que segundo Lesne (1984:132), citado por Rodrigues, *in* Estrela & Nóvoa (1999:25) “(...) *é pôr em relação, de forma explícita ou implícita, um referido (o que é constatado ou apreendido de forma imediata, objecto de investigação sistemática, ou de medida) com um referente (que desempenha o papel de norma, de modelo, do que deve ser, objectivo perseguido, etc)*”, ou seja consiste segundo Lesne (1984), Guba e Lincoln (1985), citado por Rodrigues, *in* Estrela & Nóvoa (1999:25) em “(...) *confrontar dados de facto (“o real”, “o existente”) com o desejado, o esperado, o ideal, que é composto de normas, objectivos ou critérios, e permite atribuir um valor, uma utilidade ou uma significação aos dados concretos que constituem o referido*”

Neste sentido, a formulação de juízos, característica essencial da avaliação, obriga a que

se definam critérios que sirvam de base à elaboração desses mesmos juízos.

Definição de critérios, que num ensino clínico que se pretende assente numa relação parceria, não deverá como temos vindo a defender ser efectuado apenas pelo docente, mas por todos os intervenientes do processo supervisivo, com vista a implicá-los e co-responsabilizá-los no processo avaliativo, contribuindo para que mais facilmente se apropriem desses mesmos critérios (Alarcão & Tavares, 2003 e Rosales, 1992).

Nesta linha deste pensamento Kemmis (1986, *in* Rosales, 1992:79) refere que “(...) *cada participante possui as suas próprias perspectivas de valor e os seus interesses específicos, o que dá lugar à proposta de determinados critérios para o desenvolvimento e realização do ensino (...) a avaliação deverá basear-se num processo de negociação que dê lugar a um consenso que considere todos os possíveis critérios e perspectivas de um modo equilibrado, sem preferência por qualquer ponto de vista em especial.*”

Mas não só a definição de critérios deverá ser um processo a realizar por todos os elementos envolvidos, pois esta acção conjunta deverá prolongar-se a todo o processo de avaliação, que enquanto contínuo decompõem-se em vários momentos, cada um deles como uma função específica.

Diagnosticar, ou seja “(...) *determinar as características da situação inicial de um determinado processo didáctico que se quer pôr em marcha e servir de base, portanto, a decisões sobre a programação ou esboço do mesmo.*” e “ (...) *aprofundar o conhecimento das causas de determinados problemas ao longo do ensino, ou cujo caso serviria de base para decisões relativas à sua recuperação.*”, constitui uma das suas funções, que quando realizada ao longo do ensino clínico, se associa à de carácter formativo (Rosales, 1992:36)

Função formativa constitui assim uma das suas outras funções, que projectando-se “(...) *sobre o processo didáctico e não sobre os resultados.*” (Scriven, 1967, *in* Rosales, 1992:36), desempenha uma função pré-activa, na medida em que constitui um ponto de apoio para o aperfeiçoamento do ensino (Stufflebeam, 1972, *in* Rosales, 1992:36).

Por fim a avaliação sumativa que “ (...) *tem lugar no fim de um determinado processo*

didático, verifica os resultados do mesmo e serve de base para adoptar decisões de certificação, de promoção ou repetição, de selecção.” (Rosales,1992:36).

Destas funções da avaliação, Alarcão & Tavares (2003) desenvolvem sobretudo a avaliação formativa e sumativa, defendendo que a primeira deve ser sincrética e analítica e a segunda sintética.

Sintética, pois a avaliação sumativa “(...) *deveria constituir um momento de síntese a que o avaliador chegasse depois de ter passado por uma fase de análise pormenorizada, seria o momento de se esquecer do pontual, do particular para se concentrar na opinião que ele tem do professor, uma opinião que fica quando nos esquecemos dos pormenores para nos concentrarmos no essencial, quando pensamos no formando ou professor estagiário que está a acabar o seu estágio e tentamos antecipar que professor ele poderá vir a ser no futuro.*”

Neste sentido, uma avaliação sumativa deve ser global, “ (...) *atender à pessoa do professor como um todo e não como um somatório de características ou comportamentos.*” (Alarcão & Tavares, 2003:110).

Finalizando, todos estes momentos de avaliação deverão ser realizados como já se disse por todos os intervenientes do processo supervisoivo, através de processos de hetero e auto-avaliação.

E será sobretudo através deste último processo: auto-avaliação, competência metacognitiva (Le Boterf, 1994), que alunos e supervisores conseguirão conhecer-se a si próprios, regular a sua aprendizagem, progredindo-a e/ou redireccionando-a e caminhando no sentido de uma supervisão em Ensino Clínico cada vez mais competente (Hadji, 1997, *in* Santos, 2002).

2.4 Competências de dinamização da formação

Percebido o papel a adoptar quer pelo aluno quer pelo supervisor no processo supervisoivo, o do supervisor como facilitador da aprendizagem, como aquele que dinamiza, anima, conduz a reflexão do aluno, que aqui tem um papel activo, facilmente se percebe que outro dos grupos de competências a apresentar pelo supervisor sejam as de dinamização da formação.

É nesta ordem de ideias que Alarcão & Tavares (2003:151) descrevem este tipo de competências como “ (...) *indispensáveis ao apoio e estímulo às comunidades de aprendizagem colaborativa, à mobilização e gestão de saberes e de estratégias, ao apoio na sistematização do conhecimento produzido.*”

Deste modo, “ *À capacidade de promover processos de mudança, não só ao nível superficial do discurso, mas ao nível profundo das representações, não pode ser alheio o poder de dinamizar comunidades de aprendizagem caracterizadas por processos de aprendizagem em grupo e diálogo construtivo.*”

Na sequência deste pensamento, “ *também não será possível apoiar o desenvolvimento de projectos de investigação na acção e fazer a respectiva monitorização sem ser capaz de animar situações transformadoras da experiência em aprendizagem e de ajudar a sistematizar saberes resultantes da participação em projectos.*”

E a importância deste tipo de competências é também reconhecido por Mosher e Purpel (1972, *in* Alarcão & Tavares, 2003:73), na medida em que citam a “*competência em desenvolvimento curricular e em teoria e prática de ensino*” como uma das seis áreas de características a manifestar pelo supervisor.

E este tipo de competências é também reconhecida pelos alunos como fundamental num supervisor do local de Ensino Clínico assim como num docente, embora nem sempre presentes (Belo, 2003).

A respeito dos supervisores do local de Ensino Clínico os alunos referem que o seu conhecimento sobre as metodologias, estratégias e conteúdos da formação é insuficiente (Belo, 2003).

“*Referem que os enfermeiros nem sempre têm presente os conhecimentos técnico-científicos para os transmitirem adequadamente aos alunos e que possuem “ muitos vícios”*” (Belo, 2003:179).

Para além deste tipo de conhecimentos, os alunos identificam falta de conhecimentos em supervisão, referindo que alguns supervisores do local de Ensino Clínico não sabem supervisionar e desconhecem estratégias de formação (Belo, 2003).

Ainda a respeito deste tipo de competências, os alunos referem que nem sempre os supervisores do local de Ensino Clínico conseguem estimular e motivar a sua

aprendizagem. Uma das situações por eles descrita que contribui para esta desmotivação é o facto de nem sempre os deixarem prestar cuidados de enfermagem (Belo, 2003).

Estimulação e motivação da aprendizagem são capacidades a que os alunos relativamente aos docentes não fizeram referência, que Belo (2003:181) justifica com o facto de que “(...) talvez não tenham sentido o estímulo, a motivação, que é fundamental para quem está a ser supervisionado.”

Para além disso, também não se referiram à identificação de necessidades, que Belo (2003) justifica com o facto de talvez não tivessem tido oportunidade de observar os docentes relativamente a este aspecto, assim como os supervisores do local de Ensino Clínico, pois também não fazem referência a este aspecto relativamente a estes últimos. Segundo Belo (2003) os alunos referem-se sobretudo à mobilização e gestão de saberes por parte dos docentes, sendo que a maioria discorda das metodologias e estratégias de formação por estes utilizadas.

A importância deste tipo de competências em ambos os supervisores é também reconhecida pelos supervisores do local de Ensino Clínico (Longo, 2005; Simões, 2004).

Segundo estes é necessário “(...) existir flexibilidade do processo de ensino/aprendizagem, uma vez que este deverá ser recíproco, com mobilização e coordenação de saberes, não esquecendo que os alunos aprendem, mas também transmitem saberes e necessidades, sendo indispensável a preocupação na identificação destas últimas.” (Simões, 2004:146).

Para além disto, também a capacidade do supervisor para estimular e motivar para a aprendizagem foi referida por estes como um aspecto importante deste grupo de competências (Simões, 2004).

Relativamente aos docentes, os supervisores do local de Ensino Clínico expressam sobretudo “(...) algumas críticas desfavoráveis, nomeadamente quanto à mobilização e gestão de saberes, uma vez que os docentes são apontados por não coordenarem os conteúdos programáticos com as práticas, ou por não possuírem a destreza exigível para a prática de cuidados.” (Simões, 2004:154).

Para além disso, relativamente à identificação de necessidades, alguns supervisores do local de Ensino Clínico defendem que “(...) os docentes, por contacto prévio com os alunos, se encontram em vantagem para definir as necessidades destes, conseguindo seleccionar a melhor metodologia, estratégia e conteúdos de formação.” (Simões,

2004:154), outros contrariamente consideram que os docentes “(...) *não vêem o aluno de forma holística e que atitudes permissivas por parte destes podem influenciar o futuro enfermeiro que está em formação.*” (Simões, 2004:155).

Por fim os supervisores do local de Ensino Clínico descrevem um docente capaz de estimular e motivar a aprendizagem como aquele capaz de ensinar a pensar e a fazer (Simões, 2004).

No estudo realizado por Longo (2005) os supervisores do local de Ensino Clínico referem-se sobretudo à importância da mobilização e gestão de saberes.

Os docentes por sua vez apontam este tipo de competências, mais especificamente a integração de saberes, como uma das essenciais ao desempenho do seu papel como supervisores, não se reportando a elas para o supervisor do local de estágio.

E a respeito dos conhecimentos em supervisão, Alarcão & Tavares (2003:156) defende que “ *A supervisão não deve ser um mero campo de aplicação de saberes desenvolvidos noutros contextos. Mas, assumindo-se como campo de acção e de saber multifacetado, deve saber recorrer a saberes contributivos, após equacionar os problemas que lhe são específicos e, deste modo, criar conhecimento específico.*”

Relativamente aos saberes contributivos Alarcão & Tavares (2003:155) defendem que “ *O desenvolvimento de áreas científicas como a psicologia social e o aconselhamento, a consciencialização do modo como os adultos aprendem e se desenvolvem, o refinamento de técnicas de observação, avaliação e dinâmica de grupos, os novos saberes em termos de gestão de recursos e de estratégias de desenvolvimento profissional, e os progressos em termos de desenvolvimento curricular são, entre outros, contributos sérios que um supervisor não pode deixar de conhecer e aprofundar.*”

Nesta ordem de ideias, Lee Shulman (1986), citado por Sá-Chaves, *in* Costa *et al.* (2000) e Sá - Chaves (2000) refere-se a sete dimensões do conhecimento prático do docente: conhecimento de conteúdo, do *currículum*; pedagógico geral; pedagógico de conteúdo; dos contextos; do aprendente e dos objectivos, fins e valores educacionais.

Destes, o conhecimento pedagógico de conteúdo é segundo este autor a dimensão fulcral do conhecimento profissional dos docentes, pois consiste na “(...) *capacidade reflexiva para tornar cada conteúdo compreensível, quer através da sua desconstrução, quer através do conhecimento e controlo de todas as outras variáveis no processo de*

ensino-aprendizagem (...)”, o que implica que a dimensão conhecimento de conteúdo, esteja adquirida, na medida em que “(...) *ninguém pode desconstruir aquilo que não conhece (...)*”(Sá- Chaves, in Costa et al., 2000:44).

Subjacente ao conhecimento de conteúdo está o conhecimento pedagógico geral, que consiste no “(...) *conjunto de saberes transversais às diferentes disciplinas, tais como estratégias para planificar, avaliar, etc (...)*”(Sá- Chaves, in Costa et al., 2000:45).

Por sua vez, o conhecimento do *curriculum* consiste no conhecimento de outras áreas disciplinares, assim como dos “(...) *programas e outros materiais que se constituem como `ferramentas de trabalho´(...)*”(Sá- Chaves, in Costa et al., 2000:45).

O conhecimento das características dos aprendentes é outra dimensão do conhecimento de fundamental importância, na medida em que rege e constitui critério para adequação da (des) construção a realizar (Sá-Chaves, in Costa et al., 2000 e Sá – Chaves, 2000).

Para além disto, é essencial que o supervisor possua conhecimento dos contextos “(...) *como forma de adequar estratégias e linguagens que se enquadram nas matrizes culturais e vivências dos aprendentes, facilitando desse modo a intercomunicação e, sobretudo, a real comunicação, enquanto fundamento de uma aprendizagem significativa, pertinente e relevante para o Aluno.*” (Sá- Chaves, in Costa et al., 2000:45).

Por fim, “*o conhecimento das Metas e dos Valores que regulam o processo educativo constitui também uma condição sine qua non reguladora da prática reflexiva que sustenta o Conhecimento Pedagógico de Conteúdo.*” (Sá- Chaves, in Costa et al., 2000:46).

Para além de todos estes conhecimentos Sá-Chaves (2000) recorre a Freema Elbaz (1988) para referir-se a uma outra dimensão do conhecimento: o conhecimento de si próprio.

2.5 Competências pessoais

Tendo em conta que a concepção de competência que temos vindo a defender “(...) *estende o seu olhar ao continuum da praxis humana, enquanto dimensão intencional, deliberada e consciente do sujeito pelo que, vem carregada de sentidos e marcada pelas atitudes subjacentes ao quadro de valores pelo qual o sujeito que age se pauta e se rege*”, facilmente se compreende a dimensão pessoal como parte integrante da competência (Sá-Chaves, 2000:98).

Dimensão pessoal que “(...) diz respeito à intervenção do formador enquanto pessoa, com um quadro de valores, conhecimentos e convicções próprio que lhe confere identidade nos modos de intervenção interpessoal a que os sistemas complexos sempre dão oportunidade.” (Zimpher e Howey,1987, in Ralha Simões, 1997, citado por Sá-Chaves, 2000:99).

Na sequência deste pensamento estes autores defendem que “ (...) nenhum professor ensina apenas aquilo que sabe, mas também (e porventura, sobretudo) aquilo que é.”(Zimpher e Howey,1987, in Ralha Simões, 1997, citado por Sá-Chaves, 2000:99).

E aquilo que é, o seu “ (...) desenvolvimento pessoal é a competência fundamental de todo o profissional da educação, pelo papel potenciador que esta competência tem em relação a todas as demais que terá de desenvolver no seu desempenho.” (Tavares, in Sá-Chaves, 1997:69)

A este respeito Tavares (in Sá-Chaves, 1997:69) refere que “ Embora investigações levadas a cabo sobre esta competência (...) tenham defendido não se poder concluir de um modo linear que os professores mais desenvolvidos pessoalmente sejam os melhores profissionais, todos são unânimes em afirmar que normalmente um professor, com um elevado desenvolvimento pessoal, tem melhor sucesso na sua acção educativa e profissional.”, pelo que este autor defende que é “(...) por esta competência que, de certa forma, passam e convergem as restantes, servindo-lhes, ao mesmo tempo, de suporte e de razão de ser.”

De seguida enunciaremos algumas das características encontradas na literatura relativamente à figura do supervisor que se enquadram neste grupo de competências.

Uma dessas características que é enunciada por Mosher e Purpel (1972, in Alarcão & Tavares, 2003:73), assim como por Caires & Almeida (in Gonçalves *et al.*, 2001) diz respeito à “ *responsabilidade social assente em noções bem claras sobre os fins da educação*”

E debruçando-nos sobre o estudo de Caires & Almeida (in Gonçalves *et al.*, 2001) apercebemo-nos que os alunos relativamente a características positivas do supervisor referem-se a muitas outras de natureza pessoal como o dinamismo, capacidade de liderança ou perspicácia.

Ainda no campo dos alunos, num estudo a que já nos reportámos, o de Belo (2003), os alunos embora não se referindo a este grupo de competências dos supervisores, mencionam a motivação para a função como uma das características a manifestar pelos supervisores, a qual faz parte integrante deste grande grupo.

A importância da motivação é também referida por Daloz (*in* Reid, 1994) como um factor determinante da qualidade da supervisão, mas também pelos próprios supervisores do local de Ensino Clínico, os quais mencionam muitas outras características deste tipo, entre as quais “*ser exigente*”; “*ser bem formado (a)*”; “*Ter postura/ Saber–Estar*” e “*ter estabilidade emocional/maturidade*” (Longo, 2005: 180).

De referir que nos outros estudos que temos vindo a apresentar, os de Simões (2004) e de Fonseca (2004) não apresentam referências a este grupo de características.

PARTE II

TRABALHO EMPÍRICO

Capítulo IV

Enquadramento Metodológico

Efectuado um enquadramento teórico e conceptual do estudo, neste capítulo apresentaremos o problema, os objectivos e questões de investigação, o tipo de estudo, os sujeitos, bem como as técnicas de recolha e tratamento de dados.

1. Da problemática aos objectivos do estudo

Da revisão bibliográfica efectuada facilmente se compreende a importância que o Ensino Clínico assume no desenvolvimento de competências em todos os elementos do processo supervisivo.

Debruçando-nos particularmente sobre os alunos, o Ensino Clínico constitui pelas razões já enunciadas, um dos momentos da sua formação inicial mais importante para que desenvolvam as competências que lhes são exigidas como futuros enfermeiros.

Desenvolvimento de competências, só possível como temos vindo a defender ao longo deste trabalho, se em contacto com a prática o aluno for capaz de “(...) *sair do círculo da prática e das suas justificações (...) e adoptar a démarche da teoria, pôr hipóteses (...)*”, reflectir (Malglaive, 1995: 74).

Démarche que deverá ser desafiada e ao mesmo tempo acompanhada, ajudada/apoiada e também avaliada por aqueles que são considerados os principais responsáveis pelo sucesso do Ensino Clínico, o supervisor da instituição de Ensino Superior e o supervisor do local de Ensino Clínico, através de uma relação de cooperação, parceria,

imprescindível, como já vimos face às crescentes exigências e mudanças que se fizeram sentir tanto no campo do Ensino Superior como no campo da prática de Cuidados.

Desafiar a reflexão, ajudar a perspectivar, dar suporte e avaliar são acções que, como vimos ao longo deste trabalho, estão inerentes ao papel de supervisor de Ensino Clínico para o qual a maioria dos supervisores do Ensino Superior estão preparados, contrariamente aos supervisores do local de Ensino Clínico, que durante a sua formação inicial foram preparados para ser enfermeiros e não para serem supervisores, apesar desta função se encontrar consignada pela Ordem dos Enfermeiros como inerente ao seu papel de enfermeiro.

Falta de formação em supervisão clínica durante a formação inicial, mas também muitas das vezes durante toda a sua actividade profissional, na medida em que muitos enfermeiros provavelmente por considerarem que a supervisão clínica não faz parte das suas funções como enfermeiros, não consta dos seus investimentos em termos de formação contínua, apesar de no estudo de Longo (2005) metade dos entrevistados reconhecer os conhecimentos pedagógicos como importantes para o desempenho do seu papel como supervisores.

Mediante esta falta de preparação, e tendo em conta que por passarem mais tempo com o aluno que o supervisor da instituição escolar são considerados pelos alunos como mais importantes que estes últimos, uma questão que frequentemente nos tem inquietado como supervisores do local de Ensino Clínico e supervisores da instituição escolar, é a seguinte : Que tipo de competências do supervisor do local de Ensino Clínico, contribuem para que este constitua uma oportunidade para o aluno adquirir e desenvolver as competências necessárias para se tornar um enfermeiro competente?

De referir, que esta questão constitui também uma preocupação da Equipa de Enfermagem da qual fazemos parte, bem como dos docentes da escola onde este estudo foi aplicado, com os quais contactámos no sentido de definir melhor a problemática.

Perante esta questão que constituiu o problema de partida para esta investigação, optámos por explorá-la tomando como objecto de estudo as representações dos alunos de Enfermagem relativamente às competências do supervisor do local de Ensino

Clínico, por serem os alunos aqueles que mais sentem a maior ou menor qualidade da supervisão assegurada.

O estudo desta questão tem pertinência científica, pois apesar de em Portugal nos últimos tempos se ter verificado um crescente aumento do número de investigações na área da supervisão clínica em Enfermagem, Abreu (2003:63) continua a defender, tal como foi dito na introdução, que “ (...) *há necessidade de investir no estudo das diversas dimensões inerentes à prática clínica e à sua supervisão. Torna-se necessário desenvolver investigação centrada nas aprendizagens clínicas, modelos de supervisão clínica, condicionantes dos modelos de qualidade, experiências de tutoria e inteligência emocional em contexto clínico.*”, pelo que este estudo enquanto exploratório-descritivo e interpretativo pretende constituir-se como mais um contributo/subsídio para o aprofundar/enriquecer de conhecimentos nesta área.

Mas não só de importância científica se reveste esta investigação, pois pretendemos que os seus resultados contribuam para facilitar e melhorar a selecção dos supervisores do local de Ensino Clínico, assim como a sua formação, contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade do Ensino Superior, permitindo ao aluno adquirir e desenvolver as competências necessárias para ser um profissional competente.

Deste modo, esta investigação pretende ser útil para todos os elementos envolvidos no processo supervisoivo: alunos, docentes, supervisores do local de Ensino Clínico e enfermeiros chefes que muitas vezes são quem fica responsável pela selecção dos supervisores do local de Ensino Clínico.

Definido o problema, delineámos as seguintes questões de investigação:

Qual o papel dos Ensinos Clínicos na formação inicial de Enfermagem, segundo os alunos?

Que tipo de competências os alunos consideram que adquirem e/ou desenvolvem nos Ensinos Clínicos?

Como é que o aluno adquire e/ou desenvolve essas competências?

Quais os factores do Ensino Clínico que influenciam o desenvolvimento dessas competências?

Quais os papéis que os alunos atribuem ao supervisor do local de Ensino Clínico?

Existem diferenças segundo os alunos entre as competências de um enfermeiro para o exercício de cuidados de Enfermagem e as para o exercício do papel de supervisor de Ensino Clínico?

Formuladas as questões de investigação, definiram-se os seguintes objectivos gerais:

Conhecer as competências que segundo os alunos são desejáveis num supervisor do local de Ensino Clínico;

Perspectivar a formação necessária ao desenvolvimento das competências desejáveis num supervisor do local de Ensino Clínico;

Contribuir para a melhoria do processo de selecção dos supervisores do local de Ensino Clínico;

Por sua vez, como objectivos específicos desta investigação são:

Identificar as competências que os alunos consideram que adquirem e/ou desenvolvem em Ensino Clínico;

Identificar os factores do Ensino Clínico que influenciam o desenvolvimento de competências;

Identificar as competências relevantes do supervisor do local de Ensino Clínico, segundo a perspectiva dos alunos;

Identificar os critérios a atender na selecção dos supervisores do local de Ensino Clínico;

2. Fundamentação das opções metodológicas

Após formulado o problema de investigação que se pretende ver solucionado com a realização deste estudo, assim como os objectivos e questões de investigação, neste capítulo apresenta-se a metodologia a utilizar, de forma a responder a esse problema.

2.1 Natureza geral do estudo

Tendo por base que esta investigação visa conhecer as competências desejáveis num supervisor do local de Ensino Clínico, através das representações dos alunos de Enfermagem e tendo em conta o que se entende por representações, tal objecto exige que se aborde o conjunto de estruturas internas que lhe conferem sentido (Zabalza, 1994), só possíveis de obter através da linguagem/comunicação dos alunos.

Neste sentido, obter “ (...) *o significado imediato das acções segundo a perspectiva do actor.*” (Erickson, 1986:119), de forma a obter uma abordagem global das situações sociais para as descrever e compreender só é possível mediante um processo investigativo que assente num paradigma fenomenológico - construtivista, interpretativo, qualitativo (Bogdan & Biklen, 1994; Lincoln, 1992; Shulman, 1986; Tuckman, 2002, entre muitos outros), sendo este que está na base de toda esta investigação.

Significado das acções segundo a perspectiva dos actores, ou seja das pessoas que vivem as situações, neste caso os alunos, que são encarados segundo este paradigma como informantes privilegiados, pelo conhecimento que detêm da sua realidade, pela visão “*emic*” dessa mesma situação (Bogdan & Biklen, 1994; Erickson, 1986; Fortin, 1999, entre outros).

É neste sentido que Bogdan & Biklen defendem que “ *O significado é de importância vital na abordagem qualitativa*”, sendo que neste tipo de abordagem os investigadores estão interessados “(...) *no modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas*” (Bogdan & Biklen, 1994:50), de forma a aceder à “(...) *dinâmica interna das situações, dinâmica esta que é frequentemente invisível para o observador exterior*” (Bogdan & Biklen, 1994:51).

Deste modo, outra das características deste tipo de investigação mencionada por estes autores é que *“Na investigação qualitativa a fonte directa dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal”* (Bogdan & Biklen, 1994:47).

Assim, para o investigador qualitativo *“divorciar o acto, a palavra ou o gesto do seu contexto é perder de vista o seu significado”* (Bogdan & Biklen, 1994:48), pelo que este assume um papel activo e dinâmico no estudo, devendo interagir com a pessoa/ situação em estudo, de modo a proceder a uma aproximação entre o primeiro e o último, necessário para uma colheita de dados o mais adequada possível. Tal aproximação pode efectivar-se através de uma variedade de métodos, desde a observação, mais ou menos pormenorizada da pessoa ou fenómeno, vivendo com a pessoa ou grupo em estudo ou através do recurso a equipamento audiovisual. Estes autores salientam que *“(…) mesmo quando se utiliza o equipamento, os dados são recolhidos em situação e completados pela informação que se obtém através do contacto directo”* (Bogdan & Biklen, 1994:47).

Neste sentido, *“Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos”* (Bogdan & Biklen, 1994:49). O mais importante segundo esta perspectiva, é o próprio processo, sendo que este tipo de estudo tem sido particularmente útil na investigação educacional, mais especificamente no estudo *“(…) do modo como as definições (as definições que os professores têm dos alunos, as definições que os alunos têm de si próprios e dos outros) se formam”* (Bogdan & Biklen, 1994:50).

De referir, que neste tipo de investigação *“ Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números”* e *“(…) incluem transcrições de entrevistas, notas de campo, fotografias, vídeos, documentos pessoais, memorandos e outros registos oficiais”,* que são analisados *“(…) respeitando tanto quanto possível, a forma em que estes foram registados ou transcritos”,* sendo os resultados disseminados também sob a forma de palavra escrita, pelo que outra característica enunciada pelos autores que temos vindo a mencionar relativamente a este tipo de investigação é o seu carácter descritivo (Bogdan & Biklen, 1994:48). Esta abordagem *“(…) exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora*

do nosso objecto de estudo”, pelo que “ nada é considerado como um dado adquirido e nada escapa à avaliação”, sendo por isso que a descrição funciona bem como método de recolha de dados nesta abordagem (Bogdan & Biklen, 1994:49).

Por fim, tendo em conta tudo o referido em torno desta abordagem depreende-se que a lógica que orienta a investigação de acordo com este paradigma é uma lógica indutiva, ou seja, os dados ou provas não são recolhidos com o objectivo de “ (...) *confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente; ao invés disso, as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando*” (Bogdan & Biklen, 1994:50):

Deste modo, podemos concluir que contrariamente à representação matemática do mundo que nos dá a investigação quantitativa, a investigação qualitativa oferece uma representação compreensiva cuja análise, indutiva e aberta, permite gerar conceitos e categorias, pelo que o investigador toma um papel activo e é ele próprio a principal ferramenta de investigação, assumindo um papel relevante na recolha e análise do material obtido. Os dados são recolhidos, não para confirmar hipóteses previamente elaboradas, antes é sua análise indutiva que vai permitir organizar a experiência com sentido (Bogdan & Biklen, 1994).

Justificado o paradigma que está na base de toda esta investigação, há que referir que quanto à profundidade a classificamos como exploratória-descritiva, na medida em que existindo, ainda não muitos conhecimentos sobre o fenómeno em estudo, se pretende descobrir e explorar este fenómeno, proporcionando maior familiaridade com este, ou seja tornando-o mais explícito, de forma a descrever e compreender as suas características, através da interpretação do pensamento dos alunos (Gil, 2002; Polit e Hungler, 1995).

Por sua vez, quanto ao alcance temporal esta investigação classifica-se de transversal ou sincrónica, na medida em que este fenómeno será estudado apenas num único momento, podendo-se ainda afirmar, que realizando-se na situação natural onde ocorrem os fenómenos, se designa como uma investigação de campo (Fortin, 1999).

Assim, de forma a estudar este fenómeno, recorreremos nesta investigação ao estudo de caso, que consiste numa “ (...) *descrição analítica, intensiva, holística e globalizante de uma entidade bem definida, um fenómeno único ou uma entidade social única.*” (Merriam, 1988, in Matos & Carreira, 1994:23), neste caso de um grupo de alunos de Enfermagem de uma determinada escola de Enfermagem.

Atendendo a esta definição compreende-se que um estudo de caso se caracterize como particular, “*dado que se focam numa situação particular (o caso)*”, que “ *é importante pelo que revela acerca do fenómeno e daquilo que ele representa*”; como descritivo “ *dado que o produto final do estudo de caso é uma descrição (analítica) rica e completa com que se pretende interpretar os significados do fenómeno em estudo*” , como heurístico, visto que “ *iluminam a compreensão do leitor acerca do fenómeno em estudo*” e por fim como indutivo “ *dado que têm como suporte o pensamento indutivo*” (Merriam,1998, in Matos & Carreira, 1994: 23).

Perante estas características este é “(...) *insubstituível nos domínios em que a experimentação não pode ter lugar ou em que é limitado o seu campo de aplicação, por razões éticas, económicas ou porque de todo não foi possível realizar a experimentação*” (Merriam,1998, in Matos & Carreira, 1994: 22).

Também Yin, citado por Fortin (1999:164) refere que este é “*empreendido para responder às interrogações sobre um acontecimento ou fenómeno contemporâneo sobre o qual existe pouco ou nenhum controlo*”, como é o caso do objecto de estudo desta investigação, motivo pelo qual se optou por este tipo de estudo.

Segundo Robert, citado por Fortin (1999) este tipo de estudo pode servir para estudar o efeito de uma mudança num indivíduo, ou para aumentar o conhecimento que se tem de um indivíduo, contribuindo para a elaboração de hipóteses novas, sendo este último o objectivo deste estudo. Fortin (1999:165), acrescenta que o que essencialmente caracteriza um estudo de caso “ (...) *é a subtilidade com a qual é possível acumular dados sobre um caso particular (...)*”, neste caso sobre o tipo de competências dos supervisores do local de Ensino Clínico.

2.2 Caracterização dos sujeitos

Segundo Fortin (1999:202) população é definida como *“uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*.

Numa investigação existem normalmente dois tipos de populações, a população alvo e a população acessível (Fortin, 1999).

A população alvo é, segundo Fortin (1999), constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais deverão ser feitas generalizações, visto que esta raramente é acessível na sua totalidade.

Assim sendo, a população alvo deste estudo são todos os alunos de uma Escola de Enfermagem pública de Lisboa a realizar Ensinos clínicos, sob supervisão de um supervisor do local de Ensino clínico num processo de parceria com o professor da escola.

Por não ser possível, dada a extensão desta população, contactar com todos os alunos de Enfermagem dessa escola houve necessidade de efectuar uma delimitação desta população, sendo que a população acessível são todos os alunos de uma turma pertencente a essa determinada Escola Superior de Enfermagem, em que se pratica este modelo de formação da prática clínica.

De todas as turmas pertencentes a essa escola, a turma que se seleccionou foi a correspondente ao quarto ano, visto se tratar de alunos que para além de terem uma definição mais clara e específica das competências necessárias ao exercício da profissão de Enfermagem, já passaram por vários períodos de Ensino Clínico, onde contactaram com diferentes experiências de supervisão, pelo que nos poderão fornecer dados mais diversificados sobre o fenómeno em estudo, que não se restringem apenas à experiência que estão a viver no momento, mas sim a uma variedade de experiências neste contexto.

Tratando-se de um estudo de caso, que segundo Yan, citado por Gil (2002:54) constitui o *“delineamento mais adequado para a investigação de um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto real(...)”*, este foi aplicado quando estes alunos se encontravam

no decurso do Ensino Clínico de integração à vida profissional, na medida em que inseridos no contexto da situação em estudo, puderam transmitir um maior número de dados e de uma forma mais real.

De notar que estes elementos constituintes da população acessível se encontravam distribuídos por diferentes locais de Ensino Clínico, diferentes instituições de saúde e diferentes serviços, factores estes que poderão influenciar as representações dos alunos, pelo que consideramos importante entrevistar alunos de não apenas um único local de ensino clínico, mas sim de vários locais.

Para além disto, tendo em conta que as representações podem ainda ser influenciadas pelas experiências anteriores, bem como pela idade, considerámos importante ter em conta variáveis como uma reprovação anterior, a idade, bem como o sexo do entrevistado, pelo que nem todos os elementos que constituem a população acessível têm a mesma probabilidade de serem seleccionados, pelo que este tipo de amostragem se designa de não probabilística, intencional ou de conveniência (Moreira, 1994).

Este tipo de amostragem é característica deste tipo de investigação, pois tratando-se de uma investigação qualitativa, o mais significativo não é que a amostra seja representativa no sentido estatístico, mas sobretudo representativa de cada experiência, da forma de interacção ou da situação em estudo, pelo que a selecção dos elementos deverá ser efectuada por meio de critérios de selecção que assegurem uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar (Fortin, 1999).

Deste modo, dado tratar-se de um estudo de caso e dado o seu carácter exploratório não visámos estabelecer uma amostra propriamente dita, mas sim, um grupo de sujeitos, no caso 10 alunos, aos quais foram efectuadas entrevistas semi-estruturadas, como no subcapítulo seguinte especificaremos.

A respeito do número de sujeitos, Gil (2002:140) defende que *“embora não se possa falar em número ideal de casos, costuma-se utilizar de quatro a dez casos”*, sendo que segundo Eisenhardt, citado por Gil (2002:140) *”Com menos de dez casos, é pouco provável que se gere uma teoria, pois o contexto da pesquisa pode ser inconsciente; com mais de dez casos, fica muito difícil lidar com a quantidade e complexidade das informações”*.

De salientar, que a selecção dos sujeitos e aplicação do instrumento de colheita de dados foi precedida de um pedido formal de autorização ao Conselho de Administração da Escola Superior de Enfermagem dos alunos com os quais este estudo foi feito (Anexo I), o qual desde logo se mostrou bastante receptivo, visto ser um tema de interesse da própria instituição.

Após esta autorização, reunimos na instituição escolar com todos os alunos do quarto ano, onde explicámos os objectivos da investigação, a importância da sua participação e onde garantimos o anonimato das informações, de forma a incentivá-los/motivá-los a participar neste estudo.

Motivação que foi visível logo neste dia, visto que ao pedir-se a quem estivesse interessado que escrevesse numa folha o nome, idade, sexo e se tinha ou não reprovado, bem como o local onde se encontrava a realizar o Ensino Clínico, bem como o respectivo contacto telefónico, com vista a um contacto após a selecção, mais de metade da turma (constituída por 41 elementos) mostrou-se interessado em participar neste estudo.

Mediante as informações disponibilizadas seleccionou-se assim dez entrevistados, os quais todos com a mesma idade, 22 anos, visto que os sujeitos que se disponibilizaram em participar tinham todos esta idade.

Quanto ao sexo, dez são do sexo feminino e um do sexo masculino, visto que apenas um aluno do sexo masculino se mostrou disponível em participar neste estudo, embora a turma fosse constituída por 5 elementos deste sexo.

Relativamente a uma experiência de reprovação dentro do grupo que se disponibilizou para a participar no estudo, apenas 3 alunos tinham tido uma experiência deste tipo mas apenas na teoria, tendo sido estes seleccionados e agrupados no grupo de sujeitos em estudo.

Caracterizado os sujeitos, verificamos uma grande homogeneidade entre os diferentes elementos.

2.3 Processo e instrumento de recolha de dados

A técnica de recolha de dados utilizada neste estudo foi a entrevista, que consistindo “*num modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas*”(Fortin, 1999:245), ou como refere Estrela (1994:342) de “*(...) fornecer pistas para a caracterização do processo em estudo, como também conhecer, sob alguns aspectos, os intervenientes do processo.*” constitui um dos instrumentos básicos que numa perspectiva de pesquisa qualitativa, permite ter uma abordagem aos dados, na linguagem própria dos que a experienciam e colocar assim o investigador próximo dessa vivência.

A entrevista permite assim ao investigador colher informações junto dos participantes no que concerne aos factos, às ideias, aos comportamentos e aos sentimentos (Anderson & Arsenault, 1998; Fortin, 1999; Patton, 1990; Tukman, 2002, entre muitos outros), ou seja “*(...) se por um lado, se procura uma informação sobre o real, por outro, pretende-se conhecer algo dos quadros conceptuais dos dadores dessa informação, enquanto elementos constituintes desse processo*” (Estrela, 1994:342).

Tendo em conta a natureza do estudo, de natureza exploratória, a entrevista será semi-directiva, pois permite uma “*verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, ao passo que, através das suas perguntas abertas e das suas reacções, o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos objectivos da investigação e permite, que o seu interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade*” (Quivy, 2003:192), pois neste tipo de entrevista o investigador é livre de aprofundar, elucidar e clarificar determinado tópico no decurso da mesma.

Seleccionado o tipo de entrevista a realizar, há a referir que durante a fase de preparação e realização destas mesmas tentámos sempre atender aos requisitos metodológicos defendidos por diferentes autores (Anderson & Arsenault, 1998; Bogdan & Bicklen,

1994; Estrela, 1994; Fontana & Frey, 2003; Patton, 1990; Quivy, 2003 e Tuckman, 2002;).

Deste modo, tratando-se de uma entrevista semi-estruturada, primeiramente construímos um guião de entrevista (Anexo II), o qual foi elaborado tendo em conta o objecto de estudo, os objectivos do estudo e as ideias principais que subjazem do referencial teórico.

As perguntas que o constituem foram tal como os autores assim o defendem, elaboradas de forma aberta, de forma a permitir aos entrevistados a utilização dos seus quadros de referência, sem restrições ou imposições, expressando-se de uma forma livre.

Todas as perguntas foram estruturadas de acordo com os objectivos do estudo e enquadradas em quatro blocos temáticos, cujo objectivo de cada um explicamos através do quadro que a seguir apresentamos.

BLOCO TEMÁTICO	DESCRITOR
A - Legitimação e motivação para a entrevista	O objectivo deste bloco era informar o entrevistado sobre a natureza da investigação em curso, explicando a importância da colaboração dos alunos para a realização da investigação. Foi garantida a confidencialidade e anonimato das informações prestadas e a disponibilidade dos resultados da investigação, uma vez concluída. Foi ainda pedida autorização para gravar.
B - Ensino Clínico	Com este bloco pretendíamos perceber a importância atribuída pelos alunos à teoria e aos períodos de Ensino clínico no decurso da sua formação inicial, bem como identificar os factores que podem influenciar a aquisição e/ou desenvolvimento de competências durante o período de Ensino Clínico.
C - Competências dos alunos	Com este bloco pretendíamos identificar as competências que o aluno adquire e desenvolve em estágio e a forma como as adquire, bem como perceber algumas das dificuldades sentidas pelos alunos durante este período.

D - Competências do supervisor do local de Ensino Clínico	<p>É objectivo deste bloco identificar o papel, bem como as competências do supervisor do local de Ensino Clínico que contribuem para o desenvolvimento de competências no aluno, através da identificação das presentes, bem como das ideais.</p> <p>É também objectivo deste bloco identificar critérios de selecção dos supervisores do local de Ensino Clínico.</p>
---	---

Quadro nº 2: Blocos temáticos da entrevista- descritores

Construído o guião da entrevista e antes de procedermos à sua implementação efectuámos tal como os autores em que nos apoiámos defendem, um teste deste mesmo a três alunos que não figuraram entre os entrevistados, e que se disponibilizaram para este teste preliminar. Feitos alguns pequenos ajustes e bem conscientes da complexidade da técnica de entrevista, demos início às entrevistas, fonte de dados para esta investigação, que decorreram em Janeiro de 2005.

Todas as entrevistas foram marcadas de acordo com as disponibilidades dos entrevistados, tendo todas elas decorrido durante o decurso do período de Ensino Clínico de integração à vida profissional.

Todas as entrevistas embora realizadas em diferentes instituições de Saúde por os alunos se encontrarem distribuídos por essas mesmas, obedeceram às mesmas condições, tendo sido realizadas numa sala, com um ambiente calmo, acolhedor, o mais privado possível, visto que os discursos obtidos na entrevista são como defendem os autores em que nos apoiamos afectados pelas condições em que os mesmos são efectuados.

Entrevista que foi iniciada, tal como os autores em que nos apoiamos propõem, por uma breve explicitação dos seus objectivos, bem como por uma conversa informal, de forma a criar um ambiente propício a uma conversa o mais natural possível.

De referir, que de forma a reproduzir com exactidão e sem distorção o sentido das respostas dos entrevistados, foi pedida, tal como os autores defendem autorização prévia aos sujeitos para gravar, garantindo a confidencialidade e o anonimato das informações fornecidas, o que foi aceite por todos os entrevistados.

No que concerne ao decorrer das entrevistas e apesar de apoiados num guião de entrevista, tentámos não segui-lo de forma rígida, ou seja abordando os temas segundo uma ordem livre, procurando ter sempre uma atitude aberta de forma a permitir que o entrevistado pudesse abordar as questões por si mesmo. Contudo, pontualmente sempre que o entrevistado não abordou espontaneamente um ou mais temas, propusemos-lhe alguns tópicos, de forma a direccionar o seu discurso para as questões consideradas pertinentes, aspectos estes que constituem princípios chaves que devem estar presentes no desenrolar da entrevista semi-estruturada, tal como os autores em que nos apoiamos assim o defendem.

Para além disto, durante o decurso das entrevistas tentámos transmitir aos entrevistados o nosso interesse pelo seu discurso, estando atentos “(...) *acenando com a cabeça e utilizando expressões faciais apropriadas.*” (Bogdan & Bicklen, 1994:136).

Aplicando todos estes princípios, verificámos que os entrevistados se encontraram bastante à vontade, tendo falado sobre esta temática de forma bastante empenhada, motivada e muito emotiva, tendo encadeado de tal forma o seu discurso e as suas reflexões, fazendo referência a uma quantidade enorme de detalhes e exemplos, que levou a que por vezes tenha sido difícil quebrar o fio condutor dos seus discursos com as questões que tínhamos organizado no guião, o que não foi preocupante visto que todas as questões constantes do guião iam surgindo.

De notar, que as entrevistas duraram em média uma hora e meia, duas horas.

2.4 Processo de tratamento de dados

A técnica de tratamento de informações utilizada foi a análise de conteúdo temática, visto tratar-se de uma técnica que permite analisar os dados obtidos através de investigações do tipo qualitativo.

Segundo Vala (1986:104) a análise de conteúdo é uma técnica que permite a “*desmontagem do discurso e (...) produção de um novo discurso através de um processo*

de localização - atribuição de traços e significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso e as condições de produção da análise”.

Por sua vez, Bardin (1997:42) descreve a análise de conteúdo como “ (...) *um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.*

Também Berelson, citado por Estrela (1994:455) se refere a esta técnica como “ *uma técnica de investigação que visa a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação`*”

Deste modo, o recurso a esta técnica permite passar da descrição dos dados à sua interpretação, através de um processo de dedução, ou seja, permite compreender um determinado documento para além do seu significado imediato, facto este que a torna muito importante para a compreensão de mensagens escritas e comunicação em geral, como é o caso desta investigação.

Contudo, tal implica um grande esforço por parte do investigador no sentido de “olhar” os discursos para além do que está explícito, sendo neste sentido que Bardin (1977:41) descreve que “ *A leitura efectuada pelo analista, do conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma leitura “ à letra”, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano.*”

Analizados os princípios inerentes a esta técnica de análise de dados, centramo-nos agora na descrição das diferentes fases em que esta se processou, as quais vão ao encontro do defendido por Bardin (1977).

Assim, a primeira fase consistiu na transcrição das entrevistas, mantendo a máxima fidelidade do discurso dos entrevistados, procedimento este que possibilitou desde logo um contacto pormenorizado com os discursos produzidos, transcrições estas que dado a extensão optámos por apresentar em suporte informático (Anexo III).

Os dez protocolos de entrevista constituíram deste modo o *corpus* de análise, ou seja, “(...) *o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos*

procedimentos analíticos” (Bardin, 1977:96), aos quais foram atribuídos um código, E1-E10, de forma a facilitar o tratamento destes mesmos dados.

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

Efectuada esta leitura construiu-se com base nos dados, no guião da entrevista, nos objectivos da pesquisa e na revisão bibliográfica efectuada uma primeira matriz categorial, ainda que de forma muito geral e pouco específica.

Apesar disto, procurou-se que os temas nela contidos respeitassem os princípios/regras defendidos por Bardin (1977), serem mutuamente exclusivos, pertinentes para o objectivo da pesquisa e abrangentes da totalidade da informação recolhida.

Mediante a quantidade de dados obtidos, tornou-se imprescindível proceder ao recorte das unidades de registo temáticas, de modo a poderem ser mais facilmente apreendidos e simultaneamente não perderem significado.

Neste sentido, todos os dados foram divididos em unidades relevantes e significativas para o objectivo da pesquisa, tomando-se assim como unidade de análise o mais pequeno fragmento de texto com sentido autónomo para o objectivo da pesquisa (Bardin, 1977).

Posteriormente, foi efectuada a operação de descontextualização das unidades de análise, de acordo com as regras estabelecidas, relativamente ao discurso inicial, seguida de uma operação de contextualização das mesmas unidades no interior dos temas que formavam a primeira matriz temática.

De salientar, que tanto a matriz temática como esta contextualização sofreram várias modificações ao longo de todo este processo, o que constitui um “jogo” difícil, mas ao mesmo tempo estimulante e até divertido, tendo-se a um determinado momento chegado a uma matriz definitiva.

Construída uma matriz de categorização definitiva efectuou-se uma leitura exaustiva das unidades de registo inventariadas e subsumidas as com sentido sinónimo, sendo simultaneamente simplificadas semanticamente, mantendo-as o mais próximo possível do referido pelos entrevistados.

Seguidamente no interior de cada tema efectuou-se uma comparação das unidades de registo, tendo-se por semelhança ou diferença, procedido a novos agrupamentos das mesmas, criando categorias e subcategorias dentro dos temas.

De forma a controlar todo este processo, verificou-se se as categorias e subcategorias eram tal como Bardin defende (1977) mutuamente exclusivas, pertinentes e se cobriam a totalidade da informação recolhida, sendo que sempre que tal não aconteceu procedemos a ajustamentos até considerarmos que o sistema não obrigava a recorrer às unidades de registo para descodificar o sentido dos pensamentos dos entrevistados.

Após isto, transformou-se as unidades de registo em indicadores, que implica passar dos constructos dos sujeitos aos constructos teoricamente informados do investigador, ou seja passar das categorias descritivas, “ próximas do dito”, indicadoras do seu conteúdo, para categorias interpretativas, indicadoras da ou das qualidades desse conteúdo no contexto dos objectivos prosseguidos.

Por fim, de forma a averiguar, validar se as categorias encontradas traduziam o verdadeiro sentido dos dados, de modo a que outro analista, utilizando as mesmas definições, faria uma análise semelhante, tal foi discutido e reflectido conjuntamente com a orientadora.

Todos estes resultados apresentam-se sob a forma de quadros, dos quais constam o tema, categoria, subcategoria, unidades de registo e respectivos indicadores, sendo que ao longo deste trabalho, mais especificamente no capítulo que se segue - o da análise e interpretação dos dados apresentamos por uma questão de simplificação, dada a grande imensidão de dados, os quadros sem as respectivas unidades de registo, tendo-se optado por apresentá-las apenas em anexo (Anexo III), do qual faz parte também a transcrição das entrevistas.

Capítulo V

Apresentação, análise e interpretação dos dados

Apresentado o enquadramento metodológico, neste capítulo serão como foi dito anteriormente apresentados, analisados e interpretados os dados /resultados da análise de conteúdo às entrevistas realizadas, que se apresentam por uma questão de simplificação, sem as respectivas unidades de registo.

Centrando-nos de imediato na apresentação dos dados obtidos, da análise de conteúdo efectuada emergiram as seguintes temáticas:

Tema 1: Critérios de avaliação do Ensino Clínico relevantes para os estagiários;

Tema 2: Competências dos supervisores do local de Ensino Clínico mais valorizadas pelos estagiários;

Tema 3: Competências dos supervisores da instituição escolar mais valorizadas pelos estagiários;

Tema 4: Opiniões acerca da organização curricular dos Ensinos Clínicos;

Tema 5: Resultados dos Ensinos clínicos.

Nestas temáticas surgiram um conjunto de categorias, as quais podem ser globalmente observadas através do quadro que a seguir se apresenta.

TEMAS	CATEGORIAS
1.Critérios de avaliação do Ensino Clínico relevantes para os estagiários	A. Características do local de realização do Ensino Clínico; B. Características da área de Ensino Clínico; C. Características da Equipa de Enfermagem; D. Características do chefe de Enfermagem; E. Características da Equipa Médica.

<p>2. Competências dos supervisores do local de Ensino Clínico mais valorizadas pelos estagiários</p>	<p>A. Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros;</p> <p>B. Saber/querer empenhar-se na supervisão;</p> <p>C. Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem;</p> <p>D. Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação;</p> <p>E. Ser reflexivo;</p> <p>F. Ser capaz de analisar e avaliar;</p> <p>G. Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem;</p> <p>H. Saber/querer aprender e aprender a aprender.</p>
<p>3. Competências dos supervisores da instituição escolar mais valorizadas pelos estagiários</p>	<p>A. Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros;</p> <p>B. Saber/querer empenhar-se na supervisão;</p> <p>C. Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem;</p> <p>D. Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação;</p> <p>E. Ser capaz de analisar e avaliar;</p> <p>F. Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem;</p> <p>G. Saber /querer aprender e aprender a aprender</p>
<p>4. Opiniões acerca da organização curricular do Ensino Clínico</p>	<p>A. Duração;</p> <p>B. Grau de intensidade;</p> <p>C. Momento de realização do Ensino Clínico em época de férias;</p> <p>D. Selecção do local de Ensino Clínico;</p> <p>E. Avaliação do Ensino Clínico;</p> <p>F. Características dos objectivos do Ensino clínico;</p> <p>G. Papel do supervisor do local de Ensino Clínico;</p> <p>H. Estratégias de ensino aprendizagem utilizadas no Ensinos Clínico;</p> <p>I. Distribuição dos alunos por supervisor do local de Ensino Clínico</p> <p>J. Critérios de selecção/recrutamento dos supervisores do local de Ensino Clínico;</p> <p>K. Articulação escola/ local de Ensino Clínico;</p>

	L. Comparação entre supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar
5. Resultados dos Ensinos Clínicos	A. Competências desenvolvidas pelos alunos no Ensino Clínico; B. Sentimentos experimentados pelos alunos no Ensino Clínico ; C. Comparação entre as aprendizagens em Ensino Clínico e as aprendizagens em aula.

Quadro nº 3: Temas e Categorias Emergentes das Entrevistas aos alunos de Enfermagem

Apresentados os temas e as categorias neles existentes, será percorrendo cada um destes cinco temas, por estas categorias, assim como pelas respectivas subcategorias e indicadores que de seguida se procura fazer uma descrição e leitura interpretativa do discurso dos alunos entrevistados.

De referir, que a análise de cada tema será iniciada com o estabelecimento de um paralelismo entre as diferentes categorias em termos de representatividade, tentando avançar sempre que possível uma explicação para tal.

Após esta comparação entre categorias analisaremos cada uma delas segundo a ordem que aparece no quadro, referindo-nos às suas subcategorias e indicadores segundo uma lógica decrescente em termos de representatividade.

Ao longo desta análise apresentaremos algumas unidades de registo sempre que considerarmos necessário clarificar e especificar determinados aspectos.

1. Critérios de avaliação do Ensino Clínico relevantes para os estagiários

A Aprendizagem em contexto clínico é, segundo Abreu (2003:9), “(...) *uma actividade que, sendo cognitiva, é mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica, que implicam mudanças a nível do comportamento observável, auto-conhecimento e definição de uma «estratégia pessoal» de processar a informação (...)*”

Neste sentido, este tema permite-nos conhecer alguns dos critérios que são tidos em conta pelos alunos aquando da avaliação de um Ensino Clínico, os quais não foram categorizados segundo polarizações positivo e negativo, visto que não é objectivo desta

investigação efectuar uma avaliação do Ensino Clínico, mas sim conhecer alguns dos muitos factores directamente ligados com o Ensino Clínico que poderão influenciar a aprendizagem e consequente desenvolvimento de competências pelo aluno durante este período.

Através do quadro anteriormente apresentado apercebemo-nos de cinco categorias neste tema, cada uma das quais com diferentes representatividades, que explicitamos através do quadro que a seguir se apresenta.

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA			
	UR (unidades de registo)		UE (unidades de enumeração)	
	N	%	N	%
Características do local de realização do Ensino Clínico	24	100	4	40%
Características da área de Ensino clínico	17	100	6	60%
Características da Equipa de Enfermagem	141	100	10	100%
Características do chefe de Enfermagem	10	100	5	50%
Características da Equipa Médica	8	100	4	40%

Quadro nº 4: Unidades de registo e de enumeração das categorias obtidas no tema 1

Da análise deste quadro percebemos que as “*Características da Equipa de Enfermagem*” é a categoria com maior representatividade, contrariamente às “*Características da Equipa Médica*”, bem como às do “*chefe de Enfermagem*”, que são categorias que obtiveram menor representatividade, o que poderá ser explicado pelas diferentes responsabilidades, funções, papéis desempenhados por cada um destes elementos na prestação de cuidados ao utente, resultando em diferentes tempos de contacto do aluno com cada um destes elementos.

Neste sentido, no contexto de uma relação de parceria escola/local de Ensino Clínico, o aluno supervisionado por um determinado enfermeiro do local de Ensino Clínico acompanha esse enfermeiro nos seus diferentes turnos e consequentemente a Equipa de Enfermagem em que esse enfermeiro se encontra inserido, sendo com esta que o aluno contacta/interage na maior parte do período de Ensino Clínico, podendo-se afirmar que comparativamente ao que acontece com os supervisores, o qual desenvolvemos no

decorrer do referencial teórico, a Equipa de Enfermagem é encarada pelos alunos como um modelo de cuidados.

Por sua vez, a Equipa Médica, bem como a grande maioria dos Chefes de Enfermagem por não prestarem cuidados de Enfermagem, passam menos tempo com o aluno e nunca poderão ser encarados como modelos de cuidados de enfermagem.

Esta importância atribuída à Equipa de Enfermagem durante o período de Ensino Clínico foi já reconhecida em vários outros estudos, alguns dos quais a que já nos reportados ao longo do referencial teórico, como o de Belo (2003), Ramos (2003), e Simões (2004) que defendem a convivência com a Equipa de Enfermagem como fundamentais, na medida em que constituem espaços informais de aprendizagem, de desenvolvimento de competências pelo aluno.

Zeichner (1993) como referimos ao longo do referencial teórico refere-se ao trabalho no seio de uma Equipa como positivo, permitindo ao aluno desenvolver uma série de competências e mais concretamente competências de trabalho em equipa.

A Equipa de Enfermagem é essencial no desenvolvimento de competências, mas também segundo Ramos (2003) na socialização profissional, na construção de uma identidade profissional, contribuindo para que o período de Ensino Clínico constitua como temos vindo a desenvolver espaço de desenvolvimento de competências e de socialização profissional.

Interpretada a importância da Equipa de Enfermagem, no que se refere à Equipa Médica, das investigações consultadas e às quais fizemos referência ao longo deste trabalho, não é explicitada a importância deste grupo profissional no Ensino Clínico de Enfermagem, sendo que apenas na investigação levada a cabo por Simões (2004), realizada segundo a perspectiva dos enfermeiros cooperantes, existe uma unidade de registo que se reporta a estes elementos, no contexto da relação aluno/Equipa Médica.

Por sua vez, no que diz respeito às características do Chefe de Enfermagem, apenas no estudo de Fonseca (2004) existe uma referência a este elemento.

Apesar da pouca importância atribuída a este elemento, na nossa opinião este assume um papel importante em todo este processo, na medida em que, apesar de a grande maioria não prestar cuidados de Enfermagem, tal como já foi dito ao longo do

referencial teórico, segundo Espiney, *in* Canário (2003) é quase sempre este, se não sempre, o responsável pela selecção dos supervisores do local de Ensino Clínico, para além de que, na grande maioria das vezes todos os aspectos relacionados com o Ensino clínico são explicados primeiro a este, antes dos supervisores do local de Ensino Clínico.

Seguido das características da Equipa de Enfermagem, outro critério que obteve elevadas unidades de enumeração diz respeito às características da área de Ensino Clínico, factor este que em nenhum dos estudos consultados foi explicitado através desta designação, embora nos estudos de Belo (2003) e de Simões (2004), no contexto das condições de trabalho para a supervisão seja feita referência a um factor que designam por ambiente clínico, que inclui alguns dos aspectos incluídos nesta categoria, assim como na categoria características do local de realização do Ensino Clínico.

Características do local de realização do Ensino Clínico que embora com menor número de unidades de enumeração que a categoria anterior, apresenta um maior número unidades de registo, sendo que este factor também foi evidenciado nalguns dos estudos a que nos reportamos ao longo do referencial teórico (Albuquerque *et al.*, 2005; Belo, 2003; Longo, 2005 e Simões, 2004).

Efectuada uma análise global das diversas categorias em que este tema se divide, de seguida debruçamo-nos sobre cada uma delas, na tentativa de realizar uma análise mais pormenorizada, a fim de uma maior compreensão de cada um destes critérios de avaliação dos Ensinos Clínicos

1.1 Características do local de realização do Ensino Clínico

Da análise desta categoria emergiram quatro subcategorias, abrangendo um total de oito indicadores, os quais apresentamos através do quadro seguinte.

CATEGORIA A: Características do local de realização do Ensino Clínico					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
Grau de dificuldade das situações no serviço/local de Ensino Clínico	O serviço confrontava-se com situações difíceis	3	12,5%	2	20%
	O serviço era fácil	2	8,3%	1	10%
	O serviço era exigente	7	29,2%	4	40%
Recursos humanos existentes no serviço/local de Ensino Clínico	No serviço havia falta de enfermeiros	1	4,2%	1	10%
Modo de funcionamento do serviço/local de Ensino Clínico	O serviço funcionava mal	4	16,7%	2	20%
	O serviço funcionava bem	2	8,3%	1	10%
Estrutura física do serviço/local de Ensino Clínico	O serviço funcionava em instalações degradadas	3	12,5%	1	10%
	O serviço tinha uma boa estrutura física	2	8,3%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA		24	100%	4	40%

Quadro nº 5: Características do local de realização do Ensino Clínico

Debruçando-nos sobre este quadro facilmente nos apercebemos que o “*grau de dificuldade das situações no serviço/local de Ensino Clínico*”, mais especificamente o facto de o serviço ser “*exigente*” é das características do local de realização do Ensino Clínico mais referenciadas pelos alunos, sendo encarado como positiva para a sua aprendizagem, visível através de expressões como “*(...) foi um dos estágios que mais exigiu de mim, mas também foi um dos estágios que eu mais gostei (...)*”(E4)

Contrariamente, “*O serviço era fácil*” é o indicador com menor representatividade dentro da subcategoria “*grau de dificuldade das situações no serviço/local de Ensino Clínico*”

Centrando-nos ainda sobre o indicador “*O serviço era exigente*” é de referir que o aluno aponta vários níveis de exigência, **psicológica** “*(...) em termos emocionais foi muito exigente, mas foi um estágio muito gratificante (...)*”(E6), **física** “*[O estágio que eu gostei mais] “Foi o estágio que exigiu mais de mim em termos físicos (...)*”(E9) e

académica [*O estágio que eu gostei mais*] “ *Foi o estágio que exigiu mais de mim (...) em termos académicos (...)*”(E9)

Tentando estabelecer uma relação com as investigações que temos vindo a fazer referência, nenhuma destas menciona este factor, no entanto é nossa opinião que a importância atribuída a este aspecto está directamente ligada à necessidade que o aluno tem de adquirir/desenvolver uma grande diversidade de aprendizagens, competências durante o período de Ensino Clínico, por sua vez tanto maiores quanto maior o grau de exigência do respectivo serviço/local de Ensino Clínico.

Dentro ainda desta subcategoria e referido por 20% dos entrevistados está o indicador “ *O serviço confronta-se com situações difíceis*”, descrito por exemplo pelo E1 através da seguinte unidade de registo “*ali [no estágio que menos gostei] os doentes basicamente se não estavam quase [a morrer] também não faltava (...)*”

De referir, que este indicador também não é referido em nenhuma das investigações consultadas.

A segunda categoria com maior representatividade é o “*Modo de funcionamento do serviço/local de Ensino Clínico*”, sendo o indicador “*O serviço funcionava mal*” também o referido por um maior número de entrevistados como um dos aspectos do local de Ensino Clínico que pode influenciar/determinar de forma negativa a aprendizagem durante este período, vejamos a seguinte unidade de registo enunciado pelo E6 “*(...) nomeio o (...) estágio de cuidados de saúde primários (...) a experiência mais negativa (...) porque tudo funcionava errado (...)*”

De referir, que também em nenhuma das investigações consultadas é identificado directamente este factor, embora facilmente se compreenda a sua importância no desenvolvimento de competências durante o Ensino Clínico.

Outra característica do local de Ensino Clínico que é tida em conta pelos alunos aquando a avaliação deste período, embora com menor representatividade que as anteriormente referidas, é a “*Estrutura física do serviço/local de Ensino Clínico*”, dentro da qual o indicador “ *O serviço funcionava em instalações degradadas*” é referido um maior número de vezes.

Funcionar em instalações degradadas é um factor que é considerado negativo para a aprendizagem em Ensino Clínico, na medida em que segundo os alunos ““(...) isso por

si [local de estágio] também é um factor [de motivação em estágio], porque eu não gosto de trabalhar num sítio escuro, com bocados de parede a cair, com instalações eléctricas descarnadas, com água a pingar, com baratas (...)"(E9)

A importância deste factor é verificado no estudo realizado por Longo (2005), o qual descreve “*as boas condições físicas, técnicas e materiais*” do local de realização do Ensino Clínico como uma das condições de trabalho favoráveis ao desenrolar do processo supervisão.

Por fim, a subcategoria menos enumerada são os “*Recursos humanos existentes no serviço/local de Ensino Clínico*”, caracterizado apenas por um indicador “*No Serviço havia falta de enfermeiros*”, factor este que é identificado na investigação de Belo (2003) como fazendo parte de uma subcategoria que designa por ambiente clínico.

A relevância deste factor é de fácil compreensão, na medida em que a quantidade de recursos humanos influencia a sobrecarga de trabalho do supervisor do Ensino Clínico, assim como de toda a Equipa de Enfermagem, sendo por isso que o único entrevistado que se referiu a este aspecto descreveu “[*O estágio que menos gostei*] “*(...) não eram muitos enfermeiros, o rácio não era muito grande (...)"(E1)*

Encontrando-se supervisor do local de Ensino Clínico e Equipa de Enfermagem com uma maior sobrecarga de trabalho certamente que o tempo destes elementos para a supervisão do aluno diminui, sendo que no estudo de Simões (2004) na categoria ambiente clínico não é feita referência à falta de enfermeiros, contudo é mencionado o indicador “*solicitações profissionais*”.

É nesta ordem de ideias, que Simões (2004:183) refere que “*(...) muitas vezes o enfermeiro cooperante não tem condições ideais para o apoio aos alunos , a sobrecarga de serviço e a orientação dos alunos , leva a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar os alunos a fazer”*”

1.2 Características da área de Ensino Clínico

Esta categoria divide-se em quatro subcategorias, as quais por sua vez contemplam outros quatro indicadores, o que esclarecemos através do seguinte quadro

CATEGORIA B: Características da área de Ensino Clínico					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE	
		N	%	N	%
Tecnicismo das intervenções	Os desempenhos muito técnicos desagradaram	1	5,9%	1	10%
Diversidade das situações de trabalho	A área de Ensino Clínico permitiu o contacto com diferentes situações	4	23,5%	3	30%
Dificuldade das situações de trabalho	A área de Ensino Clínico era difícil	6	35,3%	2	20%
Especificidade da relação com os utentes	Os estagiários gostaram da relação que estabeleceram com os utentes	6	35,3%	3	30%
TOTAL DA CATEGORIA		17	100%	6	60%

Quadro nº 6: Características da área de Ensino Clínico

Da análise desta categoria verificamos que a “*especificidade da relação com os utentes*” é o factor a que o aluno atribui maior importância ao caracterizar/avaliar a área de Ensino Clínico, o que poderá indicar que os alunos entendem/compreendem a profissão de Enfermagem tal como já o enunciamos ao longo do referencial teórico, com uma orientação social, de ajuda do indivíduo e/ou família (Abreu, *in* Canário, 2003), para qual o estabelecimento de uma boa relação se torna essencial (Ordem dos Enfermeiros, 2003), sendo esta uma das competências mais valorizadas pelos alunos em vários estudos (Belo, 2003 e Paz, *in* Mestrinho *et al.*, 2000) como devendo estar presente num enfermeiro, aspecto este também comprovado neste estudo, tal como veremos no último tema.

Deste modo, contactar com áreas que permitam adquirir e/ou desenvolver aprendizagens/competências a este nível é considerado pelos alunos como positivo. Um exemplo disso é o discurso do E4 segundo o qual “(...) *aprender a lidar com este tipo de doentes (...) tem sido uma experiência muito gira (...) estou a gostar de psiquiatria por causa disso (...)*”

De referir, que nenhuma das investigações a que temos vindo a fazer referência aponta este aspecto.

A “*Diversidade das situações de trabalho*” é outra das categorias à qual é atribuída elevada importância aquando a caracterização da área de Ensino Clínico, o que poderá ser explicado pela necessidade que os alunos num estágio de integração à vida profissional, último período de Ensino Clínico, sentem de realizar aprendizagens o mais variadas/diversificadas.

É neste sentido, que por exemplo o E5 refere “[*O estágio que mais gostei*] “*O ambiente de Unidade de Cuidados Intensivos, acho que aquela movimentação, aquela falta de rotina (...)*”.

No que diz respeito aos estudos já mencionados, em nenhum é apontado este factor, contudo tal é identificado nos estudos que se centram sobre os factores que influenciam os recém-formados na escolha de um local para início da actividade profissional como o de Saiote (1988, citado por Durão, *in* Mestrinho *et al.*, 2000) que identifica a diversidade de patologias como um desses factores.

Para além da diversidade das situações, também a “*dificuldade das situações de trabalho*”, mais especificamente da área de estágio é apontada, apesar de com menor ponderação que a categoria anterior, pelos estagiários como um aspecto positivo para o desenvolvimento de competências, aspecto este que justificamos/fundamentamos com base nos mesmos aspectos apontados para a exigência do local de Ensino Clínico.

Mais uma vez as investigações realizadas não fazem referência a este aspecto.

Por fim, o “*tecnicismo das intervenções*”, mais especificamente “*os desempenhos muito técnicos desagradaram*” é outro aspecto da área de Ensino Clínico que é considerado pelos alunos, embora com menor relevância.

A pouca importância atribuída a esta subcategoria poderá ser explicada pelo facto dos alunos encararem, tal como já se referiu, a profissão de Enfermagem como uma profissão cujo o eixo principal dos cuidados se centra na relação e não nas técnicas a realizar, aspecto este que é visível através das diferentes representatividades destes dois grandes grupos de competências, tal como veremos aquando a análise do último tema.

Outro aspecto explicativo de tal facto, poderá ser nem sempre os desempenhos técnicos serem motivo de agrado para os alunos.

De referir, também que em nenhuma das investigações consultadas é feita referência a este aspecto.

1.3 Características da Equipa de Enfermagem

Esta categoria, aquela a que como já foi referido, é atribuída maior relevância em todo este tema, é constituída por seis subcategorias, englobando um total de vinte e oito indicadores, categoria esta que apresentamos através do quadro que a seguir se apresenta

<i>CATEGORIA C: Características da Equipa de Enfermagem</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE	
		N	%	N	%
Atitudes da Equipa de Enfermagem em relação à profissão de enfermagem	A Equipa de Enfermagem deve estar motivada para o exercício da profissão de enfermagem	1	0,7%	1	10%
	A Equipa de Enfermagem deve ter gosto pela área de trabalho	1	0,7%	1	10%
	A Equipa de Enfermagem deve ter espírito de auto-formação	1	0,7%	1	10%
Qualidade dos desempenhos profissionais da Equipa de Enfermagem	A Equipa de Enfermagem deve saber funcionar em equipa	18	12,8%	8	80%
	Deve haver uma boa comunicação/relação dentro da Equipa de Enfermagem	12	8,5%	5	50%
	Deve haver uma boa relação entre a Equipa de Enfermagem e a Equipa Médica	2	1,4%	2	20%
	A Equipa de Enfermagem deve demonstrar empenhamento na prestação de cuidados	5	3,6%	4	40%
	A Equipa de Enfermagem deve prestar cuidados de Enfermagem de Qualidade	8	5,7%	5	50%
	A Equipa de Enfermagem deve ser capaz de fundamentar as acções que realiza	3	2,1%	2	20%
	A Equipa de Enfermagem deve ter um bom conhecimento da realidade prática	1	0,7%	1	10%

	A Equipa de Enfermagem deve saber orientar	2	1,4%	2	20%
	A Equipa de Enfermagem deve ser capaz de fornecer recursos/instrumentos para o aluno trabalhar	1	0,7%	1	10%
	A Equipa de Enfermagem deve questionar o aluno sobre o fundamento das acções que realiza	1	0,7%	1	10%
Atitudes da Equipa de Enfermagem em relação à supervisão	A Equipa de enfermagem deve estar receptiva à supervisão de alunos	12	8,5%	7	70%
	A Equipa de Enfermagem deve demonstrar interesse pela formação do aluno	4	2,8%	2	20%
Relacionamento da Equipa de Enfermagem com os estagiários	A Equipa de Enfermagem deve ser capaz de ver o aluno como mais um elemento da equipa	15	10,6%	5	50%
	A equipa de Enfermagem deve ter presente as suas vivências enquanto alunos	1	0,7%	1	10%
	A Equipa de Enfermagem deve estabelecer uma boa relação com os alunos para que gostem de estar no Ensino Clínico	4	2,8%	3	30%
	A Equipa de Enfermagem deve demonstrar disponibilidade para com os alunos	8	5,7%	4	40%
	A Equipa de Enfermagem deve ajudar /apoiar o aluno na resolução de problemas	18	12,8%	7	70%
	A Equipa de Enfermagem deve ser sensível às necessidades dos alunos	3	2,1%	3	30%
	A Equipa de Enfermagem deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade	2	1,4%	2	20%

	A Equipa de Enfermagem deve ser capaz de dar feedback /reforços positivos ao aluno em relação ao Ensino Clínico	7	4,9%	2	20%
	A Equipa de Enfermagem deve ser capaz de motivar o aluno para aprender	2	1,4%	1	10%
	A Equipa de Enfermagem deve ser simpática	1	0,7%	1	10%
	A Equipa de Enfermagem deve ser divertida	1	0,7%	1	10%
Idade	É importante que a Equipa de Enfermagem seja jovem	4	2,8%	3	30%
Experiência Profissional	A Equipa de Enfermagem deve ser experiente na área em que trabalha	3	2,1%	2	20%
TOTAL DA CATEGORIA		141	100%	10	100%

Quadro nº 7: Características da Equipa de Enfermagem

Analisando esta categoria deparamo-nos com duas subcategorias com elevada representação, as quais “*Qualidade dos desempenhos profissionais da Equipa de Enfermagem*” e o *Relacionamento da Equipa de Enfermagem com os estagiários*”, sendo esta última aquela que obteve um maior número de unidades de registo.

Maior número de unidades de registo que poderá explicar-se pela grande importância que os alunos conferem à relação, ao ambiente emocional que se estabelece/cria no decurso do processo supervisivo, sendo aliás tal como descrito no referencial teórico, uma dimensão considerada segundo vários autores como fundamental (Abreu, 2003; Cogan, 1973, Golhammer, Anderson, Krajewski, 1980 e outros, *in* Alarcão & Tavares, 2003; Fonseca, 2004; Longo, 2005; Simões, 2004, entre outros) e a mais valorizada pelos estagiários em todo este processo (Belo, 2003; McNally *et al.*, 1994, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001 e Ramos, 2003).

Dimensão mais valorizada, pois tal como desenvolvido ao longo do referencial teórico, o ambiente emocional criado entre o aluno e os diferentes elementos do processo supervisivo, neste caso a Equipa de Enfermagem, pode constituir-se como facilitador,

dificultador ou mesmo neutralizador da aprendizagem, do desenvolvimento de competências pelo aluno a vários níveis e mesmo do processo de socialização profissional, de construção de uma identidade profissional durante o período de Ensino Clínico (Oliveira, 1992, Alarcão, 1996 e Silva, 1997, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001), sendo esta dimensão também identificada no estudo de Belo (2003) e Simões (2004) relativamente à Equipa de Enfermagem.

Para além disto, a importância desta dimensão é ainda justificada pelo facto de o cuidar, ser encarado como o valor normativo da profissão de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003), o qual o aluno só poderá aprender e desenvolver, tal como referimos ao longo do referencial teórico, se durante o período de Ensino Clínico também tiver sido cuidado pelos diferentes elementos do processo supervisivo, neste caso pela Equipa de Enfermagem (Roach, Benner e Wruhel, citados por Morse, 1990, *in* Ferreira, s.d. a).

Cuidar do aluno, contribuindo para o seu desenvolvimento profissional e humano (Alarcão 1996 e Alarcão & Tavares, 2003) ao longo de toda a sua actividade profissional, a qual pelas suas características específicas se encontra em constante mudança (Alarcão, 1996 e Cabrito, 1994, entre outros), constitui como temos vindo a desenvolver ao longo desta investigação o grande objectivo de todo o processo supervisivo, só possível se o aluno durante o período de Ensino Clínico aprender a aprender.

Aprender a aprender, como desenvolvemos ao longo deste referencial teórico só se adquire e desenvolve se ao aluno no processo de ensino-aprendizagem se atribuir um papel activo e aos supervisores o papel de facilitadores de todo este processo, que como vimos não é sinónimo de fazer pelo aluno, mas de ajudar, apoiar o aluno a encontrar soluções para os problemas (Alarcão, 1996; Alarcão & Tavares, 2003; Reid, 1994; Sá-Chaves, 2000; Zeichner, 1993, entre muitos outros).

Constituindo a Equipa de Enfermagem como já vimos aqueles elementos da Equipa de Saúde que mais tempo passam com o aluno, ao interagirem com estes desempenham muitas das vezes o papel de supervisores de Ensino Clínico, pelo que facilmente se compreende o papel de facilitadores, de ajuda/apoio do aluno na resolução de problemas

que lhes é atribuído pelos alunos nesta investigação, sendo aliás o indicador dentro da subcategoria “ *Relacionamento da Equipa de Enfermagem com os Estagiários*” com maior representatividade, referido por 70% dos entrevistados.

De referir, que embora os estudos consultados não façam referência a este papel relativamente à Equipa de Enfermagem, fazem-no relativamente ao supervisor (Alarcão & Tavares, 2003; Belo, 2003; Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001; Fonseca, 2004; Longo, 2005 e Simões, 2004).

Desempenham o papel de supervisores e muitas das vezes segundo os alunos colmatam a falta de apoio por parte dos próprios supervisores, visível através de expressões como a do E3 que refere [estágio que gostei] “(...) *se a minha orientadora não fosse boa eu de certeza que não tinha qualquer problema, porque bastava-me recorrer a qualquer um dos outros [enfermeiros] que teria o apoio de qualquer um deles(...)*”

Apoio/ajuda que em algumas unidades de registo os alunos especificam, traduzindo-se em **apoio emocional** [O estágio correu bem] “(...) *aqueles meus medos foram-me ajudando [elementos da equipa de enfermagem] (...) a ultrapassar sem sequer ser preciso falar nisso comigo (...)*” (E7), **na prestação de cuidados** [Gostei muito do estágio] “(...) *acompanhava-nos [equipa de enfermagem] muito bem na nossa prestação de cuidados (...)*”(E10), **na elaboração de registos** [estágio que gostei] “(...) *ajudavam [elementos da equipa de enfermagem] quando era nos registos (...)*”(E2), bem como no **esclarecimento de dúvidas** [Gostei muito do estágio] “(...) *a equipa (...) acompanhava-nos muito bem (...) todas as dúvidas que tínhamos (...)*”(E10)

Ajudar o aluno na procura de solução para os problemas obriga a que entre supervisor e alunos, neste caso entre a Equipa de Enfermagem e os alunos se estabeleça uma relação de horizontalidade de poderes, em que a Equipa não faz por, mas com/em conjunto com o aluno, vendo-o como mais um colega de trabalho, como mais um elemento da Equipa (Alarcão & Tavares, 2003), aspecto este que foi reportado e bastante valorizado pelos alunos nesta investigação, na medida em que constitui o segundo indicador com maiores unidades de registo e de enumeração (50% dos entrevistados), dentro da subcategoria que temos vindo a analisar, visível por exemplo através de expressões como [estágio que gostei muito] “(...) *havia uma dinâmica [aluno- equipa de enfermagem] espectacular que eu nunca tinha sentido e fiquei a adorar aquele estágio (...)*”(E2), [O

estágio que mais gostei foi um estágio em que] “(...) nos [equipa] tratavam já como profissionais (...)”(E2)

Este último aspecto, “*ser tratado como profissional*” acontece segundo um dos entrevistados sobretudo no estágio de integração à vida profissional, em que segundo este aluno [gostei bastante do estágio] “*(...) estás no quarto ano és quase finalista (...) já és olhada [pela equipa] de outra maneira (...)*” (E10)

Integrar o aluno na Equipa implica também segundo um dos entrevistados permitir que o aluno participe nas actividades de “lazer” realizadas pela Equipa como [O estágio que mais gostei] “*(...) tive oportunidade de ir ao jantar de Natal, que as pessoas convidaram-me (...)*” (E9)

Subjacente a este tipo de relação, está o entendimento do aluno como um indivíduo adulto, com experiências, aprendizagens, saberes próprios (Knowles, 1990 e Berger, 1991, in Caetano, 2003) que como já se disse devem ser respeitados e valorizados/aproveitados, o que segundo os entrevistados frequentemente acontece, aspecto este visível através de expressões como [estágio que gostei muito] “*(...) perguntavam-nos [equipa de enfermagem], não tinham problema nenhum e nós explicávamos (...)*” (E2)

De referir, que mais uma vez este aspecto não foi referido em nenhum dos estudos consultados relativamente à Equipa de enfermagem, contudo foi apontado como devendo estar presente num supervisor (Alarcão & Tavares, 2003; Albuquerque *et al.*, 2005 e Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.*, 2001).

Esta relação de colegas, de ajuda entre aluno e supervisor obriga como vimos no referencial teórico à presença de três condições, genuidade, realidade – congruência do supervisor, aceitação/interesse/apreço- uma visão incondicionalmente positiva, bem como compreensão intuitiva ou empática (Rogers, 1979), as quais só possíveis de respeitar na presença de supervisores, e neste caso específico de Equipas de Enfermagem, dotadas das competências necessárias ao seu estabelecimento/concretização.

Uma das competências reportadas em vários estudos como indispensável para que supervisor consiga estabelecer este tipo de relação, é como já vimos ao longo do referencial teórico, a disponibilidade (Albuquerque *et al.*, 2005; Belo, 2003; Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.*, 2001 e Longo, 2005), competência esta que segundo os

entrevistados também deve estar presente na Equipa de Enfermagem, aspecto este não verificado em nenhum dos estudos consultados visto não fazerem menção às características desta Equipa de Saúde.

Paz, *in* Mestrinho *et al.* (2000:195), citando Almada (1988); Chalifour (1989); Ferguson (1993); Lazure (1994), entre outros descreve esta competência como “ (...) *fulcral para se poder ajudar os utentes, sem o que não é possível estar atento, escutar e perceber o que o outro tem para dizer, e, por isso mesmo, a sua ausência é incompatível com cuidados personalizados*”, sendo imprescindível ao enfermeiro não só para o exercício do seu papel como enfermeiro, mas também para o exercício do seu papel como supervisor, em que lhe é exigido que estabeleçam relação de ajuda com os alunos.

Nesta ordem de ideias facilmente se compreende que o indicador “*A Equipa de Enfermagem deve demonstrar disponibilidade para com os alunos*” seja o terceiro mais enumerado, referido por 40% dos entrevistados, dentro da subcategoria, “*Relacionamento da Equipa de Enfermagem com os estagiários*”

Disponibilidade que quando os alunos especificam centra-se no esclarecimento de dúvidas, o que é visível através do seguinte discurso [*O estágio correu lindamente*] “(...) *apesar de não serem meus orientadores se eu tivesse uma dúvida podia recorrer a qualquer um [elemento da equipa de enfermagem], que qualquer um se mostrava disponível a explicar-me (...) com os maiores pormenores (...)*” (E3)

Explicado o tipo de relação a estabelecer entre alunos e Equipa de Enfermagem, assim como a sua importância na aprendizagem do aluno, percebemos que o clima que a caracteriza deva ser tal como já atrás o enunciamos “(...) *favorável, uma atmosfera afectivo- relacional e cultural positiva (...)*” (Alarcão & Tavares, 2003:61), de forma a que os sentimentos do aluno em estágio sejam positivos, pelo que facilmente se compreende que “*A Equipa de Enfermagem deve estabelecer uma boa relação com os alunos para que gostem de estar no estágio*” é o indicador que se segue com maior número de unidades de enumeração, tendo sido referida por 30% dos entrevistados.

Também referido por 30% dos entrevistados, embora com menor unidades de registo está o indicador “*A Equipa de Enfermagem deve ser sensível às necessidades dos alunos*”, necessidades, dificuldades, dúvidas, vontades, que tal como foi dito para as aprendizagens/experiências anteriores do aluno, devem também ser tidas em consideração na medida em que se trata de um adulto.

Necessidades que nem sempre são expressas directamente pelos formandos, exigindo que o supervisor e neste caso os elementos da Equipa de Enfermagem sejam capazes de realizar tal como Rogers (1979) assim o defende uma compreensão intuitiva ou empática, que sejam capazes de se colocarem no lugar do outro para intuir os sentimentos do outro, o que também segundo Rogers (1979) só é possível se o supervisor possuir determinadas competências, sendo a sensibilidade uma dessas competências, competência esta que também é apontada em alguns dos estudos já referidos como devendo estar presentes num supervisor (Alarcão & Tavares, 2003; Belo, 2003; Fonseca, 2004 e Simões, 2004), não havendo referência mais uma vez à equipa por nenhum dos estudos consultados ter identificado características desta.

Continuando esta análise segundo uma lógica decrescente, o indicador “*A Equipa de Enfermagem deve ser capaz de dar feedback/reforços positivos ao aluno em relação ao estágio*” é o indicador seguinte com maior número de unidades de enumeração (20%), tal como o indicador “*A Equipa de Enfermagem deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade*”, que obteve iguais unidades de enumeração, embora com menores unidades de registo (1,4% para 4,9%).

Dado que o papel do supervisor consiste em ajudar o aluno a aprender, incentivando-o e ajudando a pesquisar/investigar, bem como a reflectir nos diferentes momentos da prática, compreende-se que todo este processo tenha que ser suportado por permanentes momentos de feedback e por reforços positivos, o que segundo Daloz (1986, *in Reid, 1994*) consiste numa das áreas de acção do supervisor, que é determinante segundo vários estudos (Alarcão & Tavares, 2003; Caires & Almeida, *in Gonçalves et al., 2001* e Ramos, 2003) para a aprendizagem, desenvolvimento de competência pelo aluno durante o período de Ensino Clínico.

Também Ferreira (s. d. a :170) refere a importância deste aspecto, reportando-se a termos como punição e recompensa. Recompensa que segundo este autor “*(...) pode ter várias vertentes, não se centrar apenas no aspecto avaliativo.*”, na medida em que “*(...) aumenta a motivação e incentiva a repetição da acção e pode ser de grande importância no processo de controlo da ansiedade.*”, sendo que a punição embora actuando em sentido inverso da recompensa, é “*(...) útil para o aluno, uma vez que o leva a perceber onde e como errou.*”

Deste modo, apesar de o feedback poder ser positivo ou negativo os entrevistados apenas se referiram a este de forma positiva, visível por exemplo através de expressões

como [estágio que estou a gostar] “(...) as pessoas [equipa de enfermagem] gostam, o feedback é que estão a gostar do que é que eu estou a fazer e é espectacular(...)”(E2), bem como a reforços positivos como “[estágio que gostei muito] “(...) foi-nos dado (...) uma proposta de trabalho logo ao início (...) fiquei a gostar (...)”(E2).

Por sua vez o indicador “ A Equipa de Enfermagem deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade” é de fácil compreensão dado todo o ambiente positivo, de entreajuda, que como já vimos deve nortear a relação entre supervisor/aluno, bem como entre Equipa de Enfermagem/aluno, ambiente este que é descrito por todos os estudos já referidos como devendo estar presente na relação entre supervisor/aluno, embora mais uma vez nenhum deles refira este aspecto relativamente à Equipa de Enfermagem.

Por fim, dentro da subcategoria relacional e com o mesmo número de unidades de enumeração (10%), seguem-se os indicadores “ A Equipa de Enfermagem deve ser capaz de motivar o aluno para aprender “, “ A Equipa de Enfermagem deve ter presente as suas vivências enquanto alunos “, “ A Equipa de Enfermagem deve ser simpática” e “A Equipa de Enfermagem deve ser divertida”, sendo que o primeiro é aquele com maior número de unidades de registo (1,4%), tendo os restantes iguais unidades de registo (0,7%).

Debruçando-nos sobre o primeiro indicador e tendo em conta o que Ferreira (s.d.a:162) refere acerca do conceito motivação“(...) conceito abstracto que não é fácil de definir. É interior à pessoa, não podendo por isso ser observada. Tem um efeito energizador sobre a aprendizagem (...) é a força que nos move a realizar actividades (...)”, neste caso que move o aluno a dirigir a sua própria formação/aprendizagem, cabendo ao supervisor segundo alguns dos estudos consultados incrementar essa mesma motivação (Belo, 2003 e Simões, 2004) e consequentemente também a Equipa de Enfermagem, apesar de mais uma vez nenhum dos estudos se reportar a esta característica da Equipa.

“ A Equipa de Enfermagem deve ter presente as suas vivências enquanto alunos “ não foi referida em nenhum dos estudos consultados relativamente à figura do supervisor, nem em relação à Equipa de Enfermagem uma vez que nunca se reportam às suas características.

Apesar de nunca apontado, a importância de tal indicador poderá explicar-se pela necessidade de o supervisor realizar uma compreensão intuitiva ou empática do aluno, que aliás é referida por todos os estudos mencionados, o que se torna mais fácil quando já se experienciou a mesma situação, visível através da expressão [*estágio que gostei e em que gostei da equipa*] “(...) enfermeiros que tinham entrado há pouco tempo (...) tinham uma ideia recente daquilo que era o estágio e de estar sob aquela pressão de o professor poder aparecer (...)” (E8)

Por fim, os últimos indicadores que se referem à simpatia e divertimento da Equipa de Enfermagem facilmente se explicam pela influência destas características na criação de um bom ambiente, de um ambiente emocional positivo entre o aluno e a respectiva Equipa de Enfermagem.

Belo (2003), assim como Longo (2005) identificaram a simpatia como uma das características a apresentar pelo supervisor, com vista ao estabelecimento de uma boa relação com o aluno, sendo que quanto ao ser divertido nenhum dos estudos consultados aponta esta características.

Mais uma vez, é de referir que esta característica foi identificada para a figura do supervisor, não havendo em nenhum dos estudos consultados menção a características da Equipa de Enfermagem.

Analisada a subcategoria relacional, de seguida centraremos a nossa atenção pela outra subcategoria que obteve elevada representação “ *Qualidade dos desempenhos profissionais da Equipa de Enfermagem*”

Elevada representação que poderá ser explicada pelo modelo de cuidar que estes elementos são para os alunos, aspecto este que não é referido em nenhum dos estudos consultados, que aliás como temos vindo a referir pouca referência fazem a estes elementos.

Centrando-nos sobre os seus indicadores, o indicador “ *A Equipa de Enfermagem deve saber funcionar em equipa*” é aquele que obteve maior número de unidades de enumeração (80%) bem como de registo, pelo que se percebe que o saber trabalhar em equipa é das características mais valorizada pelos alunos aquando a avaliação do desempenho profissional destes elementos, o que se compreende dada a importância desta competência numa profissão como a de Enfermagem de natureza multidisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Para além disto, é importante não esquecer que só uma

equipa capaz de trabalhar em equipa será capaz de ver o aluno como mais um elemento da equipa, que como já vimos é um aspecto que segundo os alunos deverá estar presente no relacionamento com estes.

Deste modo, trabalhar em equipa é uma característica da Equipa de Enfermagem essencial ao cuidar de Enfermagem, bem como ao cuidar em supervisão e sem o qual o aluno não será também capaz de desenvolver uma série de competências, inclusive de trabalho em equipa.

A importância desta competência a estes dois níveis é possível verificar através do discurso destes entrevistados, na medida em que se referem a esta competência como **capacidade de entreaajuda entre enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem**, visível através de expressões como “[No meu pior estágio em que a equipa era horrível]”(…) *encostavam trabalho uns aos outros (...)* (E1), **capacidade de trabalho com outros profissionais de Saúde** “(...) *o hospital dia foi (...) espectacular, porque via-se mesmo o trabalho da equipa multidisciplinar (...)*” (E6), bem como **capacidade de entreaajuda em termos de supervisão de alunos**, manifestado por expressões como “*às vezes o nosso orientador é ótimo conosco, mas a equipa, não és meu aluno, não tenho responsabilidades, não te quero aturar!*”(E3).

Para além destes aspectos, os alunos referem que as diferenças em termos de conhecimentos e capacidades entre os enfermeiros é que os torna/constitui como equipa, visível através de expressões como [estágio que gostei] “(...) *completavam-se [elementos da equipa de enfermagem] muito bem, um tinha uma vertente mais clínica, outro tinha uma vertente relacional (...)*”(E2)

Comparando com todos os estudos consultados, verificamos mais uma vez que nenhum dos estudos a que temos vindo a fazer referência se refere a esta competência como devendo estar presente na Equipa de Enfermagem, contudo tentando estabelecer um paralelismo com os resultados referentes ao supervisor, também nenhum dos estudos consultados aponta esta competência como devendo estar presente num supervisor, embora alguns dos estudos a reconheçam como importante num enfermeiro, sendo uma das competências que os alunos desenvolvem em Ensino Clínico (Ramos, 2003 e Simões, 2004), aspecto este também verificado nesta investigação, tal como mais adiante no último tema veremos.

Trabalho de Equipa só possível na presença de “*uma boa comunicação/relação dentro da Equipa de Enfermagem*”, pelo que este aspecto constitui o segundo indicador com maiores unidades de enumeração (50%) e de registo (8,5%).

Comunicação e relação que influencia/determina todo o ambiente/clima emocional que se cria dentro da Equipa de Enfermagem, que como já vimos é essencial para a aprendizagem, sucesso do aluno no Ensino Clínico, aspecto este que é referido apenas por um dos estudos consultados, o de Fonseca (2004) que aponta a relação empática como o tipo de relação a estabelecer entre os diversos elementos da Equipa de Enfermagem.

Com igual percentagem em termos de enumeração, embora com menor unidades de registo (5,7%) segue-se o indicador “*A Equipa de Enfermagem deve prestar cuidados de Enfermagem de Qualidade*”, o que mais uma vez se explica pelo modelo de cuidados de enfermagem que estes elementos da Equipa de Saúde devem de ser para os alunos, visível por exemplo através de expressões como a do E3 que refere que [*O estágio correu lindamente porque*] “*(...) a equipa não é um bom exemplo (...) é um excelente exemplo (...)*” e mesmo do E1 que se refere à inexistência deste aspecto, através da seguinte unidade de registo: [*O meu pior estágio era*] “*(...) uma coisa horrível (...) em termos de cuidados ! de toda a gente (...) no geral eram muito poucos [os enfermeiros competentes] (...)*”

Competência na prestação de cuidados de enfermagem que não é referida em nenhum dos estudos consultados relativamente à Equipa de Enfermagem, contudo foi referido por todos os estudos relativamente à figura do supervisor, embora fazendo face a outros indicadores (Belo, 2003; Fonseca, 2004; Longo, 2005; Ramos, 2003 e Simões, 2004).

Cuidados de Qualidade que implicam segundo os alunos empenhamento, na medida em que, o indicador “*A Equipa de Enfermagem deve demonstrar empenhamento na prestação de cuidados*” é o que se segue com maiores unidades de enumeração (40%), o que nem sempre acontece pois por exemplo segundo o E2 no “*(...) pior estágio (...) as enfermeiras que trabalhavam lá eram enfermeiras já reformadas (...) estavam lá numa de ganhar mais uns trocados e não faziam rigorosamente nada (...)*”

Empenhamento na prestação de cuidados que mais uma vez não é referido em nenhum dos estudos consultados como devendo estar presente, tanto na Equipa de Enfermagem como nos supervisores.

Continuando esta análise segundo uma lógica decrescente, os indicadores “*A Equipa de Enfermagem deve ser capaz de fundamentar as acções que realiza*”; “*Deve haver uma boa relação entre a Equipa de Enfermagem e a Equipa Médica*” e “*A Equipa de Enfermagem deve saber orientar*” são os indicadores que se seguem com maiores unidades de enumeração (20%), embora o primeiro seja aquele com maior número de unidades de registo (2,1%), obtendo os outros dois iguais unidades de registo (1,4%).

Ser capaz de fundamentar as acções que realiza é sinónimo de que a equipa não só sabe o porquê do que está a fazer, possui conhecimentos teóricos e práticos, mas também consegue explicá-los ao aluno, o que nem sempre acontece visto que por exemplo o E6 refere [pior estágio] “(...) ninguém [da equipa de enfermagem] te explica nada do que é que se está a fazer (...)”

Mais uma vez em nenhum dos estudos consultados é feita referência a esta característica como devendo estar presente na Equipa de Enfermagem, contudo relativamente à figura do supervisor apesar de não mencionarem especificamente este indicador, os estudos realizados por Belo (2003), Simões (2004) e o de Fonseca (2004) fazem referência à importância da mobilização e gestão de saberes e o de Longo (2005:180) a competências Cognitivas como “*Ter conhecimentos técnicos e científicos*” bem como “*Ter conhecimentos pedagógicos*” e “*Ter Espírito Crítico*”, sendo este último também apontado por Simões (2004) e Fonseca (2004), aspectos estes que na nossa opinião são essenciais para que o supervisor e neste caso a Equipa de Enfermagem seja capaz de fundamentar as acções que realiza.

Uma boa relação entre a Equipa de Enfermagem e a Equipa Médica, outro dos indicadores, é algo que segundo os alunos deverá acontecer, dada a importância do ambiente emocional no desenvolvimento de competências pelo aluno e socialização profissional, bem como no estabelecimento de um trabalho de equipe, que deve caracterizar a relação entre estes dois profissionais.

Na presença de um trabalho de equipa multidisciplinar o aluno irá sentir-se integrado não apenas pela Equipa de Enfermagem, como também pela Equipa Médica, aspecto este que permitirá ao aluno adquirir e desenvolver outro tipo de conhecimentos e capacidades, adquirindo uma visão multidisciplinar dos cuidados de enfermagem.

Trabalho multidisciplinar que não é valorizado por todos os alunos ou que nem sempre acontece, dada a pouca importância atribuída a este indicador.

Pouca importância que poderá ser explicada pela pouca influência que este aspecto poderá ter na aprendizagem dos alunos, na medida em que é com a Equipa de Enfermagem que o aluno interage a maior parte do Ensino Clínico e não com a Equipa Médica.

Para além do pouco contacto com a Equipa Médica, quando este acontece segundo os dois entrevistados que enumeraram este aspecto, nem sempre se desenrola num ambiente de Equipa Multidisciplinar, visível por exemplo através do seguinte discurso “[No estágio que menos gostei não gostava muito] “(...) da relação que havia entre enfermeiros e médicos (...)” (E4)

Por fim, comparando com os estudos que temos vindo a mencionar, em nenhum deles é feita referência a este aspecto, nem relativamente à equipa, nem relativamente ao supervisor.

Para além do desempenho como enfermeiros, nesta subcategoria estão incluídos também os desempenhos da Equipa como supervisores, embora com menor representatividade, visível através de indicadores como o já referido “ *saber orientar*”, bem como através de indicadores como “ *A Equipa de Enfermagem deve ser capaz de fornecer recursos/instrumentos para o aluno trabalhar*” e “*A equipa de Enfermagem deve questionar o aluno sobre o fundamento das acções que realiza*”, sendo que estes dois últimos foram referidos por 10% dos entrevistados.

Debruçando-nos sobre o Orientar, que segundo Glickman (1985, in Alarcão & Tavares, 2003:74) consiste em o supervisor dizer ao estagiário “(...) *o que deve fazer : `vai fazer isto ou aquilo` , `quero que` , `é assim que se faz` ”* faz parte integrante do papel do supervisor.

E este aspecto não é referido especificamente por este indicador em nenhuma das investigações realizadas, embora as investigações levadas a cabo por de Belo (2003), assim como na de Simões (2004) e de Fonseca (2004) façam referência a competências formativas, mais especificamente conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da formação e a de Longo (2005) a conhecimentos técnicos e científicos, bem como a conhecimentos pedagógicos, de fundamental importância para que o supervisor e neste caso a Equipa de Enfermagem seja capaz de orientar.

Mais uma vez não é referida esta característica para a Equipa de Enfermagem.

Foi dito que a Equipa de Enfermagem deve saber orientar, o que não significa que deve dar receitas, mas que como facilitadora, “*coach*” da aprendizagem deve ajudar/apoiar, encaminhar o aluno no sentido de ele próprio encontrar as soluções para os problemas, colocando à sua disposição “(...) *o máximo de recursos e de potencialidades* (...)” (Alarcão & Tavares, 2003:61), sugerindo e fornecendo-lhes recursos e instrumentos para o aluno trabalhar, o qual como elemento activo que é em todo este processo pode decidir por utilizá-los ou não.

Neste sentido, “*fornecer recursos e instrumentos para o aluno trabalhar*” constitui outro dos indicadores referenciado pelos entrevistados como devendo estar presente na Equipa de Enfermagem, indicador que não foi directamente referido em nenhum dos estudos citados nem relativamente à Equipa de Enfermagem, nem relativamente aos supervisores, embora como já se disse seja feita referência a competências de âmbito formativo, como conhecimento das metodologias, estratégias da formação (Belo, 2003; Fonseca, 2004 e Simões, 2004) ou conhecimentos pedagógicos como refere Longo (2005).

Todo este processo de ajuda do aluno na procura de soluções para os problemas deve não só ser acompanhado por permanentes momentos de suporte, mas também de desafio, de estímulo da reflexão, o que reportando-nos a Daloz (1986, *in* Reid, 1994) constitui outra das áreas de acção do supervisor.

Deste modo, de forma a estimular o aluno a reflectir, ou seja a realizar um “(...) *o questionamento sistemático da própria prática, de modo a melhorar essa prática e a aprofundar o próprio conhecimento dela*” e a desenvolver competências reflexivas, o supervisor pode recorrer a diversas estratégias, como por exemplo a perguntas pedagógicas (Amaral *et al.*, *in* Alarcão, 1996:100), pelo que desempenhando muitas das vezes a Equipa de Enfermagem o papel de supervisor se compreenda que os alunos lhe atribuem o papel de “*questionar o aluno sobre o fundamento das acções que realiza*”.

Papel este que o único entrevistado que o refere descreve através da seguinte unidade de registo [*estágio que gostei muito*] “(...) *estavam [elementos da equipa de enfermagem] sempre de certa forma a picar e sempre a perguntar, ok estás a fazer aquilo, sabes o que é?(...)*” (E2)

Este papel não é referido para a Equipa de Enfermagem em nenhum dos estudos que temos vindo a apresentar e no que se refere ao supervisor, o estudo que foi realizado também segundo a perspectiva dos alunos revelou que os alunos realizaram auto-

supervisão, mas sem a intervenção dos supervisores que não se preocuparam em dinamizá-la (Belo, 2003).

Por sua vez, os estudos realizados mediante a perspectiva dos supervisores contrariam estes resultados, na medida em que, como foi dito no referencial teórico, descrevem a reflexão como parte integrante da representação que têm sobre supervisão em Ensino Clínico (Fonseca, 2004; Longo, 2005; Ramos, 2003 e Simões, 2004).

Também com unidades de enumeração e de registo iguais aos dois últimos indicadores referidos está o indicador “ *A Equipa de Enfermagem deve ter um bom conhecimento da realidade prática*”, aspecto este que é essencial para ajudar/apoiar o aluno a aprender, a desenvolver as competências que se pretendam que desenvolvam.

A presença de conhecimentos práticos apesar de nenhum dos estudos apontar como uma característica a apresentar pela Equipa de Enfermagem é uma característica que segundo estes deve estar presente nos supervisores (Belo, 2003; Fonseca, 2004; Longo, 2005 e Simões, 2004).

Percorridos os diversos indicadores dentro da subcategoria “*Qualidade dos desempenhos profissionais da Equipa de Enfermagem*” e antes de partirmos para a próxima subcategoria, gostaríamos de realçar a alta relevância atribuída pelos alunos a aspectos directamente relacionados com o desempenho dos diversos enfermeiros do serviço na prestação de cuidados de enfermagem, contrariamente a aspectos relacionados com o seu desempenho como supervisores, o que poderá explicar-se por serem funções (ex: fornecer recursos/instrumentos) frequentemente desempenhadas por outros elementos, como supervisores do local de Ensino Clínico e Universidade e que por isso o aluno associa a esses e não à equipa.

Apesar de maior valorização de aspectos relacionados com o desempenho como enfermeiros comparativamente ao como supervisores, no que diz respeito às atitudes “*As atitudes da Equipa de Enfermagem em relação à supervisão*” é a subcategoria seguinte com maior representação, mais que as “*Atitudes da Equipa de Enfermagem em relação à profissão de enfermagem*”

Centrando-nos sobre a primeira, o indicador com maior representatividade, enumerado por 70% dos entrevistados, é “*A Equipa de Enfermagem deve estar receptiva à supervisão de alunos.*”

Receptividade que os alunos caracterizam pela presença/ausência de diversos factores, como **gosto por supervisionar**, [No meu pior estágio]“(...) acho que se calhasse com qualquer outra pessoa do serviço me iria calhar uma pessoa que não gostasse [de ter alunos]. A equipa era horrível (...)”(E1); **não querem ter alunos** [situação que menos gosto em estágio]“(...) chegas ás passagens de turno e ninguém [elementos da equipa] te recebe, ninguém te quer (...)”(E1), **motivação para a supervisão** [estágio que correu lindamente porque a equipa era jovem] “Não a idade [que é importante], mas a motivação com que a pessoa faz as coisas [orientar um aluno] (...)”(E3); **forma como encaram/abertura aos alunos** [estágio que mais gostei]“(...) os elementos [da equipa de enfermagem] não aceitavam bem os alunos (...)”(E5), **acessibilidade** [foi uma boa experiência que tive (...) também na minha relação (...) com a equipa]“(...) muito acessível (...)” (E6) e por fim a **forma como acolhem o aluno** [Gostei muito do estágio]“(...) a equipa acolheu-nos muito bem (...)”(E10)

O segundo indicador dentro desta subcategoria é “A Equipa de Enfermagem deve demonstrar interesse pela formação do aluno “ com 20% de unidades de enumeração.

Este aspecto, é visível através de expressões como a do E2 [estágio que gostei muito]“(...) quando (...) não os abordávamos [elementos da equipa de enfermagem] eles abordavam-nos (...)”

A importância deste indicador assim como do anterior facilmente se explica pela sua influência não só no ambiente emocional a estabelecer entre aluno/Equipa de Enfermagem, que como já vimos é determinante para o sucesso do Ensino Clínico, bem como no desempenho, empenhamento destes elementos como supervisores.

Estabelecendo uma interligação com os estudos que temos vindo a mencionar, apenas no de Simões (2004), bem como no de Longo (2005) é sublinhada a atitude da Equipa de Enfermagem relativamente à supervisão de alunos, que se caracteriza por uma desvalorização desta função.

Também ao longo do referencial teórico foi feita referência a vários estudos que também descrevem que os supervisores nem sempre consideram a supervisão como fazendo parte de uma das suas funções (Rajj, 2000, in Abreu, 2003), sentindo muitas das vezes desmotivação, desinteresse, cansaço pela tarefa de supervisão (Belo, 2003; Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.*, 2001; Daloz, 1986, in Reid, 1994; Franco, 2000, in Mendes *et al.*, 2001; Longo, 2005 e McCarthy, 1987, Oliveira e Neves, 1995, in Silva

& Silva, s.d., entre outros), explicados pela falta de contrapartidas, bem como pela sobrecarga de trabalho com que se confrontam com um aluno a seu cargo (Belo, 2003; Fonseca, 2004; Longo, 2005; Simões, 2004 e Zeichner, 1993).

Apesar destes sentimentos outros estudos revelam que os supervisores gostam de supervisionar alunos (Amador, 1991, citado por Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000 e Mendes *et al.*, 2001).

Por sua vez a subcategoria “*Atitudes da Equipa de Enfermagem em relação à profissão de enfermagem*” é a categoria que se segue com maiores unidades de enumeração, tal como a subcategoria “*Idade*”, embora esta última com maiores unidades de registo.

Atitudes como “*A Equipa de Enfermagem deve estar motivada para o exercício da profissão de enfermagem*”, “*A Equipa de Enfermagem deve ter gosto pela área de trabalho*”, bem como “*A Equipa de Enfermagem deve ter espírito de auto-formação*” são atitudes que segundo os alunos os elementos da Equipa de Enfermagem devem ter em relação à profissão que desempenham.

Gosto e motivação pela enfermagem são aspectos que determinam o seu empenhamento como enfermeiros e conseqüentemente a qualidade dos cuidados que prestam, permitindo que sejam bons modelos/exemplos de cuidar para os alunos, mas também de motivação e de gosto pela profissão, sendo por isso aspectos essenciais a uma supervisão de qualidade.

Vários são os casos/situações descritas pelos entrevistados que demonstram a inexistência destes aspectos, por exemplo o E2 relata “*(...) nas noites era: Vocês vão ficar acordados não vão, então olhem nós vamos dormir e acordem-nos às sete (...). A medicação da noite era: então a senhora está com dores? não, mas olhe tem aqui um Nalotil que é para descansar melhor, do estilo, toma lá aí o Nalotil, durmam a noite inteira, que a gente não se quer chatear (...)*”(E2,P31)

Supervisão de qualidade só possível na presença de profissionais possuidores de espírito de auto-formação, capacidade de formação contínua, que como já vimos é uma das competências que deve estar presente num enfermeiro ao longo de toda a sua actividade profissional (Le Boterf, 1995,1997), com vista a actualização constante dos seus conhecimentos a vários níveis, imprescindível para que prestem cuidados de enfermagem de qualidade, tornando-se bons modelos/exemplos de cuidar para os

alunos, o que é visível através da expressão [estágio que gostei em que gostei da equipa] “(...) iam [elementos da equipa de enfermagem] a várias conferências, a vários simpósios de doenças psiquiátricas.”(E2)

Exemplos em termos de cuidar, mas também de competências de auto-formação, pois o aluno só será capaz de as desenvolver na presença de supervisores possuidores de tais competências, como capacidade para se auto-reflectirem, auto-avaliarem e consequentemente auto-formarem, competências estas que como se disse no referencial teórico, são apontadas nos estudos realizados por Simões (2004); Fonseca (2004), bem como Longo (2005) como devendo estar presentes nos supervisores, não havendo mais uma vez referência a este aspecto para a Equipa de Enfermagem.

Também relativamente ao gosto e motivação para a profissão de enfermagem nenhum dos estudos faz referência a este aspecto quer relativamente à Equipa de Enfermagem, quer relativamente aos supervisores.

Relativamente à idade, os alunos referem que “ *é importante que a Equipa de Enfermagem seja jovem*”, não o justificando, contudo pudemos supor que provavelmente se deve aos mesmos motivos que apontam para o supervisor, como veremos nos temas seguintes.

Esta característica não foi encontrada em nenhum dos estudos consultados quer relativamente à Equipa de Enfermagem, quer em relação aos supervisores.

Por fim ainda relativamente à Equipa de Enfermagem, a subcategoria a que os alunos atribuíram menor relevância é à Experiência Profissional, referindo que “ *A Equipa de Enfermagem deve ser experiente na área em que trabalha*”, o que segundo os alunos é imprescindível para ajudar o aluno na resolução de problemas, pois segundo o que um dos entrevistados descreve [estágio que gostei muito mas em que me confrontei com uma situação difícil, sem que ninguém da equipa me ajudasse] “(...) pedi ajuda várias vezes (...) os [enfermeiros] que estavam ao meu lado eram (...) enfermeiros (...) acabados de licenciar (...)” (E9)

Estudos realizados não se reportam a esta característica relativamente à Equipa de Enfermagem, contudo no que concerne ao supervisor alguns estudos apontam esta característica como importante apenas no supervisor da instituição escolar (Simões, 2004) e outros como importante no supervisor do local de Ensino Clínico, como o

estudo de Longo (2005) que dentro das competências técnicas refere-se especificamente a ter domínio das práticas/Ter experiência clínica.

1.4 Características do chefe de Enfermagem

O chefe de Enfermagem embora fazendo parte integrante da Equipa de Enfermagem deverá segundo os alunos, pelo papel que desempenha em todo este processo possuir determinadas características específicas, pelo que se contemplou noutra categoria.

Categoria constituída por três subcategorias, que por sua vez circunscrevem um total de sete indicadores, tal como é possível verificar através do quadro que a seguir se apresenta.

<i>CATEGORIA D: Características do chefe de Enfermagem</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE	
		N	%	N	%
Relacionamento do enfermeiro chefe com os enfermeiros	O enfermeiro chefe deve ser capaz de aceitar/respeitar quando o enfermeiro refere que não quer orientar alunos	2	20%	1	10%
	O enfermeiro chefe deve ter sensibilidade para perceber se o enfermeiro quer orientar alunos	1	10%	1	10%
	O enfermeiro chefe deve ter sensibilidade para perceber se o enfermeiro gosta de orientar alunos	1	10%	1	10%
Qualidade do desempenho profissional do enfermeiro chefe	O enfermeiro chefe deve fornecer recursos/instrumentos para o aluno trabalhar	2	20%	1	10%
	O enfermeiro chefe deve ser capaz de avaliar quais os enfermeiros mais competentes para orientar um aluno	2	20%	1	10%
	O enfermeiro chefe deve sempre atribuir um enfermeiro orientador a um aluno	1	10%	1	10%

Experiência Profissional do enfermeiro chefe	O enfermeiro chefe deve ter experiência no serviço	1	10%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA		10	100%	5	50%

Quadro nº 8: Características do chefe de Enfermagem

Da análise desta categoria facilmente nos apercebemos que as subcategorias “*Relacionamento do enfermeiro chefe com os enfermeiros*”, bem como “*Qualidade do desempenho profissional do enfermeiro chefe*” são as subcategorias com maior representatividade, embora esta última contenha maior número de unidades de registo.

O enfermeiro chefe como já referimos, por as suas funções se centrarem a nível da gestão e organização do serviço não presta directamente cuidados de enfermagem, pelo que facilmente se percebe que não possa ser este o responsável pela supervisão dos alunos durante o período de Ensino Clínico, tal como Abreu (2002) assim o defende.

Embora não directamente responsável pela supervisão do aluno durante este período, por ser este que melhor conhece as características e as competências de cada elemento da Equipa de Enfermagem, é a este que a instituição escolar incube de avaliar e seleccionar os enfermeiros supervisores mais adequados para supervisionar o Ensino Clínico, sendo aliás com estes que a escola estabelece o primeiro contacto, explicando aspectos relacionados com a organização do Ensino Clínico, bem como do curso (Espiney, in Canário, 2003).

Neste sentido, facilmente se compreende que “*O enfermeiro chefe deve sempre atribuir um enfermeiro orientador a um aluno*”, devendo “*ser capaz de avaliar quais os enfermeiros mais competentes para orientar um aluno*” constituam dois dos indicadores a que os alunos atendem aquando a avaliação do desempenho do enfermeiro chefe.

Atribuir um enfermeiro orientador a um aluno é algo que segundo um dos entrevistados nem sempre acontece, pois “[*situação que menos gosto em estágio*]“(…) *nem o enfermeiro chefe te coloca com uma pessoa (...)*”(E1)

Relativamente à selecção dos enfermeiros, os alunos descrevem-na como positiva, visível através de discursos como o do E5 que descreve [*estágio em que gostei*] “(…) *a enfermeira chefe (...) tinha consciência que nem todos os enfermeiros eram adequados para ficar com alunos (...)*”

Desempenho do enfermeiro chefe que segundo os alunos também se deverá centrar no fornecimento de “(...) recursos /instrumentos para o aluno trabalhar .”, como [estágio que gostei] “(...) ele [enfermeiro chefe] é todo solícito (...) ele (...) telefonou para a gente ir passear [com os doentes] (...)”(E9), o que poderá ser explicado por alguns recursos /instrumentos implicarem/obrigarem a participação e a respectiva autorização do enfermeiro chefe.

Analisado o papel que segundo os alunos o enfermeiro chefe deve ter em todo este processo, facilmente se compreende que o “ *Relacionamento do enfermeiro chefe com os enfermeiros*” seja outra das características a atender aquando a avaliação do chefe de enfermagem no processo supervisão.

Relacionamento que segundo os alunos engloba “ (...) *ser capaz de aceitar/respeitar quando o enfermeiro refere que não quer orientar alunos*”; na medida em que os enfermeiros nem sempre por as mais variadas razões querem ter alunos e segundo os alunos tal nem sempre é respeitado, aspecto este descrito pelo E4 que refere [A pior enfermeira orientadora] “(...) *foi uma coisa (...) eu acho que nem sempre acontece os orientadores têm alunos nem sempre é porque eles querem, muitas vezes é o chefe (...)*” Nem sempre querem ter alunos e nem sempre são capazes de o referir, pelo que o enfermeiro chefe deve ter sensibilidade não só para “(...) *perceber se o enfermeiro gosta de orientar alunos*”, bem como para “(...) *perceber se o enfermeiro quer orientar alunos.*”, aspectos estes como já vimos de fundamental importância para o sucesso do Ensino Clínico e que por isso devem ser avaliados, diagnosticados e respeitados por quem selecciona os enfermeiros supervisores.

Como característica a apresentar pelo enfermeiro chefe, embora com menor importância segue-se a experiência profissional, sendo que segundo os alunos “ *O enfermeiro chefe deve ter experiência no serviço*”.

Experiência no serviço que o único entrevistado que o refere fundamenta através da seguinte expressão [estágio que não gostei] “ (...) *a enfermeira chefe era muito nova no serviço e então aquilo era um bocadinho complicado (...)*”(E5)

Apesar de o aluno não o explicar poderemos avançar com algumas razões explicativas para a importância de tal característica, como um melhor conhecimento de cada enfermeiro, do serviço, bem como uma melhor organização do serviço.

Por fim, tentando estabelecer um paralelismo desta categoria com as investigações consultadas, apercebemo-nos que a única referência a este elemento feita no estudo de Fonseca (2004) relaciona-se com o facto de nem sempre respeitarem as avaliações efectuadas pelos elementos da Equipa de Enfermagem, aspecto este que não é referido pelos nossos entrevistados.

1.5 Características da Equipa Médica

Para além da Equipa de Enfermagem, os entrevistados referiram-se à importância da Equipa Médica que constitui outra categoria, a qual por sua vez constituída por apenas uma subcategoria, dividida em três indicadores.

<i>CATEGORIA E: Características da Equipa Médica</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE	
		N	%	N	%
Relacionamento da Equipa Médica com outros elementos	A Equipa Médica deve ser capaz de integrar o aluno no serviço	2	25%	1	10%
	A Equipa Médica deve ser capaz de motivar o aluno para aprender	2	25%	1	10%
	A Equipa Médica deve estabelecer uma boa relação/comunicação com a Equipa de Enfermagem	4	50%	2	20%
TOTAL DA CATEGORIA		8	100%	4	40%

Quadro nº 9: Características da Equipa Médica

Tal como a Equipa de Enfermagem deve estabelecer uma boa relação /comunicação com a Equipa Médica, também esta última deve tentar estabelecer uma boa relação/comunicação com a Equipa de Enfermagem, indicador a que os alunos atribuem maior importância, o que mais uma vez se explica pelo papel importante que a relação desempenha no ambiente emocional que se cria no serviço, relacionamento este que segundo os entrevistados é descrito de forma negativa.

Com igual representatividade segue-se “*A Equipa Médica deve ser capaz de integrar o aluno no serviço*”, bem como “*A Equipa Médica deve ser capaz de motivar o aluno para aprender*”.

Apesar de não directamente responsável pela supervisão dos alunos é importante que a Equipa Médica integre o aluno na Equipa, de forma a que se crie não só um ambiente emocional positivo em Ensino Clínico, mas para que o aluno sinta e compreenda o trabalho de Enfermagem como multidisciplinar.

A importância desta característica na aprendizagem em Ensino Clínico é visível através de expressões como a do E2 [*pior estágio em que a equipa de enfermagem não fazia nada*] “*Nesse estágio o que eu aprendi foi com a equipa médica (...)*”

Por fim, consistindo a motivação a força, a energia que nos conduz numa determinada direcção, a realizar determinada acção, a Equipa Médica deve ser capaz de estimular, desenvolver essa motivação nos alunos para aprender, de forma a que o Ensino Clínico seja o mais proveitoso.

Comparando com outros estudos, nenhum deles faz referência a estas características como devendo estar presentes na Equipa Médica, sendo que apenas no estudo de Simões (2004) é caracterizada a relação entre esta equipa e os alunos, que caracteriza com indicadores como agressividade e mesmo assédio sexual.

Encerrando, este tema apercebemo-nos que no decorrer do Ensino Clínico existem tal como Abreu (2003) defende uma série de factores de ordem situacional, mas também psicológica que poderão influenciar o desenvolvimento de competências durante este período.

Contudo, muitos outros factores poderão interagir, sendo que um outro factor bastante apontado por vários autores (Abreu, 2003; Alarcão, 1996; Alarcão & Tavares, 2003; Albuquerque *et al.*, 2005; Caires & Almeida, *in* Gonçalves, *et al.*, 2001; Vieira, 1993; Zeichner, 1993, entre muitos outros) é a qualidade da supervisão assegurada durante este período, que aliás é encarada por muitos como o factor mais determinante da qualidade da experiência de estágio (Copas, 1984, Duquette, 1994, Galvão, 1996 e Toohey *et al.*, 1996, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001), sendo sobre esta que os próximos três temas se debruçam.

2. Competências dos supervisores do local de Ensino Clínico mais valorizadas pelos estagiários

O supervisor e sobretudo o do local de estágio é como temos vindo a defender o factor mais determinante da qualidade da supervisão assegurada, ou seja do sucesso e do desenvolvimento de competências pelo aluno no Ensino Clínico (Abreu, 2003; Alarcão, 1996; Alarcão & Tavares, 2003; Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001; Reid, 1994; Vieira, 1993; Zeichner, 1993, entre muitos outros) ao qual os entrevistados deste estudo também atribuem grande importância dada a grande representatividade deste tema em toda a análise, visto ser aquele que contempla um maior número de unidades de registo, apesar de constituído por apenas oito categorias.

São estas diferentes categorias que caracterizam/definem o tipo de competências do supervisor de Ensino Clínico, as quais mais uma vez não polarizamos em positivo e negativo, visto não ser nosso objectivo avaliar a sua presença ou não, mas sim identificar as que devem estar presentes, as ideais.

Para além da não polarização, a sua inclusão num tema à parte do anterior, apesar de o supervisor também ser entendido como um factor que influencia/determina a aprendizagem, foi efectuada de forma a ser possível uma maior especificação, compreensão de cada tipo/grupo de competências, que é aliás onde se centra o grande objectivo de toda esta investigação.

O tipo de competências identificadas, bem como as suas diferentes representatividades é visível através do quadro que a seguir se apresenta.

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA			
	UR		UE	
	N	%	N	%
Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros	526	100%	10	100%
Saber/querer empenhar-se na supervisão	82	100%	10	100%
Saber/querer empenhar-se na profissão de enfermagem	52	100%	9	90%
Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação	138	100%	10	100%
Ser reflexivo	34	100%	10	100%
Ser capaz de analisar e avaliar	41	100%	10	100%
Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem	75	100%	10	100%
Saber/querer aprender e aprender a aprender	40	100%	8	80%

Quadro nº 10: Unidades de registo e de enumeração das categorias obtidas no tema 2

Analisando o tipo de competências que os nossos entrevistados apontam como desejáveis num supervisor, facilmente nos apercebemos que vão ao encontro de algumas das competências definidas por Le Boterf (1995,1997) relativamente às competências profissionais e de todas as competências que segundo Alarcão & Tavares (2003) são essenciais num supervisor.

São algumas destas competências definidas por Alarcão & Tavares (2003) que são identificadas nos estudos que temos vindo a apresentar como devendo estar presentes no supervisor.

Debruçando-nos sobre as suas diferenças percentuais, quer em termos de unidades de registo, quer de enumeração facilmente nos apercebemos que a categoria “ *Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros*” é o tipo de competências mais valorizado pelos alunos num supervisor do local Ensino Clínico, o que se explica por todas as razões que já apontamos para a Equipa de Enfermagem.

Também referido por todos os entrevistados embora com diferenças em termos de unidades de registo, segue-se as categorias “*Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação*”; “*Saber/querer empenhar-se na supervisão*”; “*Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem*”; “*Ser capaz de analisar e avaliar*” e “*Ser reflexivo*”

Por sua vez com menor unidades de enumeração (90%) segue-se a categoria “*Saber/querer empenhar-se na profissão de enfermagem*” e por fim com 80% de unidades de enumeração, segue-se a categoria “*Saber/querer aprender e aprender a aprender*”.

Comparando estas diferenças percentuais com as dos estudos que temos vindo a apresentar apercebemo-nos que uma maior valorização das competências de âmbito relacional e não comunicacional, visto que alguns estudos distinguem-nas, é por parte dos supervisores do local de estágio, mas apenas no estudo realizado por Longo (2005), pois no de Simões (2004) as mais valorizadas são as de análise e avaliação, tal como no

estudo de Fonseca (2004), realizado segundo a perspectiva dos supervisores da instituição escolar.

Por fim, no estudo realizado segundo a perspectiva dos alunos as competências formativas são aquelas que obtêm maior representatividade, não havendo referência a competência de âmbito comunicativo-relacional, apesar de fazerem face a uma série de aspectos essenciais num supervisor para o estabelecimento de uma boa relação entre ambos em todo este processo (Belo, 2003).

De seguida analisaremos pormenorizadamente cada uma destas categorias por subcategoria e indicador.

2.1 Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros

Esta categoria é constituída por um total de dezasseis subcategorias, perfazendo um total de noventa e quatro indicadores, como é possível verificar através do quadro que a seguir se apresenta.

CATEGORIA A: Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE	
		N	%	N	%
Ser sincero/honesta com os outros	O enfermeiro orientador deve ser sincero	2	0,4%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser sincero com o aluno	5	1%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve ser sincero com os utentes	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser sincero com a equipa	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser sincero com o chefe para admitir que não quer ter alunos	2	0,4%	1	10%
Ser sensível com os outros	O enfermeiro orientador deve ser sensível	5	1%	1	10%

	O enfermeiro orientador deve ter sensibilidade para conhecer/interpretar o aluno	19	3,6%	5	50%
	O enfermeiro orientador deve ter sensibilidade para comunicar com o aluno	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ter sensibilidade para adaptar as situações ás dificuldades/sentimentos do aluno	9	1,7%	4	40%
	O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa humana	9	1,7%	2	20%
Ser capaz de estabelecer uma relação de confiança	O enfermeiro orientador deve ser capaz de confiar	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de confiar no aluno	12	2,3%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de confiar na equipa	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa de confiança	1	0,2%	1	10%
Ter facilidade em se relacionar e comunicar com os outros	O enfermeiro orientador deve ser acessível	5	1%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de estabelecer uma boa relação/comunicação com os outros	2	0,4%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de estabelecer uma boa relação/comunicação com os alunos	17	3,2%	5	50%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de estabelecer uma boa relação/comunicação com a equipa	11	2,1%	4	40%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de estabelecer uma boa relação/comunicação com os utentes e/ou família	10	1,9%	6	60%

	O enfermeiro orientador deve ser capaz de estabelecer uma boa relação/comunicação com os docentes	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve gostar de comunicar e relacionar-se com os outros	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ter uma boa capacidade de expressão	1	0,2%	1	10%
Estar disponível para os outros	O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa disponível	35	6,7%	7	70%
	O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade pessoal para supervisionar um aluno	7	1,3%	3	30%
	O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para explicar ao aluno	11	2,1%	4	40%
	O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para escutar o aluno	8	1,5%	5	50%
	O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para ajudar/apoiar o aluno na resolução de problemas	32	6,1%	8	80%
	O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para acompanhar o aluno na realização das práticas	9	1,7%	4	40%
	O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para com o aluno fora da hora de estágio	7	1,3%	3	30%
	O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para com a Equipa de Enfermagem	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para com o utente	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para avaliar	1	0,2%	1	10%

	O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para orientar	2	0,4%	1	10%
Ser capaz de fazer com que o aluno se sinta bem em estágio	O enfermeiro orientador não deve ser autoritário	5	1%	1	10%
	O enfermeiro orientador não deve ser autoritário para que o aluno se sinta à vontade no estágio	4	0,8%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve estabelecer uma relação informal com o aluno	9	1,7%	5	50%
	O enfermeiro orientador deve estabelecer uma relação informal com o aluno para que este se sinta à vontade	5	1%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve estabelecer uma relação informal com o aluno para facilitar a sua aprendizagem	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve estabelecer uma relação informal com o aluno para benefício de ambos	2	0,4%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade no estágio	7	1,3%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade no estágio para questionar/colocar dúvidas	12	2,3%	4	40%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade no estágio para falar	4	0,8%	4	40%
	O enfermeiro orientador não deve causar no aluno sentimentos negativos	7	1,3%	2	20%

	O enfermeiro orientador deve ser capaz de ver o aluno como mais um elemento da equipa	11	2,1%	4	40%
	O enfermeiro orientador não deve abandonar/deixar o aluno sozinho no serviço	9	1,7%	3	30%
	O enfermeiro orientador não deve corrigir o aluno à frente de outros	2	0,4%	1	10%
	O enfermeiro orientador não deve criar situações para o aluno errar	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador não deve confrontar o aluno perante situações que não gosta	2	0,4%	1	10%
	O enfermeiro orientador não deve ver o aluno como um recurso humano	8	1,5%	3	30%
	O enfermeiro orientador não deve ver o aluno como uma sombra	2	0,4%	1	10%
	O enfermeiro orientador não deve ser agressivo verbalmente	8	1,5%	2	20%
	O enfermeiro orientador não deve ser agressivo não verbalmente	6	1,1%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de aceitar as dúvidas e erros dos alunos	4	0,8%	4	40
	O enfermeiro orientador não deve ter postura de avaliador	10	1,9%	4	40%
	O enfermeiro orientador não deve demonstrar ao aluno que se encontra saturado/cansado do papel de supervisor	4	0,8%	3	30%
Ser capaz de compreender o aluno	O enfermeiro orientador deve ser capaz de se colocar no lugar do aluno	2	0,4%	1	10%
	O enfermeiro orientador não se	2	0,4%	1	10%

	deve esquecer das suas vivências enquanto aluno				
Dar espaço ao aluno	O enfermeiro orientador deve dar espaço para que o aluno realize as acções de uma forma independente, mas acompanhada/sob a sua supervisão	31	5,9%	6	60%
	O enfermeiro orientador deve dar espaço ao aluno para exprimir as suas dificuldades/dúvidas	2	0,4%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve dar espaço ao aluno para criar	2	0,4%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve dar espaço ao aluno para responder às questões noutra altura	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador não deve ser demasiado protector	2	0,4%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve dar espaço para que o aluno realize no estágio os trabalhos pedidos pela escola	1	0,2%	1	10%
	Ser flexível	O enfermeiro orientador deve ser flexível	1	0,2%	1
Ser justo	O enfermeiro orientador deve ser justo	2	0,4%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve aceitar ser avaliado pelos alunos	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve tratar todos os alunos de forma igual	2	0,4%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve ser objectivo	3	0,6%	2	20%
	O enfermeiro orientador não deve ser autocentrado	5	1%	3	30%
	O enfermeiro orientador não deve transferir para o aluno os seus problemas pessoais	6	1,1%	1	10%

	O enfermeiro orientador não deve agir com base nas representações negativas enquanto aluno	6	1,1%	2	20%
	O enfermeiro orientador não deve agir com base nas representações que tem acerca das diferentes escolas	6	1,1%	1	10%
Ser coerente	O enfermeiro orientador deve demonstrar coerência entre a forma como diz que deve ser feito e a forma como faz	6	1,1%	4	40%
Ser paciente	O enfermeiro orientador deve ser paciente	2	0,4%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ter paciência para explicar	2	0,4%	1	10%
Ser simpático	O enfermeiro orientador deve ser simpático	9	1,7%	5	50%
	O enfermeiro orientador deve ser simpático para que o aluno se sinta à vontade	3	0,6%	1	10%
Ser divertido	O enfermeiro orientador deve ser divertido	6	1,1%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve ser divertido para lidar com as situações de uma forma positiva	4	0,8%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser divertido para não ter postura de avaliador	2	0,4%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser divertido para ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade	2	0,4%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser divertido para ser capaz de resolver as situações na altura	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser divertido para estabelecer uma boa relação com a equipa	4	0,8%	1	10%

	O enfermeiro orientador deve ser divertido para estabelecer uma boa relação com os superiores	1	0,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser divertido para ser uma pessoa com quem é fácil estabelecer uma boa relação	1	0,2%	1	10%
Ser uma pessoa atenta aos alunos	O enfermeiro orientador deve preocupar-se /interessar-se pelo aluno	13	2,5%	4	40%
	O enfermeiro orientador deve preocupar-se /interessar-se com as necessidades de formação do aluno	6	1,1%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve preocupar-se/interessar-se com a evolução da aprendizagem do aluno	7	1,3%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve preocupar-se /interessar-se com os sentimentos do aluno	14	2,7%	6	60%
	O enfermeiro orientador deve preocupar-se /interessar-se com a opinião do aluno em relação ao estágio	3	0,6%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve preocupar-se com a opinião do aluno em relação à supervisão assegurada	9	1,7%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve preocupar-se/interessar-se com a opinião do aluno relativamente à nota atribuída em estágio	1	0,2%	1	10%
	Ser Educado	O enfermeiro orientador deve ser educado	1	0,2%	1
TOTAL DA CATEGORIA		526	100%	10	100%

Quadro nº 11: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico - Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros

Percorrendo esta grande categoria apercebemo-nos que as subcategorias “ *Ser capaz de fazer com que o aluno se sinta bem em estágio*” e “*Estar disponível para os outros*” são aquelas com maior representatividade, a primeira com 123 UR e a segunda 114 UR.

O Ensino Clínico é como se disse ao longo do referencial teórico um período de grande ansiedade, angústia, medo para os alunos (Abreu, 2003), sentimentos que quando vividos em proporções inadequadas poderão constituir-se como bloqueadores do desenvolvimento de competências e da socialização profissional que se pretende durante o período de Ensino Clínico (Ausubel, 1980, citado por Ferreira, s.d. b).

Como bloqueadores que podem ser do desenvolvimento intelectual e social estes sentimentos podem ser minimizados pelo supervisor (Belo, 2003; Ferreira, s.d. a) que deve “*Ser capaz de fazer com que o aluno se sinta bem em estágio*”, só possível através do estabelecimento de uma relação de ajuda entre supervisor – estagiário (Rogers, 1979, 1986).

Relação de ajuda, que como já foi dito para o tema anterior, implica que entre aluno e supervisor se estabeleça uma horizontalidade de relações, uma relação de colegas (Alarcão & Tavares, 2003; Albuquerque *et al.*, 2005 e Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001), daí que os entrevistados sublinhem a importância do estabelecimento de uma relação informal, que é aliás o indicador que foi enumerado por um maior número de entrevistados (50%) dentro da subcategoria “ *Ser capaz de fazer com que o aluno se sinta bem em estágio*”.

Relação informal que segundo os entrevistados contemplam os aspectos que temos vindo a defender como devendo estar presentes na relação de ajuda a estabelecer entre supervisor – aluno, como a **inexistência de hierarquias** “[*enfermeiro orientador que gostei muito*] “(...) há ali uma sensação de hierarquia [com os enfermeiros orientadores] que com ele [enfermeiro orientador] não há (...)” (E1), [foi dos estágios que eu mais gostei do curso]“(...) não ter aquela postura [enfermeira orientadora] de eu sou enfermeira, tu és aluna e separamos os campos (...)”(E8); **proximidade** “[*enfermeira orientadora que foi espectacular*] “(...) é uma relação próxima (...)”(E9)”; **abertura** “[*enfermeira orientadora que gostei*] “(...) a abertura que existe (...)”(E10), bem como a **informalidade na realização de avaliações** “[*Gostei bastante*

do estágio, o enfermeiro orientador realizava avaliações formativas] “(...) Não de forma formal, mais de conversa entre (...) parceiras de trabalho (...)” (E10).

Relação informal, de colegas, que como no tema anterior se explicou, consiste em o supervisor facilitar, ajudar o aluno na procura de soluções para os problemas, num ambiente emocional positivo (Alarcão & Tavares, 2003), pelo que se compreende que 40% dos entrevistados tenham referido que “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade no estágio para questionar/colocar dúvidas*” (UR=2,3%) e que “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade no estágio para falar*”(UR=08%), sendo que o indicador colocar o aluno à vontade foi referido em todos os estudos.

Como colegas que são, supervisor e aluno devem como já se disse para a Equipa, trabalhar em conjunto na procura de soluções para os problemas (Alarcão & Tavares, 2003; Albuquerque *et al.*, 2005 e Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001.), pelo que facilmente se compreende que também 40% dos entrevistados e com 2,1% em termos de UR refiram que “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de ver o aluno como mais um elemento da equipa*”, constituindo este indicador como mais um aspecto que contribui para que o supervisor seja “ *Capaz de fazer com que o aluno se sinta bem em estágio*”

Ver o aluno como mais um elemento da equipa implica segundo os nossos entrevistados **integrá-los nos vários elementos que a constituem** “[enfermeira orientadora que soube me orientar muito bem integrou-me na equipa] “(...) Apresentou-me a todos os elementos (...)” (E5); **nos momentos de “lazer”** “[a enfermeira orientadora que soube me orientar muito bem integrou-me na equipa] “(...) ela nunca ia comer fora do serviço (...) mas sabia que eu ia ao refeitório e então via sempre quem é que podia ir comigo (...)” (E5) e **nas várias situações/casos existentes no serviço** “[enfermeira orientadora que gostei] “(...) o facto de nos integrar não só nos nossos doentes mas nos doentes que estão atribuídos a ela (...)” (E10), **trabalhar em conjunto com estes** [foi dos estágios que eu mais gostei do curso] “(...) havia uma certa distanciação por ser a enfermeira orientadora, mas houve sempre até alguma camaradagem (...) [enfermeiro orientador aluno] “(E8), **tratá-los de forma igual à equipa** [melhor enfermeira orientadora] “(...) sentia-me que era mais um membro da equipa, porque o

que ela [enfermeira orientadora] o que me fazia a mim, fazia aos outros [elementos da equipa](...)” (E8)

Para além de todos estes aspectos um dos alunos refere que *[a enfermeira orientadora que soube me orientar muito bem integrou-me na equipa]* “(...) *uma mãe que me adoptou completamente no serviço (...)*”(E5)

Ver o aluno como mais um elemento da equipa, como mais um colega, nem sempre é fácil de realizar pelos supervisores nem de encarar pelos alunos, quando uma das funções a desempenhar pelo supervisor é também a de avaliação.

Alarcão & Tavares (2003) como já se disse referem-se à avaliação como um fantasma, que colide com a relação de apoio, de ajuda que se pretende estabelecer entre supervisor-aluno, pelo que também 40% dos entrevistados , embora com 1,9% de UR referem que “*O enfermeiro orientador não deve ter postura de avaliador*”

Este “*fantasma*” que é a avaliação é também referido pelos supervisores do local de estágio, bem como pelos docentes, na medida em que no estudo de Longo (2005), bem como no de Fonseca (2004) a avaliação é identificada como um factor que dificulta a relação que se pretende entre estes dois elementos em todo este processo.

Ao colidir com a relação a estabelecer entre supervisor/aluno, a postura de avaliador por parte do supervisor conduz como já se disse ao longo do referencial teórico a que o aluno tenha medo de arriscar, limitando-se a imitar o modelo do supervisor (Alarcão & Tavares, 2003), pelo que facilmente se compreende que um dos entrevistados (E10) refira que a *[enfermeira orientadora que gostei]* “(...) *não estamos a ser (...) bombardeados [com perguntas] (...) temos as costas um bocadinho mais livres, dá-nos para progredir (...)*”, ou seja para desenvolver-se em termos profissionais e humanos, que constitui o grande objectivo do processo supervisivo.

Para além de não dever ter postura de avaliador, “*O enfermeiro orientador deve ser capaz de aceitar as dúvidas e erros dos alunos*”, aspecto este referido por também 40% dos entrevistados como essencial para que o aluno se sinta bem em estágio, embora com um total de 0,8 % de UR, o que vai de encontro com uma das condições que segundo Rogers (1979) deve estar presente na relação de ajuda a estabelecer entre supervisor/aluno, a qual, aceitação/interesse/apreço ou visão incondicionalmente

positiva, condição esta a que também os alunos se referiram no estudo de Carvalho (2003) como essencial não só nos supervisores do local de estágio como também docentes.

Aceitação/interesse do supervisor é essencial, na medida em que perante um erro, o aluno sentirá que existe “(...) *uma pessoa no círculo que o respeita o bastante para o ouvir com clareza e escutar essa afirmação*”(Rogers, 1986:59), que não emite “ (...) *qualquer juízo ou avaliação (...)*”, sendo “(...) *deixado nas mãos da cliente o poder sobre a sua própria vida.*”(Rogers, 1979:22)

Poder sobre a sua própria vida, autonomia para agir, não ter medo de agir, só possível se o aluno sentir que o supervisor é capaz de aceitar os seus erros, pelo que se compreende que um dos entrevistados (E4) refira “[*enfermeira orientadora que gostei muito*] “(...) *é uma pessoa que também diz erros todos nós fazemos (...)* e quando as pessoas pensam assim também nos metem mais à vontade (...) *não estamos com aquela pressão tão grande (...)*”

Foi dito que o supervisor deve ver o aluno como mais um elemento da Equipa, o que é sinónimo de trabalho conjunto aluno/supervisor e não de acções que podem ser realizadas sem a supervisão do supervisor, pelo que 30% dos entrevistados e com 1,7 % de UR referem que “ *O enfermeiro orientador não deve abandonar /deixar o aluno sozinho no serviço*”, constituindo-se este como mais um dos indicadores essenciais para que o aluno se sinta bem em estágio, visível através de expressões como a do E5 que descreve [*pior enfermeira orientadora*] “(...) *na cirurgia específica foi horrível (...)* acharam que eu era muito independente (...) *então deixaram-me (...)* *sozinha (...)* “

Acompanhar o aluno na realização de acções constitui uma das funções inerentes ao papel de supervisor (Reid, 1994), função esta que foi também referida pelos alunos no estudo de Belo (2003) e Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001) essencial para que este se assegure que o aluno não adquire apenas saberes fazeres, mas saber agir ou reagir com pertinência, ou seja competências (Le Boterf, 1995), só possíveis através de acções acompanhadas por reflexões, as quais devem ser desafiadas, perspectivadas e ao mesmo tempo suportadas pelo supervisor (Reid, 1994).

Seguindo esta lógica de pensamento facilmente se compreende que também 30% dos entrevistados, embora com menor número de unidades de registo (1,5%) refiram que “ *O enfermeiro orientador não deve ver o aluno como um recurso humano*”, ou seja, perante a sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos com que os serviços muitas das vezes se confrontam, os supervisores não devem utilizar os alunos como “tapa buracos”, envolvendo-os em actividades rotineiras e pouco significativas, na medida em que não são acompanhadas de reflexão (Cabrito, 1994 e Vasconcelos, 1992, *in* Silva & Silva, s.d.) .

Este indicador é visível através de várias unidades de registo, sendo que apresentamos duas delas, uma do E5 que refere [*os melhores enfermeiros orientadores*] “(...) *não se aproveitavam do facto de nós sermos alunos para sermos nós a cuidar dos doentes todos (...)*”, bem como a do E1 que descreve que [*enfermeiro orientador que não gostei muito*] “(...) *era um bocado à quantidade, (...) ver quanto é que saía de nós, o que é que nós mostrávamos e isso acho que faz com que o balanço não seja muito positivo (...)*”

De referir, que em nenhum dos estudos a que temos vindo a fazer referência é mencionado este aspecto.

Com também 30% de UE, mas com menor UR (1,3%) segue-se o indicador já mencionado, mas agora de forma mais geral “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade no estágio*”, fundamental segundo os entrevistados para diminuir muitas das vezes sentimentos de stress, pois segundo por exemplo o E5 “(...) *ela [a enfermeira orientadora que me soube orientar muito bem] deixava-me tão à vontade que eu não stressava (...)*”

Também enumerado por 30% dos entrevistados, embora com 0,8% de UR está o indicador “*O enfermeiro orientador não deve demonstrar ao aluno que se encontra saturado/cansado do papel de supervisor*”, constituindo mais um dos indicadores dentro da Subcategoria “ *Ser capaz de fazer com que o aluno se sinta bem em estágio*”, o que facilmente se compreende dado que o cansaço/saturação pela tarefa de supervisão influenciam o desempenho, empenhamento do supervisor, nomeadamente a relação entre aluno-supervisor, como já vimos de fundamental importância para o sucesso do aluno durante este período.

A importância deste indicador é bastante explícita no discurso dos entrevistados, pelo que apresentamos uma das UR referida pelo E10 “(...) *as próprias expressões [dos enfermeiros orientadores], de aí lá vêm alunos outra vez!(...) é um bocado incómodo (...) sentimos (...) não estamos a ser bem vindos (...)*”

Estabelecendo um paralelismo com os estudos que temos vindo a apresentar, em nenhum deles é feita referência a esta característica.

Relação que como já vimos deve desenvolver-se num ambiente emocional positivo, pelo que facilmente se compreende que 20% dos entrevistados refiram que “*O enfermeiro orientador não deve ser agressivo verbalmente*” (1,5 % de UR) e “*não verbalmente*” (1,1%), de forma a “*Ser capaz de fazer com que o aluno se sinta bem em estágio*”, aspecto este que foi também referido pelos alunos no estudo levado a cabo por Belo (2003) e Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.* (2001) e mesmo pelos supervisores no estudo de Simões (2004).

Agressividade verbal que o E4 descreve por “*tratamento abaixo de cão*”, visível através de expressões como [pior enfermeiro orientador] “(...) *ela [enfermeira orientadora] tratava-nos mesmo abaixo de cão, era uma coisa impressionante (...)*” e o E9 através de gritos [pior estágio] “(...) *chegava ao cúmulo [enfermeira orientadora] dos colegas (...) lhe pedirem para (...) não gritar mais comigo, porque era impossível (...) viver assim (...)*”

Agressividade verbal que os entrevistados também explicitam através de exemplos como o do E1, “(...) *a primeira vez que eu puncionei uma senhora, ah, a minha enfermeira orientadora virou-se para mim e disse-me assim: fogo! isso é o canal das manchas, se tu não furas isso!, eu já estava nervosa (...) foi horrível! e furei três vezes a senhora, não correu nada bem, o canal da mancha afundou, ainda levei nas orelhas por cima, foi horrível, extremamente horrível e ainda hoje não consigo puncionar como deve ser.*” e do E5 “(...) *eu tive uma experiência já aqui [estágio em que não gostei da enfermeira orientadora] a fazer um BM teste (...) quando dava a picada eu estava ali, espremia (...) e (...) estava de costas para o enfermeiro orientador e eu comecei a ouvi-la a falar (...) estás com problemas? resolve-os, mas eu nem pensava que era comigo (...) porque podia-me ter tratado pelo nome (...) sei que depois fui ao café com os doentes e tinha as mãos a tremer, inconsciente aquilo não tinha corrido bem porque quer dizer estar uma pessoa a falar daquela maneira para mim foi horrível (...)*”(E5)

Relativamente à agressividade não verbal, os alunos descrevem-na através de expressões faciais, como *[enfermeira orientadora não tinha postura de ensino]* “(...) primeiro assim um olhar do género, estás a perguntar-me isso!, vai para casa estudar (...)” (E6), bem como através de agressões físicas como *[pior estágio]* “(...) que me empurrava *[enfermeira orientadora]* pelo serviço (...)”(E9), *[pior estágio]* “(...) que me bateu *[enfermeira orientadora]* à frente (...) do meu doente (...)”(E9)

Face a tudo isto facilmente se compreende que também 20% dos entrevistados, e com uma representatividade de 1,3 % em termos de UR refiram que “ *O enfermeiro orientador não deve causar no aluno sentimentos negativos*”, descritos por **fazer o aluno sentir-se mal** como *[pior enfermeiro orientador]* “(...) ela *[enfermeira orientadora]* fazia-me sentir-me mal (...)”(E4), **fazer o aluno cansar-se do supervisor**, como *[pior estágio]* “(...) era raro o dia que eu não dizia eu não aguento a mulher *[enfermeira orientadora]* (...)”(E9), **fazer o aluno chorar** *[pior estágio]* “(...) uma vez, ela *[pior enfermeira orientadora]* faz aquele discurso (...) eu não sei bem se enfermagem é o que tu queres (...) comecei a olhar para ela e disse-lhe (...) com as lágrimas nos olhos, eu não sei o que é que você quer de mim! (...)”(E9), **fazer o aluno sentir medo** *[pior enfermeiro orientador]* “(...) tinha medo (...) se fazia alguma coisa mal (...)”(E4), bem como **sentimentos de stress** *[pior estágio]* “(...) não conseguia (...) trabalhar com ela *[enfermeira orientadora]*, começava a tremer de uma maneira (...)”(E9)

Um exemplo dado pelo E4 que ilustra este indicador bem como o da agressividade verbal é o seguinte “(...) quando ia fazer o penso contaminei os ferros (...) disse: *Oh enfermeira eu contaminei os ferros importa se de me ir buscar outros ferros? e ela [pior enfermeira orientadora] disse me à frente dessa (...) doente (...) se eu sou loura aprendi, tu que és loura falsa tens que aprender também (...) fiquei (...) nervosa, (...) fui para a casa de banho (...) chorar (...)*”(E4)

De referir, que em nenhum dos estudos consultados é feita referência desta forma a este aspecto.

Também com igual percentagem ao indicador anterior em termos de unidades de enumeração, embora com menor unidades de registo (1%) está um indicador já referido, embora agora de uma forma mais específica, o qual “*O enfermeiro orientador deve estabelecer uma relação informal com o aluno para que este se sinta à vontade*”

Sentir-se à vontade que nas unidades de registo em que especificam referem que é importante para **esclarecer dúvidas** “(...) às vezes a relação com os orientadores é uma relação muito formal (...) isso só prejudica, porque temos medo de colocar dúvidas (...)” (E4), **bem como para falar** [falas com o enfermeiro orientador tudo] “(...) se for uma pessoa muito próxima (...)” (E10)

Para além de fazer com que o aluno se sinta à vontade, uma relação informal é importante segundo também 20% dos entrevistados, embora com 0,4% de UR “(...) para benefício de ambos “, pois como temos vindo a desenvolver no processo supervisão não é só o aluno que aprende e se desenvolve, mas também o supervisor (Alarcão & Tavares, 2003).

Benefício mútuo que o E10 explica através da seguinte UR [Gostei bastante do estágio, o enfermeiro orientador realizava avaliações formativas não de uma forma formal] “(...) que é bom, porque torna a nossa relação muito próxima e facilita (...) esta partilha de experiências.”

Por fim, referido por apenas 10% dos entrevistados e com 1% UR está o indicador “ o enfermeiro orientador não deve ser autoritário”, o que facilmente se compreende dado que o seu papel não consiste como já vimos em dar, impor receitas, soluções para os problemas, mas sim em facilitar, ajudar na procura de soluções para os problemas, sendo que este indicador é essencial para a relação informal que os entrevistados defendem como essencial entre supervisor /aluno.

O único entrevistado que se refere a este indicador, O E6 explicita-o através de várias unidades de registo, sendo que apresentamos duas delas que demonstram duas ideias inerentes a este indicador, **a existência de hierarquias** [critério de selecção do enfermeiro] “(...) uma pessoa [enfermeiro orientador] (...) com quem tu não te sintas um anão ou com quem tu não te sintas eu sou um zero à esquerda (...)”, bem como de **passividade por parte do aluno** [critério de selecção do enfermeiro orientador] “(...) não autoritário é no sentido de que não seja uma pessoa [enfermeiro orientador] que te pressiona no sentido de eu dou e ela recebe (...)”

Também no estudo de Caires & Almeida, citado por Gonçalves *et al.* (2001) é feita referência a “ abuso de autoridade” por parte de ambos os supervisores.

Perante tudo o referido facilmente se compreende que “ *O enfermeiro orientador não deve ser autoritário para que o aluno se sinta à vontade no estágio*”, indicador referido também por 10% dos entrevistados, embora com menor UR (0,8%).

Também referido por 10% dos entrevistados, embora com uma representatividade de 0,4 % em termos de UR estão os indicadores “*O enfermeiro orientador não deve corrigir o aluno à frente de outros*”, “ *O enfermeiro orientador não deve confrontar o aluno perante situações que não gosta* “e”*O enfermeiro orientador não deve ver o aluno como uma sombra* “ , o que facilmente se compreende dado todos eles apontarem para acções que contribuem para que o aluno não se sinta bem em estágio, aspecto este que constitui a subcategoria em que se inserem.

O aluno não gosta de ser corrigido à frente de outros, como dos doentes, [*piores estágio*] “(...) *que me dizia [enfermeiro orientador] larga isso o que é que estás a fazer?, à frente do doente e eu nem estava a fazer nada de mal (...)*”(E9), bem como de todos os elementos da Equipa de Enfermagem [*piores estágio*] “(...) *se eu fazia uma rasura riscava [enfermeira orientadora] e obrigava-me a escrever de novo (...) depois do turno, à frente de toda a gente (...)*”(E9).

E este aspecto é focado nos estudos consultados apenas para os docentes, na medida em que Fonseca (2004:102) refere que “(...) *não chamar a atenção do aluno perante o doente e outros enfermeiros (...)*” é uma competência de âmbito relacional referida pelos próprios docentes, embora como mais adiante veremos tal não tenha sido referido neste estudo para os docentes.

Relativamente ao indicador confrontar o aluno perante situações que não gosta, o único entrevistado que o refere, o E3 descreve-o através de duas unidades de registo, sendo que apresentamos uma delas como exemplo [*situação que o aluno não gosta*] “ (...) *se não gostas (...) de fazer isto, ou não te sentes bem nesta situação e então vamos (...) promover essa situação para ver como é que tu te desenrascas.*”

Debruçando-nos sobre o último indicador, o aluno como uma sombra do supervisor, ou seja, como aquele que apenas acompanha e observa as práticas do supervisor, “(...) *ensaiaando pequenos papeis- auxiliar, aprendiz, recém- chegado (...)*”(McNally *et al.*,1994 e Caires, 1996, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001:230) é algo que como já foi dito ao longo do referencial teórico que acontece no estágio

sobretudo nos primeiros momentos e que deve ser gradualmente abandonado à medida que se estabelece uma relação de confiança entre ambas as partes, passando posteriormente a ser o supervisor a sombra do aluno (Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al*, 2001 e Mendes *et al.*, 2001).

Ser sombra do aluno não é como já se disse no referencial teórico sinónimo de superioridade, mas pelo contrário de horizontalidade de papéis, em que o supervisor nada impõe, apenas desafia o aluno a reflectir, ao mesmo tempo que o suporta, atribuindo-se deste modo ao aluno um papel activo na construção da sua aprendizagem, essencial para que se sinta bem em estágio, pelo que se compreende que não gostem de ser encarados como uma sombra ao longo de todo o Ensino Clínico.

O E4 exemplifica o papel de sombra do aluno, embora também o de cansaço/saturação pela tarefa de supervisão recorrendo a um exemplo “(...) *aquilo era uma coisa impressionante e andava-mos atrás dela [pior enfermeira orientadora] (...) no primeiro ano somos uns chatos (...) aquilo é o champô e o sabonete, andam sempre um atrás do outro não sabemos muito bem o que fazer e ela dizia é pá parem, vão à casa de banho, vão conhecer a casa de banho(...) e nós ficávamos assim a olhar(...)*”(E4)

Por fim também referido por 10% dos entrevistados, embora com menor número de unidades de registo (0,2%) seguem-se os indicadores “ *O enfermeiro orientador deve estabelecer uma relação informal com o aluno para facilitar a sua aprendizagem*”e “ *O enfermeiro orientador não deve criar situações para o aluno errar*”.

A importância do primeiro indicador é de fácil compreensão dado tudo o que já referimos atrás para a relação informal.

Por sua vez, a presença do segundo indicador constitui-se como mais um aspecto que contribui para que o aluno não se sinta bem em estágio, dificultando a sua aprendizagem, sendo que o único entrevistado que o refere, o E9 descreve-o através da seguinte unidade de registo [*pior estágio*] “(...) *teve [enfermeira orientadora] o descaramento de fazer coisas de propósito para eu fazer errado (...)*”

Analisada a Subcategoria “ *Ser capaz de fazer com que o aluno se sinta bem em estágio*”debruçamo-nos sobre a subcategoria “*Estar disponível para os outros*“, que é a segunda competência de âmbito comunicativo - relacional mais referenciado pelos entrevistados como devendo estar presente num supervisor, o que facilmente se compreende dada a importância desta competência na relação de ajuda a estabelecer no

cuidar ao utente e/ou família, bem como no Cuidar do aluno, tal como explicado para a Equipa de Enfermagem.

Deste modo, 70% dos entrevistados e com um total de 6,7 % de unidades de registo referem que “ *O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa disponível*”.

Chalifour (1989), citado por Paz, in Mestrinho *et al.* (2000:195) refere que a disponibilidade pode ser “ (...) *de tempo, de energia, e ainda intelectual e afectiva, para compreender e intervir em função das necessidades de ajuda identificadas*”

E o tipo/nível de disponibilidade é especificado através de vários indicadores, sendo que 80% dos entrevistados, embora com menor percentagem de UR (6,1%) que o indicador anterior especifica que “ *O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para ajudar/apoiar o aluno na resolução de problemas*”, o que vai ao encontro do papel que temos vindo a defender para o supervisor e que foi referido por Belo (2003).

Apoio e ajuda que em algumas unidades de registo os entrevistados ainda especificam, referindo, que “ (...) *é importante ter um bom apoio psicológico [do enfermeiro orientador](...)*”(E1), que os alunos descrevem por exemplo através de unidades como [melhor enfermeira orientadora] “ (...) *se havia algo comigo que me deixava mais preocupada ou com mais receio também tentava ajudar a combater isso (...)*”(E7), bem como [enfermeira orientadora que gostei que dizia] “ (...) *dou a minha mão, estou aqui contigo, não estás sozinha, estás acompanhada (...)*”(E10)

Para além de em termos psicológicos e emocionais, o apoio e ajuda é especificado em algumas unidades de registo **em termos de aprendizagem** como, [melhor enfermeira orientadora] “ (...) *nunca ninguém me ajudou a aprender tanto como ela [enfermeira orientadora], nunca senti isso.*” (E4), **no esclarecimento de dúvidas** [orientadora que foi excelente] “ (...) *com uma postura [enfermeira orientadora] (...) podes perguntar tudo o que quiseres (...)*”(E6), **na prestação de cuidados ao utente** [O melhor enfermeiro orientador] “ (...) *tive sempre ali uma boa rede para fazer as minhas piruetas, mas sem me aleijar e sem aleijar terceiros (...)*”(E9), **em colmatar problemas no serviço** [estágio que não gostei mas em que gostei da enfermeira orientadora] “Apoiou-me [enfermeira orientadora] em termos que ela via que eu achava que a equipa não funcionava bem (...)”(E5), **apoio/ajuda para colmatar problemas do aluno com o docente** [enfermeiro orientador que gostei] “ (...) *quando ela [docente] lá estava, quando (...) não estava tentava-me [enfermeiro orientador] sempre dar algumas dicas para ultrapassar aquilo [presença da docente](...)*” (E7)

Papel de ajuda, relação de ajuda só possível se o supervisor for capaz de escutar o outro (Rogers, 1979,1986), pelo que 50% dos nossos entrevistados referem que “*O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para escutar o outro*”, aspecto este também referido pelos alunos no estudo de Belo (2003), bem como no de Longo (2005), embora neste último através do indicador ter capacidade de ouvir.

Lazure (1994), citado por Paz, *in* Mestrinho *et al.* (2000:192) referem que escutar implica “(...) *a globalidade da pessoa enfermeiro em relação à globalidade da pessoa do cliente*”, pelo que facilmente se compreende a sua importância na compreensão intuitiva ou empática, uma das condições essenciais para o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda (Rogers, 1979,1986).

Disponibilidade para escutar que em algumas unidades de registo os alunos descrevem também como Chalifour (1989), ou seja em termos de **energia** [*enfermeira orientadora que gostei muito*] “(...) *ele [enfermeiro orientador] é (...) capaz independente do trabalho que tenha de se sentar, de me ouvir na altura (...)*” (E1), **afectiva**, “(...) *é daquelas pessoas [melhor enfermeira orientadora] que além de ser um orientador é uma pessoa que também tu sabes que depois se precisares tens uma pessoa com quem possas falar (...)*”(E4), [*enfermeira orientadora que gostei*] “(...) *disponibilidade para falar contigo sobre outras coisas que não seja (...) o estágio por exemplo, problemas de casa (...) para haver um conhecimento mútuo das duas pessoas (...)*”(E10) e de **tempo** [*falei sobre a situação difícil em estágio*] “(...) *com a orientadora também não, era tudo muito depressa (...) ok está, acabou, adeus.*”(E6).

Para além de todos estes aspectos a disponibilidade para escutar implica ainda **gosto**, pelo que um dos nossos entrevistados refere que [*Um bom enfermeiro orientador*] “(...) *goste de ouvir os outros (...)*”(E4).

Referido por 40% dos entrevistados e com uma representatividade de 2,1 % em termos de UR seguem-se os indicadores “ *O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para explicar ao aluno*”, bem como “*O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para acompanhar o aluno na realização das práticas*”, embora este último com menor unidades de registo, 1,7 %, o que facilmente se compreende visto que explicar, assim como acompanhar fazem parte integrante do papel de ajuda a desempenhar pelo supervisor (Reid,1994). Os alunos no estudo de Belo (2003) fazem também referência a este último indicador.

Os indicadores até então analisados centram-se na disponibilidade para o desempenho de várias funções inerentes ao papel de ajuda que o supervisor tem que desempenhar, contudo tal só é possível na presença de um outro indicador “(...) *disponibilidade pessoal para supervisionar um aluno*”, referido por 30% dos entrevistados.

Segundo os entrevistados mais do que gostar e querer, estar motivado para supervisionar alunos “(...) *a chave essencial, é disponibilidade em termos pessoais.*”(E8), ou seja é ter “(...) *disponibilidade (...) em querer ter um aluno (...)*”(E8)

Disponibilidade em querer ter, pois segundo os entrevistados “(...) *eles [enfermeiros] podem até gostar de ter alunos, mas imagine que também estão a passar uma fase difícil da vida deles (...) e (...) têm que estar ali (...) ter alunos dá trabalho (...)*”(E4), sendo que o E8 refere que “(...) *uma falha que ocorre frequentemente (...) é o chefe chegar e tu vais orientar alunos (...) pode (...) haver algum gosto (...) do enfermeiro, mas não haver disponibilidade pessoal (...)*”

Deste modo, facilmente se compreende que um dos entrevistados descreva a disponibilidade como algo pessoal, [*critério de selecção do enfermeiro orientador*] “(...) *pode não ter tempo [enfermeiro orientador] mas tem disponibilidade e isso não é uma coisa que se tenha porque se quer, é uma coisa que é pessoal, é a personalidade (...)*”(E3)

Com iguais unidades de enumeração e de registo segue-se “ *O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para com o aluno fora da hora de estágio*”

Disponibilidade fora da hora de estágio que os entrevistados descrevem por **dar o contacto ao aluno** [*enfermeira orientadora que gostei muito*] “(...) *outra das coisas é deu-me [enfermeiro orientador] o contacto quando me conheceu, acho que é fundamental, mostra alguma disponibilidade (...)*”(E1), **por corrigir os seus trabalhos fora do tempo de Ensino Clínico** [*melhor enfermeira orientadora*] “(...) *nunca me aconteceu uma orientadora (...) levar o meu processo de enfermagem para casa e no dia a seguir trazer aquilo corrigido (...)*”(E4), **por marcar conversas fora do tempo de Ensino Clínico** [*estágio que gostei bastante e em que gostei do enfermeiro orientador*] “(...) *como estamos com pouca disponibilidade (...) ele [enfermeiro orientador] diz (...) marcamos uma horinha a seguir e falamos sobre tudo, dou-te algumas orientações (...)*”(E10), **para recorrer a qualquer hora** [*enfermeira orientadora que gostei*] “(...) *disponibilidade por exemplo para sair fora do hospital*

(...) aumenta o tipo de relação que temos (...)”(E10) e **para momentos de diversão em conjunto fora do período de Ensino Clínico** [enfermeira orientadora que gostei] *“(...) disponibilidade por exemplo para sair fora do hospital (...) aumenta o tipo de relação que temos (...)*”(E10)

Face a tudo o referido facilmente se percebe que os entrevistados referiram este indicador pela importância que os alunos atribuem à relação, bem como ao papel de ajuda do supervisor na sua aprendizagem.

Com menor valor percentual em termos de enumeração, 10% seguem-se os indicadores “ *O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para orientar*”, “ *O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para avaliar*”; “ *O enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para com a Equipa de Enfermagem*” e o “ *Enfermeiro orientador tem que ter disponibilidade para com o utente*”, embora o primeiro tenha um maior número de unidades de registo (0,4 para 0,2 % de UR).

Mais uma vez os dois primeiros indicadores centram-se em duas funções que estão inerentes ao papel de supervisor: orientar e avaliar (Alarcão & Tavares, 2003 e Reid, 1994).

Relativamente à disponibilidade para avaliar o único entrevistado que a refere descreve através de uma única unidade de registo referindo que [pior enfermeiro orientador] *“(...) a forma como ele me avaliou (...) a avaliação (...) foi feita cinco minutos antes da professora ir ter comigo (...)*”(E6)

Por sua vez, os dois últimos indicadores apesar de centrados no cuidar em Enfermagem são essenciais num supervisor, o que poderá ser explicado por serem condição para a existência de disponibilidade para com os alunos, bem como para a prestação de cuidados de enfermagem competentes.

Para além de disponível, para que o supervisor seja capaz de ajudar o aluno a aprender deve “ *Ser uma pessoa atenta aos alunos*”, o que constitui a terceira subcategoria com maior número de unidades de registo, competência esta referida por Alarcão & Tavares (2003) e Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001).

Atenção que deve recair em vários aspectos, sendo os sentimentos o aspecto mais referido, na medida em que 60% dos entrevistados referiram que “ *O enfermeiro orientador deve preocupar-se/interessar-se com os sentimentos do aluno*”, o que

facilmente se compreende dada a importância já explicitada destes na aprendizagem dos alunos.

Uma unidade de registo que exemplifica este indicador é por exemplo a referida pelo E3 “(...) é claro que ele [enfermeiro orientador] não pode adivinhar [o que o aluno está a sentir], mas pode sempre perguntar e nem sempre eles estão sensíveis a isso de certa parte.”

Com menor número de unidades de enumeração, 40% segue-se o indicador “O enfermeiro orientador deve preocupar-se/interessar-se pelo aluno”, o que facilmente se explica dada a relação de ajuda a estabelecer em todo este processo.

Referido por 30% dos entrevistados seguem-se indicadores mais específicos como “O enfermeiro orientador deve preocupar-se com a opinião do aluno em relação à supervisão assegurada“ (UR=1,7%) ”O enfermeiro orientador deve preocupar-se/interessar-se com as necessidades de formação do aluno “(UR= 1,1%) e “O enfermeiro orientador deve preocupar-se/interessar-se com a opinião do aluno em relação ao estágio”(UR=0,6%)

O primeiro e último indicador estão relacionados com o feedback em relação ao Ensino Clínico que como vimos é fundamental para o incrementar de motivação, mas também de mudanças e aperfeiçoamento das práticas dos profissionais, supervisores do local de Ensino Clínico (Alarcão & Tavares, 2003; Caires & Alemeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001; Daloz, 1986, *in* Reid, 1994 e Ramos, 2003).

Contudo, não é só para os supervisores que tal é importante, mas também para os alunos, na medida em que lhes é permitido tal como temos vindo a defender terem um papel activo no processo de ensino-aprendizagem, de fundamental importância para o desenvolvimento de motivação e como já vimos de autonomia para aprender.

Exemplificativo destes dois indicadores são por exemplo as seguintes unidades de registo [melhor enfermeira orientadora] “(...) todos os turnos fazia questão de perguntar, fazia um feedback para ver como é que correu o turno (...)”(E4), bem como [melhor enfermeira orientadora] “(...) perguntava-me, o que é achas?, achas que eu fiz bem?, como é que querias que eu fizesse?, achas que eu deveria fazer de outra forma?(...)”(E4)

Papel activo, só possível como já vimos porque se tratam de indivíduos adultos, com experiências, desejos e necessidades de formação próprios, as quais devem ser respeitadas e tidas em conta no processo de planeamento do Ensino Clínico (Knowles, 1990, Berger,1991, in Caetano, 2003), pelo que se compreende a importância do outro indicador referido, exemplificado por exemplo através da seguinte unidade de registo [*a postura da enfermeira orientadora não era de ensino*] “(...) nunca perguntar (...) quais são os teus objectivos? , o que é que queres saber mais? (...)”(E6)

Referido por 20% dos entrevistados segue-se outro indicador também relacionado com o feedback do aluno, neste caso relativamente à sua aprendizagem, o qual “*O enfermeiro orientador deve preocupar-se /interessar-se com a evolução da aprendizagem do aluno*”

Também dentro desta lógica e com 10% de unidades de enumeração segue-se o indicador “ *O enfermeiro orientador deve preocupar-se /interessar-se com a opinião do aluno relativamente à nota atribuída em estágio*”

“*Ter facilidade em se relacionar e comunicar com os outros* “é a característica seguinte com maior representatividade, que segundo os nossos entrevistados deve estar presente num supervisor, o que facilmente se compreende dadas as três condições que segundo Rogers (1979,1986) caracterizam a relação de ajuda inerente ao cuidar em enfermagem, bem como ao cuidar em supervisão.

Analisando esta subcategoria apercebemo-nos que os alunos valorizam-na sobretudo em termos de prestação de cuidados de enfermagem, na medida em que o indicador “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de estabelecer uma boa relação /comunicação com os utentes e/ou família*” é referido por 60% dos entrevistados e com 1,9% de UR, o que se compreende dada a importância que os alunos atribuem à relação na prestação de cuidados, cuidados que devem ser de qualidade, na medida em que o supervisor é para os alunos um modelo de cuidar.

Um exemplo deste indicador é por exemplo a unidade de registo enumerada pelo E6, o qual refere [[*o critério mais importante para seleccionar um enfermeiro é ser bom profissional*] “(...) como profissional não é só na forma como executa as técnicas, mas na postura perante os doentes, na postura perante a equipa, na postura perante a profissão.”]

Seguidamente os entrevistados preocupam-se com a forma como os supervisores se relacionam com eles, na medida em que 50% dos entrevistados e com um maior número de unidade de registo que o indicador anterior (3,2 %) refere que “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de estabelecer uma boa relação/comunicação com os alunos*” , o que se explica por tudo o que já referimos em torno da relação supervisor/aluno.

Posteriormente 40% dos alunos referem que “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de estabelecer uma boa relação/comunicação com a equipa*”, o que vai ao encontro dos resultados apresentados para a Equipa de Enfermagem, em que a relação dentro da própria Equipa é um dos aspectos que o aluno mais valoriza ao avaliar o desempenho dessa mesma.

Aspecto que mais valoriza não só por ser determinante para a prestação de cuidados de qualidade, mas também para um bom relacionamento com os alunos, na medida em que segundo o E2 [*critério de selecção do enfermeiro orientador*] “(...) *se eu vir que ele tem bom relacionamento com os colegas, sei que é uma pessoa aberta a relacionamentos e que vou conseguir falar com essa enfermeira orientadora (...)*”

“*O enfermeiro orientador deve ser acessível* “ é referido por 30% dos entrevistados como uma característica favorecedora de uma boa relação/comunicação e que também foi referida pelos supervisores do local de estágio no estudo de Longo (2005).

Relação/ comunicação, que nem sempre é especificada, pois 20% dos entrevistados referem que “*O enfermeiro orientador deve ser capaz de estabelecer uma boa relação/comunicação com os outros*”

Por fim, apenas 10% dos entrevistados e com 0,2 % de UR referem que “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de estabelecer uma boa relação/comunicação com os docentes*”, sendo que a pouca significação atribuída a este indicador, também verificado no estudo de Belo (2003) poderá explicar-se quer por os alunos não a considerarem como importante ou por nunca o ter sentido, aspecto este que como já referimos ao longo do referencial teórico é por os mais diversos factores bastante frequente (Espiney, *in* Canário, 2003 e Silva & Silva, s.d.).

Relação supervisor do local de estágio e docente que os próprios supervisores do local de Ensino Clínico consideram como distante (Longo, 2005 e Simões, 2004).

Também com 10% de unidades de enumeração e o mesmo número de UR seguem-se os indicadores “ *O enfermeiro orientador deve gostar de comunicar e relacionar-se com os outros*” e “ *O enfermeiro orientador deve ter uma boa capacidade de expressão*”

“*Ser sensível com os outros*” é outra das competências de âmbito comunicativo-relacional que deve estar presente num supervisor e que integra a subcategoria seguinte com maior representatividade.

A importância desta competência já o foi explicitado aquando a análise das características da Equipa de Enfermagem, tendo aliás sido referenciados vários estudos que também identificaram esta competência como devendo estar presente num supervisor.

E esta competência é segundo 50% dos entrevistados e com uma representatividade de 3,6 % em termos de unidades de registo essencial para “*(...) conhecer e interpretar o aluno (...)*”.

Conhecer e interpretar a **personalidade do aluno** “*(...) é preciso o enfermeiro estar também sensível à personalidade de cada um [aluno] (...)*”(E3); **os sentimentos do aluno** [*Um bom enfermeiro orientador*] “*(...) nós como enfermeiros (...) começamos a conhecer os doentes, chegamos ao pé dele ah hoje não está muito bem, (...) isso também é importante num orientador (...)*”(E4) e os **conhecimentos/experiências anteriores** “*(...) às vezes nunca temos oportunidade [em estágios anteriores] de pôr em prática [técnicas] e alguns dos orientadores não são sensíveis a isto (...)*”(E3)

Conhecido o aluno, “*O enfermeiro orientador deve ter sensibilidade para adaptar as situações às dificuldades/sentimentos do aluno*”, indicador referido por 40 % dos entrevistados e com 1,7 % de UR.

Um exemplo disto é a seguinte unidade de registo enumerada pelo E4 [*um bom enfermeiro orientador*] “*(...) se ele conseguir perceber que eu hoje não estou no meu melhor dia se calhar vai ter uma postura comigo diferente e vai trabalhar comigo de uma forma diferente (...)*”

Referido por 20% dos entrevistados e também com uma representatividade de 1,7 % de UR está o indicador “*O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa humana*” como fazendo parte integrante da subcategoria sensibilidade.

Ser humano é uma característica que já tinha sido identificada noutros estudos como devendo estar presente nos supervisores (Belo, 2003; Blumberg, 1976, *in* Alarcão & Tavares, 2003; Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001).

Por fim 10 % dos entrevistados e com 1 % em termos de UR não especificam a sensibilidade, referindo apenas que “ *O enfermeiro orientador deve ser sensível*” e o mesmo número de entrevistados, embora apenas 0,2 % de UR refere que “*O enfermeiro orientador deve ter sensibilidade para comunicar com o aluno*”, o que facilmente se compreende dada a relação de ajuda a estabelecer entre supervisor –aluno e o ambiente emocional positivo que a deve caracterizar.

“*Dar espaço ao aluno* “ é outra das competências de âmbito comunicativo-relacional que também deve estar presente num supervisor do local de Ensino Clínico e que constitui a subcategoria seguinte com maior representatividade, competência esta de fundamental importância dado o papel activo e autónomo que deve ser atribuído ao aluno.

Papel activo que como já se disse deve ser acompanhado e estimulado pelo supervisor , pelo que facilmente se compreende que 60% dos entrevistados e com elevada representatividade, 5,9% de UR, refiram que “ *O enfermeiro orientador deve dar espaço para que o aluno realize as acções de uma forma independente, mas acompanhada/sob a sua supervisão*”

Um exemplo deste indicador é a seguinte UR [*melhor enfermeira orientadora*] “ (...) *ela sabia estar num equilíbrio, não estar muito em cima mas também não te deixar sozinha (...)*”(E4)

Como elemento activo na construção da aprendizagem, é permitido que o aluno planeie, sugira, crie as actividades a realizar com a ajuda do supervisor, pelo que facilmente se compreende que 20 % dos entrevistados refiram que “ *O enfermeiro orientador deve dar espaço ao aluno para criar* “, indicador explicitado através de unidades de registo como a do E10 que refere [*enfermeiro orientador que gostei mais*] “(...) *deu espaço para (...) elaborarmos coisas para pôr em prática lá [no estágio] (...)*”

Por fim, 10% dos entrevistados e com 0,4 % de unidades de registo, referem que “ *O enfermeiro orientador deve dar espaço ao aluno para exprimir as suas dificuldades/dúvidas*”, o que facilmente se compreende dado o papel de facilitador, de ajuda do aluno a desempenhar pelo supervisor e que é explicitado através de UR como a do E10 que refere “(...) *um aluno precisa de momentos que não sejam de avaliação, sejam de esclarecimento, sejam de possibilidade de expor as nossas dúvidas, os nossos medos, os nossos receios (...)*”

Com igual número em termos de enumeração e de registo segue-se o indicador “ *O enfermeiro orientador não deve ser demasiado protector*”, explicitado através de UR como “(...) *este estágio teve uma particularidade que eu gostei (...) que foi (...) a enfermeira não foi (...) muito maternalista (...)*”(E10), aspecto este que também foi referido pelos alunos no estudo de Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001).

Também referido por 10% dos entrevistados, embora com apenas 0,2 % de UR seguem-se os indicadores “ *O enfermeiro orientador deve dar espaço para o aluno responder às questões noutra altura*” e “ *O enfermeiro orientador deve dar espaço para que o aluno realize no estágio os trabalhos pedidos pela escola* “

Realizar os trabalhos pedidos pela escola durante o período de Ensino clínico pois segundo os alunos “(...) *pensam [enfermeiros orientadores] (...) estás no estágio os trabalhos que tens que entregar fazes em casa (...) e às vezes começa a ser uma sobrecarga muito grande para nós, o stress aumenta (...)*”(E10), sobrecarga de trabalho que como já foi dito no referencial teórico não deverá acontecer, de forma a que o aluno tenha tempo para reflectir (Alarcão, 1996 e Hinchliff, 1982, *in* Silva & Silva, s.d.).

De referir, que estes dois últimos aspectos não são referidos em nenhum dos estudos a que temos vindo a fazer referência.

“*Ser justo*“ é a subcategoria seguinte com maior número de unidades de registo, constituindo outra das competências de índole comunicativo- relacional que segundo os alunos deve estar presente no supervisor do local de estágio, competência esta que já foi identificada em muitos outros estudos (Albuquerque *et al.*, 2005 e Belo, 2003).

Dentro desta subcategoria estão indicadores como “ *O enfermeiro orientador não deve ser autocentrado*”, referido por 30 % dos entrevistados.

Autocentrado nas suas **próprias acções** “(...) *ele [enfermeiro orientador que não gostei muito] era completamente auto-centrado, tudo o que acontecia de bom era ele (...) era horrível*”(E1), bem como **nas suas emoções**, *[pior estágio em que tive uma enfermeira*

que não gostei] “(...) toda ela era a emoção (...) só os sentimentos dela é que falavam (...)” (E9).

Esta característica é ainda descrita pelo E2 como [estágio em que houve um problema] “(...) aquilo estava-me a começar a complicar quando o enfermeiro queria toda a atenção dos alunos para ele (...)”

Seguidamente referido por 20% dos entrevistados estão indicadores como “ O enfermeiro orientador não deve agir com base nas suas representações negativas enquanto aluno”, com 1,1 % de UR; “O enfermeiro orientador deve ser objectivo”, com 0,6 % de UR e “O enfermeiro orientador deve tratar todos os alunos de forma igual”, com 0,4 % em termos de UR.

Centrando-nos sobre o primeiro indicador, agir com base nas suas representações e tendo em conta o que nesta investigação se entende por representação (Arruda, 2002 e Moscovici, 1961,1982, in Vala, 1993), bem como os diversos factores que segundo Coll & Miras (1996) contribuem para a sua construção/elaboração, como as experiências pessoais do supervisor como aluno, facilmente se compreende que estas possam influenciar o desempenho do papel de supervisor.

Influência que é descrita por Mendes *et al.* (2001:3) que refere que o supervisor é “(...) mais ou menos exigente segundo as suas representações e experiências enquanto estudante “.

Várias são as unidades de registo exemplificativas deste indicador, sendo que de seguida apresentamos algumas com vista a uma melhor compreensão deste mesmo como, “(...) já foram alunos [enfermeiros] (...) e (...) já tiveram experiências com orientadores (...) também sofreram (...) se calhar estão a fazer o que fizeram a eles, não é correcto (...)”(E5); [pior enfermeiro orientador] “(...) fazer [enfermeiro orientador] uma pessoa como padrão, pensando na sua própria vida académica (...)”(E6) e [pior enfermeiro orientador] “(...) ele [enfermeiro orientador] disse (...) eu nunca tive mais do que um dezasseis num estágio, portanto também nunca te poderia dar mais que um dezasseis (...)”(E6)

Todos estes aspectos impedem uma actuação objectiva por parte do supervisor, que é segundo os nossos entrevistados outra das condições essenciais para uma supervisão justa.

Objectividade que nem sempre especificam, tendo apenas o E4 referido que *[pior enfermeira orientadora]* “(...) fez esse juízo sobre mim sem nunca me ter questionado acerca daquilo que eu pensava (...) foi a minha pior experiência.”

“ (...) tratar todos os alunos de forma igual “ é como já se disse outro dos aspectos que segundo os nossos entrevistados o supervisor deverá atender aquando o desempenho das suas funções, aspecto este já identificado no estudo de Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001).

Para além de todos estes aspectos, ser justo implica ainda segundo 10% dos entrevistados que “ *O enfermeiro orientador não deve transferir para o aluno os seus problemas pessoais*”, que “ *O enfermeiro orientador não deve agir com base nas representações que tem acerca das diferentes escolas* (1,1% de UR)” e que “*O enfermeiro orientador deve aceitar ser avaliado pelos alunos* “(0,2% de UR), aspectos estes que não foram reportados em nenhum dos estudos a que temos vindo a fazer referência, mas que facilmente se compreendem dado serem de fundamental importância para a criação de um bom clima/ambiente supervisivo que como já vimos é imprescindível.

“*Aceitar ser avaliado pelos alunos*” é essencial para o estabelecimento de um bom clima, na medida em que ao participar na avaliação do supervisor, o aluno sente que é visto/encarado como um colega, sendo-lhe permitido uma participação activa em todas as etapas do processo supervisivo, o que vai ao encontro do que temos vindo a defender como devendo estar presente no processo supervisivo.

Várias são as unidades de registo que ilustram todos estes indicadores, sendo que relativamente ao indicador “(...) *não deve transferir para o aluno os seus problemas pessoais*” apresentamos duas unidades que pensamos explicarem este mesmo indicador, as quais , *[pior estágio em que tive uma enfermeira que não gostei que me batia]* “(...) *porque não podia bater na filha (...)*” e *[pior estágio em que tive uma enfermeira que não gostei]* “(...) *conseguiu projectar em mim muita coisa que naquela altura se passou na vida dela (...)* *difícilmente volto a encontrar (...)* *alguém como ela (...)*”(E9)

Por sua vez como exemplo do indicador “(...) *não deve agir com base nas representações que tem acerca das diferentes escolas*” apresentamos a seguinte unidade de registo *[critério de selecção do enfermeiro orientador]* “(...) *eles [enfermeiros orientadores] devem pôr um bocado ao lado aquele estereotipo (...)* *opiniões pessoais da escola e pensar mais no aluno (...)*”(E10).

Por fim, também 10% dos entrevistados e com uma representatividade de 0,4 % referem que “*O enfermeiro orientador deve ser justo*”, não especificando.

Analisada a subcategoria “*Ser justo*”, debruçamo-nos sobre a subcategoria seguinte com maior representatividade “*Ser divertido*”, a qual não foi identificada em nenhum dos estudos a que temos vindo a fazer referência.

Deste modo, segundo 20% dos entrevistados “*O enfermeiro orientador deve ser divertido*”, sendo que os outros 10% especificam a razão de tal característica, razões que facilmente se compreendem face a tudo o que temos vindo a referir.

Razões como “*O enfermeiro orientador deve ser divertido para lidar com as situações de forma positiva*” e “*O enfermeiro orientador deve ser divertido para estabelecer uma boa relação com a equipa*” obtêm uma representatividade de 0,8% em termos de UR.

Com 0,4 % em termos de representatividade seguem-se os indicadores “*O enfermeiro orientador deve ser divertido para não ter postura de avaliador*” e “*O enfermeiro orientador deve ser divertido para ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade*”.

Por fim, com 0,2 % em termos de UR seguem-se indicadores como “*O enfermeiro orientador deve ser divertido para ser capaz de resolver as situações na altura*,” “*O enfermeiro orientador deve ser divertido para estabelecer uma boa relação com os superiores*” e “*O enfermeiro orientador deve ser divertido para ser uma pessoa com quem é fácil estabelecer uma boa relação*”

Seguidamente “*Ser capaz de estabelecer uma relação de confiança*” é a subcategoria seguinte com maior representatividade, o que facilmente se compreende dado o tipo de relação que temos vindo a defender como a estar presente entre todos os elementos envolvidos no processo supervisão, pelo que esta característica já foi identificada noutros estudos, como no de Albuquerque *et al.* (2005); Belo (2003); Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001) e Carvalhal (2003).

Deste modo indicadores como “*O enfermeiro orientador deve ser capaz de confiar*” e “*O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa de confiança*” são referidos por 10% dos entrevistados e com uma representatividade de 0,2 % em termos de UR.

Relativamente a este último indicador, a única UR que o define descreve a sua importância, pois segundo o E3 “*(...) quando (...) não temos confiança nas outras*

peças [docentes e enfermeiros] que estão superiores a nós, que nos estão a orientar, essa autonomia não é ganha, logo não atingimos os objectivos”

Relação de confiança que especificam, sendo que 20% dos entrevistados referiram que “*O enfermeiro orientador deve ser capaz de confiar no aluno*” e 10% e também com 0,2% de unidades de registo que “*O enfermeiro orientador deve ser capaz de confiar na equipa*”

Por sua vez relativamente ao indicador “*O enfermeiro orientador deve ser capaz de confiar no aluno*” apresentamos duas unidades de registo como exemplo, as quais [pior estágio em que tive uma enfermeira que não gostei] “*(...) considerava-me [enfermeira orientadora] culpada até eu provar que era inocente (...) isto é muito mau (...)*” e [pior estágio em que tive uma enfermeira que não gostei] “*(...) num aluno é muito mau [o enfermeiro orientador não confiar no aluno], porque os colegas estão ao nível e conseguem (...)*” (E9)

Continuando a análise segundo uma lógica decrescente em termos de representatividade, “*Ser simpático*” é a subcategoria seguinte com maior representatividade, sendo que o indicador “*O enfermeiro orientador deve ser simpático*” foi referido por 50% dos entrevistados.

Simpatia que 10% dos entrevistados explicam pelo seguinte indicador “*O enfermeiro orientador deve ser simpático para que o aluno se sinta à vontade*”

Esta característica, já tinha sido identificada noutros estudos como devendo estar presente num supervisor, quer segundo os alunos (Belo, 2003), quer segundo os supervisores do local de estágio (Longo, 2005).

“*Ser sincero/honesto com os outros*” é a subcategoria seguinte com maior representatividade, cuja sua importância mais uma vez reside na relação de ajuda que se pretende no seio do processo supervisivo, a qual segundo Rogers (1979) obriga à presença de três condições, sendo uma delas precisamente a genuidade, realidade, congruência ou transparência do supervisor.

Deste modo, segundo 10% dos entrevistados e com 0,4% de unidades de registo “*O enfermeiro orientador deve ser sincero*”, característica esta já referida pelos alunos noutro estudo como no de Albuquerque *et al.* (2005).

Sinceridade especificada noutros indicadores, sendo que o indicador referido por um maior número de entrevistados, 30%, e com maior número de UR é descrito da seguinte

forma “*O enfermeiro orientador deve ser sincero com o aluno*”, descritos por várias unidades de registo como por exemplo através da seguinte “(...) *tive orientadores que me diziam, olha nesta situação não sei (...)*”(E3)

Referido por um menor número de entrevistados, 10% estão indicadores como “ *O enfermeiro orientador deve ser sincero com o chefe para admitir que não quer ter alunos*”, “*O enfermeiro orientador deve ser sincero com os utentes*” e “*O enfermeiro orientador deve ser sincero com a equipa*”, embora estes dois últimos com menor número em termos de UR (0,2% para 0,4%).

Relativamente a este primeiro indicador apresentamos a seguinte unidade de registo como exemplo “(...) *imagino um chefe a dizer olhe (...) a enfermeira vai ter alunos (...) mas agora estou [enfermeira orientadora] a passar uma fase complicada (...)*” (E4)

“ *Ser coerente* “ é outra competência de âmbito comunicativo-relacional referido pelos entrevistados como devendo estar presente num supervisor do local de estágio e que é caracterizada por apenas um indicador “*O enfermeiro orientador deve demonstrar coerência entre a forma como diz que deve ser feito e a forma como faz*”, o qual foi referido por 40% dos entrevistados.

Neste sentido, como modelos de cuidados para os alunos segundo os entrevistados [*é importante que o enfermeiro orientador*] “(...) *que não te diga (...) como (...) já ouvi (...) fazes assim na escola, mas isto que tu estás a ver que eu estou a fazer tu não estás a ver!, é horrível, é pôr em questão (...)*”(E1), sendo que segundo o E3 “(...) *pior serem eles [enfermeiros orientadores] a dizerem: ok fazes isto aqui comigo, mas para a escola não vais dizer que fazes assim (...)*”

De referir, que esta característica não é identificada em nenhum dos estudos a que temos vindo a fazer referência.

“ *Ser capaz de compreender o aluno*” é algo que segundo os nossos entrevistados o supervisor do local de estágio deverá ser capaz de mobilizar no decurso do processo supervisoivo, de forma a ser capaz de estabelecer a tal relação de ajuda, competência esta já referida por diversos autores (Alarcão & Tavares, 2003 e Rogers, 1979) e identificada em algumas das investigações que temos vindo a mencionar como na de Albuquerque *et al* (2005); Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al* (2001) e Carvalhal (2003).

Compreensão que os nossos entrevistados (10%) especificam com o seguinte indicador “ *O enfermeiro orientador não se deve esquecer das suas vivências enquanto*

aluno”, pois segundo o E4 “(...) *também penso (...) todos eles [enfermeiros] já foram alunos um dia, não é? e não gostavam de ter ali alguém que os ajudasse, alguém que se ele precisasse estivesse ali (...)* “

Outro dos indicadores referido por também 10% dos entrevistados e com igual número de UR é “*O enfermeiro orientador deve ser capaz de se colocar no lugar do aluno*”

Este último indicador “*Colocar-se no lugar do aluno*” é como já se viu segundo Rogers (1979:21) de fundamental importância para que o supervisor consiga entrar “(...) *tão dentro do mundo privado do outro que não só consegue esclarecer significados de que a cliente tem consciência mas também aqueles que estão abaixo desse nível*”, ou seja, para uma compreensão intuitiva ou empática, que é segundo este mesmo autor uma das condições que deverá estar inerente a uma relação de ajuda.

A respeito deste indicador vejamos o referido pelo E5 [*enfermeira orientadora que soube me orientar muito bem integrou-me na equipa*] “(...) *assistimos logo no segundo turno a uma senhora que faleceu e se eu quisesse sair que saísse, que era normal não me sentir à vontade (...)*”

Com igual representatividade segue-se a subcategoria “*Ser paciente*”, sendo que 10% dos entrevistados e com 0,4% de UR referem que “*O enfermeiro orientador deve ser paciente*” e que “*O enfermeiro orientador deve ter paciência para explicar*”, característica esta que dos estudos que temos vindo a mencionar foi identificada apenas no estudo de Longo (2005).

Por fim, as últimas competências de âmbito comunicativo-relacional com menor representatividade são “*Ser flexível*”, bem como “*Ser Educado*” sendo que a primeira já tinha sido identificada no estudo de Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001) e a segunda no de Longo (2005:180), o qual dentro das competências que denomina como pessoais refere-se a “*ser bem formado (a)*”

Relativamente à Flexibilidade o único entrevistado que a refere descreve - a da seguinte forma [*O pior estágio, em que tive a pior enfermeira*] “(...) *eu fazia um exame de anatomia (...) no dia dois e a noite era de dia um para dia dois e eu fiz noite de dia um para dia dois (...)*” (E9)

2.2 Saber/querer empenhar-se na supervisão

Esta categoria é constituída por um total de quatro subcategorias, perfazendo um total de quinze indicadores, visível através do quadro que a seguir se apresenta.

CATEGORIA B: Saber/querer empenhar-se na supervisão					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE	
		N	%	N	%
O enfermeiro orientador deve estar motivado para a supervisão	O enfermeiro orientador tem que querer orientar alunos	20	24,4%	8	80%
	O enfermeiro orientador tem que querer orientar alunos para além das vantagens curriculares	2	2,4%	1	10%
O enfermeiro orientador deve ter gosto pela supervisão	O enfermeiro orientador deve gostar de orientar alunos	17	20,7%	6	60%
	O enfermeiro orientador deve gostar de ensinar	8	9,8%	2	20%
O enfermeiro orientador deve ser responsável	O enfermeiro orientador deve ter consciência das razões porque quer ser supervisor	2	2,4%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ter consciência das vantagens da supervisão para si próprio	2	2,4%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve ter consciência das responsabilidades inerentes ao papel de supervisor	3	3,7%	1	10%
Ser capaz de empenhar-se na supervisão de alunos	O enfermeiro orientador deve ser capaz de dedicar-se/empenhar-se na supervisão	10	12,2%	6	60%
	O enfermeiro orientador deve ser competente como supervisor	5	6,1%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve ter postura de ensino	6	7,3%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa que transmite	3	3,7%	2	20%

	segurança ao aluno				
	O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa organizada na orientação de alunos	3	3,7%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa capaz de gerir o tempo de trabalho de forma a esclarecer as dúvidas do aluno	1	1,2%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		82	100%	10	100%

Quadro nº 12: Competência do supervisor do local de Ensino clínico - Saber/querer empenhar-se na supervisão

Saber/querer empenhar-se é uma das competências que segundo Le Boterf (1995,1997) deve estar presente num profissional, pelo que facilmente se compreende que os nossos entrevistados a tenham enunciado como uma competência essencial ao desempenho do papel de supervisor do local de Ensino Clínico.

Percorrendo este quadro facilmente nos apercebemos que a subcategoria “ *Ser capaz de empenhar-se na supervisão de alunos*” é que obtém maior representatividade, dentro da qual o indicador “*O enfermeiro orientador deve ser capaz de dedicar-se/empenhar-se na supervisão*” é também o indicador com maior representatividade, referido por 60% dos entrevistados.

Dedicação e empenhamento especificada em algumas unidades de registo como [O enfermeiro orientador tem que ser uma pessoa] “(...) que não ande a passear como diz o outro (...)”(E2); [pior estágio em que a orientação do enfermeiro foi zero e em que a enfermeira não tinha muito brio] “(...) em querer contribuir para a minha aprendizagem (...)”(E6); [O melhor enfermeiro orientador] “(...) ele era chefe de equipa e (...) sem contar comigo tinha mais três elementos em integração, então senti que para ele era muito mau eu ficar com mais do que um doente (...) mas ele fazia um esforço sobre humano (...)”(E9) e [enfermeira orientadora que gostei] “(...) a entrega ao aluno (...)”(E10).

De referir, que em nenhuma das investigações consultadas é feita referência a este indicador, embora facilmente se reconheça a sua importância no sucesso do processo supervisoivo.

Dentro desta subcategoria, mas referido por 30% dos entrevistados está o indicador “ *O enfermeiro orientador deve ser competente como supervisor*”, sendo que o E4 refere mesmo que *[pior estágio em que tive a pior enfermeira orientadora, considerava-a uma excelente profissional] “(...) mas como orientadora não (...)”*, aspecto este identificado também no estudo levado a cabo por Albuquerque *et al.* (2005).

Para além destes dois indicadores, segundo 20% dos entrevistados “*(...) empenhar-se na supervisão de alunos*” é descrito ainda por indicadores como “*(...) ter postura de ensino*”, “*(...) ser uma pessoa que transmite segurança ao aluno*” e “*(...) ser uma pessoa organizada na orientação de alunos*”, sendo que estes dois últimos indicadores apresentaram menor representatividade em termos de UR que o primeiro (3,7 % para 7,3%).

Relativamente à “*(...) postura de ensino*” o E6 refere que “*(...) nem que seja por educação, mas há uma postura [do enfermeiro orientador] (...) é importante (...)*”, aspecto este a que também os supervisores do local de Ensino Clínico se referiram no estudo realizado por Longo (2005), o qual dentro das competências que denomina como pessoais, faz referência ao “*Ter postura/Saber Estar*”

Postura que os nossos entrevistados especificam em algumas unidades de registo como *[pior estágio em que tive a pior orientação de enfermagem e docente] “(...) ou o objectivo é avaliar por avaliar os outros, ou o objectivo é avaliar para fazer uma pessoa crescer como profissional e aí não acho que tenha sido (...) essa a postura nem do orientador, nem da professora (...)*”(E6) e *[critério de selecção do enfermeiro orientador que não olhe para um aluno como eu tenho que te avaliar] “(...) mas eu estou aqui para te ensinar (...)*”(E7), postura esta que vai ao encontro da relação facilitadora, de colegas que temos vindo a defender como essencial no processo supervisiivo.

O indicador “*(...) ser uma pessoa que transmite segurança ao aluno*” implica segundo o E2 que o próprio supervisor esteja seguro, pois segundo este entrevistado “*(...) era uma pessoa [enfermeiro orientador que não gostei] que não estava muito à vontade (...)*”, aspecto este que não foi identificado em nenhum dos estudos a que temos vindo a fazer referência, mas cuja a sua importância facilmente se percebe dado o papel de modelos que têm para os alunos.

“(…) *ser uma pessoa organizada na orientação de alunos* “, ou seja que não actue como o E8 descreve, [enfermeira orientadora que menos gostei] “(…) *era do género [enfermeira] hoje ficas com um [doente], hoje ficas com outro (...) ficas com os meus doentes e depois logo se vê e eu senti-me (...) um bocadinho perdida (...)*”, competência esta importante para que o processo superviso se desenrole com qualidade.

De referir, que em nenhum dos estudos a que temos vindo a fazer referência é feita referência a esta competência.

Por fim, referido por 10% dos entrevistados segue-se o indicador “ *O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa capaz de gerir o tempo de trabalho de forma a esclarecer as dúvidas do aluno*” o qual não foi identificado em nenhuma das investigações a que nos temos vindo a referir, embora facilmente se compreenda a sua importância dado que esclarecer dúvidas em conjunto com o aluno faz parte integrante do papel a desenvolver pelo supervisor.

Terminada a análise da subcategoria “ *Ser capaz de empenhar-se na supervisão de alunos*” debruçamo-nos sobre a subcategoria seguinte com maior representatividade “ *O enfermeiro orientador deve estar motivado para a supervisão*”, aspecto este que como se disse ao longo do referencial teórico é de fundamental importância, dado que influencia o empenhamento do supervisor e consequentemente o sucesso do Ensino Clínico (Belo, 2003; Franco, *in* Mendes *et al.*, 2001; Longo, 2005 e McCarthy, 1987, Oliveira e Neves, 1995, *in* Silva & Silva, s.d.).

Deste modo, segundo 80 % dos entrevistados “ *O enfermeiro orientador tem que querer orientar alunos* “, sendo que o E1 refere mesmo que “(…) *acima de tudo e (...) não há outra hipótese, não se atribuem alunos a enfermeiros que não querem ter alunos (...)*”, pois segundo o E3 “(…) *se a pessoa [enfermeiro orientador] não quer à partida [orientar alunos] por muitas capacidades que ela tenha, por muitos anos de experiência que ela tenha, por muita autonomia no serviço que ela tenha, não vai ser um bom orientador (...)*”, levando a que [pior enfermeira orientadora] “(…) *foi mau para mim, mas também deve ter sido (...) mau para ela, estar ali a aturar uma pessoa que não quer, está ali a gramar alunos também deve ser complicado (...)*”

Querer orientar alunos é ainda descrito através de outras formas como “(…) *já vi enfermeiros com n responsabilidades, quase sem capacidades para ter mais um aluno à sua responsabilidade, mas tem vontade tal, um desejo tal (...) que arranja maneira*

(...)"(E3); [para ter alunos é preciso] "(...) ter disposição (...)"(E4), bem como [critério de selecção do enfermeiro orientador] "(...) o interesse que (...) tem em formar alunos (...)"(E10).

Como parte integrante da subcategoria motivação e referido por 10% dos entrevistados está também o indicador " *O enfermeiro orientador tem que querer orientar alunos para além das vantagens curriculares* ", pois segundo o E4 " (...) às vezes têm [enfermeiros] um aluno porque é bom para o currículo, dá créditos (...)" e não pelos factores acima referidos, porque querem, estão com disposição, vontade, estão interessados, o que pode influenciar o seu empenhamento e consequentemente o sucesso de todo este processo supervísivo.

Para além de querer, o enfermeiro orientador deve também segundo os nossos entrevistados "(...) ter gosto pela supervisão", o que constitui outra das subcategorias dentro da categoria que temos vindo a analisar, na medida em que o gosto do supervisor pela supervisão poderá também influenciar o empenhamento deste no processo supervísivo.

Assim, segundo 60% dos entrevistados " *O enfermeiro orientador deve gostar de orientar alunos*", sendo que o E4 refere mesmo que "(...) para ser professor é preciso gostar, para ser enfermeiro é preciso gostar e é assim os enfermeiros são nossos professores não é, se eles não gostam porquê estar a massacrá-los a eles e a nós? ,temos que levar com eles (...)" , aspecto este que segundo o E3 leva a que "(...) eles [enfermeiros orientadores] assumem como uma tarefa a desempenhar (...) mas (...) não fazem aquilo por gosto e então fazem o mínimo indispensável (...)"

Gostar de orientar, mas também segundo 20% dos entrevistados de ensinar , pois segundo o E4 [Um bom enfermeiro orientador] "(...) que tivesse gosto (...) em transmitir conhecimentos (...)" .

Por fim, inerente à competência " *Saber/querer empenhar-se na supervisão*" está também a subcategoria " *O enfermeiro orientador deve ser responsável*", embora com menor representatividade, aspecto este que não foi identificado em nenhum dos estudos já mencionados, embora facilmente se compreenda a sua importância, dada mais uma vez a sua influência no empenhamento do supervisor e consequentemente no sucesso do processo supervísivo.

Responsabilidade que segundo 20% dos entrevistados inclui “(...) *ter consciência das vantagens da supervisão para si próprio.*”, ou seja, [critério de selecção do enfermeiro orientador mais importante] “(...) *a capacidade de perceber que aquilo também é importante para ele, não me está a fazer favor nenhum (...)*”(E1).

Segundo 10% dos entrevistados “(...) *Ser responsável “ implica ainda“(...* *ter consciência das responsabilidades inerentes ao papel de supervisor”(3,7 % de UR), sendo que a este respeito o E5 refere que “(...) o responsável [pelas acções que o aluno realiza] é ele [enfermeiro orientador] eu acho que eles ás vezes não têm consciência disso (...)*”, bem como “ (...) *ter consciência das razões porque quer ser supervisor” (2,4 % de UR), ou seja [critério de selecção do enfermeiro orientador] “(...) as pessoas [enfermeiros orientadores] não só têm que querer ter alunos, mas têm que saber porque é que querem, se é para aprender, se é para formar profissionais competentes (...)*”(E1)

2.3 Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem

Esta categoria encontra-se subdividida em duas subcategorias, as quais contemplam um total de oito indicadores, tal como é possível observar através do quadro que a seguir se apresenta.

CATEGORIA C: <i>Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
Ser capaz de empreender-se na profissão de enfermagem	O enfermeiro orientador deve ser competente como enfermeiro	21	40,4%	8	80%
	O enfermeiro orientador deve ser competente na área de enfermagem em que exerce funções	3	5,8%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser modelo para o aluno	8	15,4%	5	50%

	O enfermeiro orientador deve ser dedicado na prestação de cuidados de enfermagem	7	13,5%	4	40%
	O enfermeiro orientador deve ter autonomia profissional	3	5,8%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa organizada	1	1,9%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de se abstrair dos problemas da profissão	2	3,8%	1	10%
O enfermeiro orientador deve ter uma atitude positiva em relação à profissão	O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa que goste de ser enfermeiro	3	5,8%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve estar motivado com a profissão	4	7,7%	3	30%
TOTAL DA CATEGORIA:		52	100%	9	90%

Quadro nº 13: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico- Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem

Para além do saber /querer empenhar-se na supervisão de alunos, prestando directamente cuidados aos utentes e/ou família, o enfermeiro do local de estágio deve também “*Saber/querer empenhar-se na profissão de enfermagem*”, o que constitui outra das competências apontadas pelos nossos entrevistados.

Segundo os nossos entrevistados esta competência inclui “*Ser capaz de empreender-se na profissão de enfermagem*” e “*(...) ter uma atitude positiva em relação à profissão*”

Debruçando-nos sobre a primeira subcategoria, a qual com maior representatividade apercebemo-nos que 80% dos entrevistados referem que “*O enfermeiro orientador deve ser competente como enfermeiro*”, o que facilmente se compreende dado como já se disse este ser encarado pelos alunos como modelos de cuidados de enfermagem (Albuquerque *et al.*, 2005 e Basto, 1995).

Aliás “*(...) Ser modelo para o aluno*”, ou como refere o E6 [*enfermeiros orientadores*] “*(...) o exemplo que nós temos (...)*” é o indicador seguinte com maior representatividade, referido por 50% dos entrevistados. Seguidamente referido por 40% dos entrevistados segue-se o indicador “*O enfermeiro orientador deve ser dedicado na prestação de cuidados de enfermagem*”

Dedicação, que o E6 descreve da seguinte forma [*pior estágio em que a orientação da enfermeira foi zero*] “(...) da parte dela [enfermeira orientadora] não havia muito brio em querer mostrar que era uma boa profissional (...)”, aspecto este que não é referido pelo menos desta forma em nenhuma das investigações com as quais temos vindo a estabelecer um paralelismo.

Foi dito que segundo os nossos entrevistados o enfermeiro orientador deve ser competente como enfermeiro, contudo 10% e com 5,8 % de UR dos entrevistados especificam referindo que “ *O enfermeiro orientador deve ser competente na área de enfermagem em que exerce funções*”, aspecto este que também não é referido em nenhum dos estudos consultados.

Também referido por 10 % dos entrevistados e com a mesma representatividade em termos de UR está o indicador “*O enfermeiro orientador deve ter autonomia profissional*”, o que segundo o E3 significa [*O melhor enfermeiro orientador*]“(....) alguma liberdade de movimentos.”, pelo que este entrevistado refere mesmo que um [*critério de selecção de um enfermeiro orientador*] “(...) no mínimo um chefe de equipa, pela autonomia, não pelo poder, pela autonomia (...)”, competência esta que também não é referida em nenhum dos estudos já referidos.

10% dos entrevistados, embora com menor percentagem em termos de UR referem ainda que “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de se abstrair dos problemas da profissão*” (3,8% de UR) e “ *O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa organizada*” (1,9% de UR).

Um exemplo deste primeiro indicador é por exemplo o referido pelo E9 [*critério de selecção do enfermeiro orientador não pode ser aquele enfermeiro que*] “(...) acontece um problema e (...) vai para casa a pensar e depois já nem trabalha bem (...)”

Mais uma vez em nenhuma das investigações consultadas é feita referência a nenhuma destas duas últimas competências.

Centrando-nos agora na segunda subcategoria, verificamos que a atitude positiva em relação à profissão manifesta-se por dois indicadores, os quais referidos por 30% dos entrevistados , “ *O enfermeiro orientador deve estar motivado com a profissão*” e “*O*

enfermeiro orientador deve ser uma pessoa que goste de ser enfermeiro”, embora este último com menor número de unidades de registo (5,8% para 7,7%).

Para além de gosto é essencial motivação, pelo que o E1 refere que *[pior enfermeira orientadora] “(...) a pior situação (...) foi mesmo ouvir, mas porque é que tu vais para enfermagem?(...) se eu tivesse a tua idade eu não ia para enfermagem e eu pensava mas está esta mulher a orientar-me, porquê?, não é possível!(...)”*

O enfermeiro orientador deve assim ter gosto pela profissão, pelo que facilmente se compreende que o E1 refira que *[pior enfermeira orientadora] “(...) ela [enfermeira orientadora] chegava-me a dizer coisas deste género: mas tu queres vir para enfermagem porquê?, isto é horrível! tu não devias querer ir para enfermagem!(...)”*

Outro exemplo de falta de motivação para o exercício da profissão de enfermagem é o discurso do E2 que refere *[pior estágio em que não gostei da enfermeira orientadora] “(...) passava a noite a ouvi-la [enfermeira orientadora] (...) a mandar vir [com o trabalho] (...) não acho isto normal! quer se reformar, vá-se reformar, mas pare de me chatear.”*

Estabelecendo mais uma vez um paralelismo com os estudos anteriores que consultamos verificamos que em nenhum deles é identificada qualquer uma destas competências.

2.4 Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação

Esta categoria é formada por cinco subcategorias, as quais perfazem um total de dezassete indicadores.

CATEGORIA D: Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE	
		(N=10)			
		N	%	N	%
O enfermeiro orientador deve ter conhecimentos de conteúdo e saber mobilizá-los	O enfermeiro orientador deve possuir conhecimentos	27	19,6%	6	60%

perante uma situação	O enfermeiro orientador deve possuir conhecimentos na área da enfermagem	6	4,4%	4	40%
	O enfermeiro orientador deve possuir conhecimentos na área específica de enfermagem em que exerce funções	7	5,1%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve ter conhecimentos na área das Ciências Humanas	1	0,7%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ter conhecimento de várias áreas	5	3,6%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de fundamentar /explicar as acções que realiza/responder ás dúvidas do aluno	25	18,1%	9	90%
O enfermeiro orientador deve ter conhecimentos pedagógicos gerais e saber mobilizá-los numa situação	O enfermeiro orientador deve ter conhecimentos na área da formação	10	7,2%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ter conhecimentos das metodologias de auto-formação	1	0,7%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ter conhecimento dos factores que influenciam a formação/aprendizagem	2	1,5%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve saber explicar	6	4,4%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve saber orientar	7	5,1%	5	50%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de fundamentar as estratégias utilizadas	2	1,5%	2	20%
O enfermeiro orientador deve ser capaz de mobilizar conhecimentos de contexto	O enfermeiro orientador deve ter conhecimento do funcionamento da instituição escolar	2	1,5%	1	10%
O enfermeiro orientador deve ser capaz de mobilizar	O enfermeiro orientador deve conhecer a organização	2	1,5%	2	20%

conhecimentos do <i>curriculum</i>	curricular do curso				
	O enfermeiro orientador deve conhecer os objectivos do estágio	23	16,7%	4	40%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de fundamentar a sua exigência	5	3,6%	1	10%
O enfermeiro orientador deve saber mobilizar o conhecimento que tem das características dos alunos	O enfermeiro orientador deve ser capaz de adequar a formação às necessidades de formação dos alunos	7	5,1%	4	40%
TOTAL DA CATEGORIA:		138	100%	10	100%

Quadro nº 14: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico- Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação

Constituindo os conhecimentos como já vimos um tipo de recursos inerente a uma competência, facilmente se compreende que “*Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação*” constitua outro grupo de competências a apresentar pelo supervisor.

Conhecimentos que dado “(...) *o campo de acção e de saber multifacetado (...)*” da supervisão (Alarcão & Tavares, 2003:156) devem como já vimos segundo Lee Shulman (1986), citado por Sá-Chaves, *in* Costa *et al.* (2000) e Sá-Chaves (2000) abranger sete dimensões, as quais conhecimento de conteúdo, do *curriculum*, pedagógico geral, pedagógico de conteúdo, dos contextos, do aprendente e dos objectivos, fins e valores educacionais, os quais à excepção deste último tipo, bem como do pedagógico de conteúdo foram apontados pelos nossos entrevistados como devendo estar presente num supervisor.

São estas várias dimensões que constituem as subcategorias inerentes a esta categoria e que de seguida passamos a analisar segundo uma sequência hierárquica e de uma forma mais pormenorizada.

Analisando o quadro apercebemo-nos que “ (...) *ter conhecimentos de conteúdo e saber mobilizá-los perante uma situação*” é a dimensão do conhecimento que obteve maior representatividade.

Dentro desta subcategoria os indicadores “*O enfermeiro orientador deve ser capaz de fundamentar/explicar as acções que realiza/responder ás dúvidas do aluno*” e “*O enfermeiro orientador deve possuir conhecimentos*” são aqueles que obtiveram maior representatividade, o primeiro referido por 90% dos entrevistados e o segundo por menos entrevistados, 60%, embora com maior valor em termos de unidades de registo que o primeiro, 19,6 % para 18,1 %.

A importância atribuída a esta dimensão do conhecimento, bem como a cada um destes indicadores facilmente se explica pelo facto de ser o supervisor do local de Ensino Clínico aquele que o aluno vê sistematicamente a prestar cuidados e que o acompanha permanentemente ao longo do Ensino Clínico, ajudando-o e apoiando-o a vários níveis, inclusive no esclarecimento de dúvidas, fundamentando e explicando todas as acções que realizam.

É neste sentido que o E6 refere “(...) *considero isso boas experiências que as pessoas [enfermeiros orientadores] explicam-me o que é que estão a fazer e porque é que estão a fazer (...)*” e o E9 refere que [*O orientador perfeito tem que ter um bom suporte teórico*] “(...) *para tirar dúvidas (...)*”

Contudo, para que sejam capazes de o realizar devem como o segundo indicador o refere “(...) *possuir conhecimentos*”, sendo que o E1 refere mesmo que [*melhor enfermeira orientadora*] “(...) *ela era múltipla de saber e saías junto dela a pensares assim, porque é que eu não me lembrei disto? (...)*” o que segundo este mesmo entrevistado “(...) *dá-me uma grande segurança perceber (...)* que o meu enfermeiro orientador sabe muito mais do que eu (...)”

Conhecimentos de conteúdo especificados através de alguns indicadores, pois 40 % dos entrevistados e com 4,4 % em termos de UR especificam que “*O enfermeiro orientador deve possuir conhecimentos na área de enfermagem*”, ou como refere o E6 [*melhor enfermeira orientadora*] “(...) *a saber cem por cento aquilo que fazia (...)*”

Referido por 30% dos entrevistados, embora com maior valor em termos de unidades de registo que o indicador anterior (5,1 % de UR) está o indicador “*O enfermeiro orientador deve possuir conhecimentos na área específica de enfermagem em que exerce funções*”, pelo que segundo o E9 “(...) *o orientador perfeito tem que ter um bom suporte teórico, no mínimo na área em que está a orientar o aluno (...)*”

Também referido por 30% dos entrevistados, embora com menor valor em termos de UR (3,6%) segue-se o indicador “ *O enfermeiro orientador deve ter conhecimento de várias áreas*”, pois segundo o E10 [critério de selecção do enfermeiro orientador mais importante] “(...) *o enfermeiro deve estar preparado nessas áreas todas (...) quanto mais tiver preparado (...) vai ser um formador muito melhor (...)*”

Por fim, referido por 10% dos entrevistados está o indicador “ *O enfermeiro orientador deve ter conhecimentos na área das ciências humanas*”, pois segundo o E10 o [critério de selecção do enfermeiro orientador] “(...) *a outro nível [formação] (...) se calhar mais ciências humanas (...) é tudo muito tecnicista, falta (...) humanismo.*”

A presença deste tipo de conhecimentos num supervisor é questionada por Alarcão, *in* Alarcão (1996:27) a qual refere se “ (...) *Será que possuem o saber e o saber ser em psicologia interpessoal indispensável a uma relação saudável e eficaz?*”

Para além desta autora também Belo (2003); Fonseca (2004); Longo (2005) e Simões (2004) se referem aos conhecimentos de conteúdo como devendo estar presentes num supervisor, o que segundo Belo (2003:179) nem sempre acontece na medida em que “(...) *os enfermeiros nem sempre têm presente os conhecimentos técnico-científicos para os transmitirem adequadamente aos alunos e que possuem `muitos vícios`*”

Outro tipo de conhecimentos bastante valorizado pelos nossos entrevistados é o **conhecimento de curriculum.**

Tendo em conta o que se entende por este tipo de conhecimentos, conhecimento dos “(...) *programas e outros materiais que se constituem como `ferramentas de trabalho` (...)*” (Sá-Chaves, *in* Costa *et al.*, 2000:45) facilmente se compreende que indicadores como “ *O enfermeiro orientador deve conhecer os objectivos do estágio*”, referido por 40% dos entrevistados e com uma elevada representatividade em termos de UR, bem como indicadores como “*O enfermeiro orientador deve conhecer a organização curricular do curso*”, referido por 20 % dos entrevistados e “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de fundamentar a sua exigência* “, referido por 10% dos entrevistados, embora com maior número de unidades de registo que o anterior (3,6 % para 1,5%) façam parte integrante deste tipo de conhecimentos.

Conhecimento dos objectivos do estágio pois segundo o E3 “(...) *quando a pessoa não sabe [o que exigir de ti], a pessoa que está superior a ti [enfermeiro orientador], torna-se desagradável para ti, porque não sabes muito bem o que é suposto conseguires ou não (...)*”, levando a que segundo o E9 [pior estágio em tive a enfermeira que não gostei] “(...) *não havia limite para a exigência dela (...)*”

Conhecimento da organização curricular do curso, pois segundo o E5 [A enfermeira orientadora (...) *soube me orientar muito bem*] “(...) *tinha consciência que nós na escola não damos assim tanta atenção a vários (...) [temas de uma determinada área específica]*”

A importância deste tipo de conhecimentos é reconhecida por Alarcão, in Alarcão (1996) e Mendes *et al* (2001:3), pois como já citado no decorrer do referencial teórico “*raramente o orientador tem a noção do enquadramento das aprendizagens do estudante (...) bem como desconhece as aprendizagens sequenciais e em profundidade que lhe seguirão.*”

“ *Ter conhecimentos pedagógicos gerais e saber mobilizá-los numa situação*” é a subcategoria seguinte mais valorizada, que como foi dito no referencial teórico consiste no “(...) *conjunto de saberes transversais às diferentes disciplinas, tais como estratégias para planificar, avaliar, etc (...)*” (Sá-Chaves, in Costa *et al.*, 2000:45).

É dentro deste tipo de conhecimentos que se inserem indicadores como “ *O enfermeiro orientador deve saber orientar*”, referido por 50% dos entrevistados ; “ *O enfermeiro orientador deve saber explicar*” , referido por 30% dos entrevistados; “*O enfermeiro orientador deve ser capaz de fundamentar as estratégias utilizadas*”, referido por 20% dos entrevistados; “ *O enfermeiro orientador deve ter conhecimentos das metodologias de auto-formação*”; “ *O enfermeiro orientador deve ter conhecimento dos factores que influenciam a formação/aprendizagem*” e “*O enfermeiro orientador deve ter conhecimentos na área da formação*”, referidos por 10% dos entrevistados, este último com a maior representatividade em termos de unidades de registo, comparativamente com todos os outros indicadores dentro desta subcategoria.

Centrando-nos sobre o indicador “ *saber explicar*” apercebemo-nos que segundo os nossos entrevistados inclui vários aspectos como “(...) *a forma como ela [melhor*

enfermeira orientadora] explicava as coisas (...)"(E4), "(...) conseguir transmitir [conhecimentos] (...)"(E8), "(...) às vezes (...) sabemos e não temos aquela capacidade de dizer (...) se calhar se fizeres assim é melhor (...)"(E8), bem como "(...) era claro, explicava-se muito bem e respondia à minha dúvida (...)"(E9)

Relativamente ao indicador "(...) ser capaz de fundamentar as estratégias utilizadas" o E3 refere "*Há enfermeiros que (...) abrem o jogo contigo, eu sei que tu não te sentes à vontade com esta situação, mas (...) vou-te estimular a participares (...) não para te avaliar (...) mas para te habituares a lidar com isso(...) e hoje em dia agradeço-lhes de eles terem feito isso, mas agradeço-lhes principalmente de eles terem feito o esclarecimento prévio (...)"*

O último indicador "(...) ter conhecimentos na área da formação" o único entrevistado que o refere especifica-o em algumas unidades de registo como "*(...) tive sorte porque todos [enfermeiros orientadores] sabiam (...) a nível de pedagogia aquelas coisas básicas (...) que influencia (...) na maneira de estar do enfermeiro orientador (...)" , [enfermeiros orientadores devem ter conhecimento das regras de pedagogia]"(...) isso facilita (...) para eu própria saber o que é que posso fazer, o (...) que pode ajudar ou não o estágio daquele aluno (...)", em como "(...) notava-se que havia ali [nos enfermeiros orientadores] qualquer coisa que não estava bem (...) falta de preparação (...)"*

De notar, o facto dos entrevistados, embora apenas uma pequena percentagem, fazer referência a conhecimentos sobre estratégias de auto-formação, aspecto este que revela que os alunos se vêm como elementos activos no processo de ensino-aprendizagem.

A importância deste tipo de conhecimentos para uma supervisão de qualidade, bem como de formação a este nível, é como já foi dito ao longo do referencial teórico defendida por vários autores (Abreu, 2003; Alarcão, 1996; Albuquerque *et al.*, 2005; Belo, 2003; Longo, 2005; Ramos, 2003, entre muitos outros).

A subcategoria "*O enfermeiro orientador deve saber mobilizar o conhecimento que tem das características dos alunos*" é a dimensão seguinte mais valorizada e como Sá-Chaves, *in Costa et al.* (2000) e Sá-Chaves (2000) refere é importante, na medida em

que rege e constitui critério para adequação da (des) construção a realizar, pelo que se compreende que o indicador “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de adequar a formação às necessidades de formação dos alunos* “ faça parte integrante desta subcategoria e tenha sido referido por 40% dos entrevistados. Alguns exemplos deste indicador são por exemplo os seguintes, *[enfermeira orientadora que gostei muito]* “ (...) *ela percebia perfeitamente que nós éramos alunos do primeiro ano, nunca nos exigia mais do que aquilo que era suposto (...)*” (E1) , “(...) *exigia [enfermeira orientadora que gostei muito] já depois de nos ter mostrado uma vez, explicado uma vez, e agora faz tu e agora faz tu com orientação e agora faz tu sozinha, havia sempre esse, essa preocupação (...)*” (E1); *[quando dizia que nunca tinha realizado determinada técnica a enfermeira que foi a melhor enfermeira orientadora dizia]* “ (...) *então vamos fazer as coisas de outra forma (...) tive a sorte de ficar (...) com profissionais [enfermeiros orientadores] que encaravam as coisas dessa forma (...)*”(E4) e *[estágio que gostei da enfermeira orientadora]* “(...) *a partir daí [da avaliação diagnóstica] começamos a trabalhar os pontos que estavam (...) em falta (...) e isso para mim foi muito importante (...)*”(E10)

Mais uma vez estabelecendo uma comparação com investigações já realizadas apenas no estudo de Fonseca (2004) e Simões (2004) é feita referência a este tipo de competência como fundamental num supervisor do local de Ensino Clínico.

Por fim, a dimensão do conhecimento menos valorizada é o conhecimento de contexto, a qual se encontra representada por um único indicador “*O enfermeiro orientador deve ter conhecimento do funcionamento da instituição escolar*”, referido por 10% dos entrevistados e que como já se disse é segundo Sá- Chaves, *in Costa et al.* (2000:45) imprescindível para “(...) *adequar estratégias e linguagens que se enquadram nas matrizes culturais e vivências dos aprendentes (...)*”

A este respeito o E5 refere *[enfermeira orientadora era muito querida]* “(...) *era da escola x, sabia muito bem como é que a escola funcionava (...)*”

Este tipo de conhecimento não é apontado em nenhum dos estudos já referidos.

2.5 Ser reflexivo

Esta categoria é constituída por duas subcategorias, as quais perfazem um total de sete indicadores, tal como é possível verificar através do seguinte quadro.

CATEGORIA E: <i>Ser reflexivo</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
O enfermeiro orientador deve ter espírito reflexivo	O enfermeiro orientador deve reflectir conjuntamente com os alunos sobre as situações	13	38,2%	5	50%
	O enfermeiro orientador deve reflectir conjuntamente com a Equipa sobre as situações	1	2,9%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de desenvolver no aluno espírito crítico	7	20,6%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve ser prudente	1	2,9%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ter capacidade de auto-reflexão/auto-avaliação	6	17,7%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve ter espírito aberto para que seja capaz de pensar de outra forma	5	14,7%	2	20%
O enfermeiro orientador deve ter capacidade de concentração	O enfermeiro orientador deve estar atento a todos os pormenores	1	2,9%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		34	100%	10	100%

Quadro nº 15: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico - Ser reflexivo

Desafiar a reflexão e ao mesmo tempo ajudar a reflectir, bem como a perspectivar são como já vimos funções inerentes ao papel de supervisor de Ensino Clínico (Reid, 1994), pelo que facilmente se compreende que outra das competências a apresentar pelo

supervisor do local de Ensino Clínico sejam tal como Alarcão & Tavares (2003) refere competências interpretativas.

Competências interpretativas que os alunos não referiram no estudo levado a cabo por Belo (2003), mas que foram identificadas pelos supervisores do local de estágio no estudo realizado por Longo (2005) e Simões (2004) e e pelos docentes na investigação de Fonseca (2004) .

Ajudar a reflectir bem como a perspectivizar implica como temos vindo a defender envolvimento, colaboração do supervisor nessa mesma reflexão, pelo que facilmente se compreende que o indicador “ *O enfermeiro orientador deve reflectir conjuntamente com os alunos sobre as situações*” seja o indicador com maior representatividade (UE=50% e UR=38,2%) dentro da subcategoria “ *O enfermeiro orientador deve ter espírito reflexivo*” que é aquela com maior representatividade.

Como exemplo deste indicador o E2 refere que [*O melhor enfermeiro orientador*] “(...) *ela obrigava-nos a relacionar tudo aquilo que nós fazíamos, do porquê (...)*” e o E4 refere que [*melhor enfermeira orientadora*] “(...) *havia coisas que realmente eu não concordava com ela, mas discutíamos sobre isso (...)*”

A mobilização desta competência “ (...) *reflectir conjuntamente com os alunos sobre as situações*” contribui para que o aluno desenvolva uma competência que como já se disse lhe servirá ao longo de toda a sua actividade profissional, a qual, espírito crítico, pelo que facilmente se compreende que outro dos indicadores enumerado por 30% dos entrevistados (20,6% de UR) seja “*O enfermeiro orientador deve ser capaz de desenvolver no aluno espírito crítico*”

Esta competência é importante para o desenvolvimento do aluno, mas também do próprio supervisor, na medida em que ao reflectir sobretudo sobre a acção e sobre a reflexão efectuada na e sobre a acção, o supervisor está a auto-reflectir, a auto-avaliar-se, pelo que facilmente se compreende que outro indicador referido por também 30% dos entrevistados, embora com menor percentagem de UR (17,7%) que o anterior seja “ *O enfermeiro orientador deve ter capacidade de auto-reflexão/autoavaliação*”

Capacidade de auto-avaliação, auto-supervisão que como temos vindo a defender garante a competência ao longo de toda a actividade profissional, pelo que facilmente se compreende que o E2 refira que [*critério de selecção do enfermeiro orientador mais importante*] “(...) *se as pessoas [enfermeiros orientadores] tiverem capacidade de*

autocrítica, o saberem-se criticar a eles próprios aquilo que conseguem fazer e não conseguem fazer é meio caminho andado para serem ótimos profissionais.”

Contudo, a adoção desta atitude reflexiva só é possível como Dewey, citado por Zeichner (1993) e Alarcão (1996) o refere na presença como já vimos de três atitudes, sendo que os nossos entrevistados fazem referência a uma delas, a abertura de espírito, a qual é referida por 20% dos entrevistados através do indicador “ *O enfermeiro orientador deve ter espírito aberto para que seja capaz de pensar de outra forma*”

Neste sentido, segundo o E4 [*Um bom enfermeiro orientador*]“(…) *ser uma pessoa também de mente aberta, que é para não ser daquelas pessoas que é A mais A é isto (…)*”

Tendo em conta tudo o referido, facilmente se compreende que “ (…) *ter espírito reflexivo*” é essencial num enfermeiro supervisor do local de Ensino Clínico não só para o desenvolvimento do papel de supervisor, mas também de enfermeiro, o qual como já vimos nas competências de âmbito comunicativo-relacional, é importante que se desenvolva em equipa, pelo que facilmente se compreende que outro dos indicadores referido por 10% dos entrevistados (2,9% de UR) seja “ *O enfermeiro orientador deve reflectir conjuntamente com a Equipa sobre as situações*”, o que segundo o E8 significa “(…) *procurava que toda a gente que ali trabalhasse soubesse o que estava a fazer (…)*”

Também referido por 10% dos entrevistados e com o mesmo número de UR está o indicador “*O enfermeiro orientador deve ser prudente*” como fazendo parte integrante da subcategoria que acabamos de analisar “(…) *ter espírito reflexivo*”

“ *O enfermeiro orientador deve ter capacidade de concentração*” constitui outra das subcategorias, a qual é representada por apenas um indicador, o qual “ *O enfermeiro orientador deve estar atento a todos os pormenores*”, o qual foi referido por 10% dos entrevistados.

A este respeito o E1 refere [*enfermeiro orientador que gostei muito*] “(…) *ele [enfermeiro orientador] não descarta nada (…) *é capaz de estar atento a dez mil coisas ao mesmo tempo, a perceber tudo, atento a mim, quer dizer não deve ser fácil penso eu ter o serviço atrás dele*”*

2.6 Ser capaz de analisar e avaliar

Esta categoria é constituída por três subcategorias, que perfazem um total de seis indicadores tal como é possível observar através do seguinte quadro

CATEGORIA F: <i>Ser capaz de analisar e avaliar</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
O enfermeiro orientador deve ser capaz de mobilizar diferentes estratégias de avaliação	O enfermeiro orientador deve observar o aluno na realização das práticas	10	24,4%	5	50%
	O enfermeiro orientador deve questionar o aluno acerca das práticas que realiza	1	2,4%	1	10%
O enfermeiro orientador deve ser capaz de realizar uma avaliação criteriosa	O enfermeiro orientador deve ser capaz de fundamentar os erros apontados aos outros	3	7,3%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve fundamentar a avaliação realizada com base nos critérios de avaliação definidos para esse estágio	12	29,3%	4	40%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de identificar aspectos positivos e negativos no aluno	1	2,4%	1	10%
O enfermeiro orientador deve ser capaz de realizar uma avaliação diagnóstica	O enfermeiro orientador deve ser capaz de diagnosticar/identificar as necessidades de formação do aluno no início do estágio	14	34,2%	5	50%
TOTAL DA CATEGORIA:		41	100%	10	100%

Quadro nº 16: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico - Ser capaz de analisar e avaliar

Constituindo a avaliação uma das funções inerentes ao papel de supervisor facilmente se compreende que outra das competências a apresentar pelo supervisor do local de estágio seja “ *Ser capaz de analisar e avaliar*”, competência esta que como já se disse é

descrita por Alarcão & Tavares (2003) para os supervisores e que foi identificada no estudo de Belo (2003); Fonseca (2004); Longo (2005).

Centrando-nos sobre esta função do supervisor, a avaliação e recorrendo à definição já apresentada, segundo a qual a avaliação consiste em “(...) *confrontar dados de facto* (“o real”, “o existente”) *com o desejado, o esperado, o ideal, que é composto de normas, objectivos ou critérios, e permite atribuir um valor, uma utilidade ou uma significação aos dados concretos* (...)” (Lesne, 1984, Guba e Lincoln, 1985, citado por Rodrigues, in Estrela & Nóvoa, 1999:25) compreende-se que o indicador com maior representatividade, referido por 40% dos entrevistados seja “ *O enfermeiro orientador deve fundamentar a avaliação realizada com base nos critérios de avaliação definidos para esse estágio*”, de forma a que o enfermeiro orientador seja “(...) *capaz de realizar uma avaliação criteriosa*”, o que constitui a subcategoria mais valorizada pelos entrevistados.

A este respeito o E3 refere [*Não gostei da orientação do serviço, porque era a orientadora nova*] “(...) *era um estágio de segundo ano (...) e ela tentava-me avaliar como se eu fosse uma recém formada (...) e tentava perceber se eu tinha as competências dessa mesma recém-formada, que (...) no estágio de segundo ano é um bocadinho impossível nós termos.*”

Por sua vez o E6 refere também que [*pior enfermeiro orientador e pior docente*] “(...) *saí desse estágio com um bom, sem saber porque é que tive um bom, sem saber o que é que eu podia ter feito melhor que não fiz (...)*” e o E9 refere [*pior estágio em tive a enfermeira que não gostei*] “(...) *andei completamente alienada o estágio todo, a única coisa que ela me sabia dizer era que eu não sabia a matéria, mas não me sabia dizer que matéria (...)*”

Deste modo, facilmente se compreende que 20 % dos entrevistados refiram ainda que “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de fundamentar os erros apontados aos outros*” e que 10% refiram que “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de identificar aspectos positivos e negativos no aluno*”, indicadores estes que também caracterizam uma avaliação criteriosa.

A avaliação encarada como processo contínuo decompõem-se como já se disse em vários momentos, cada um dos quais com uma função específica, sendo que

diagnosticar constitui uma dessas funções, pelo que “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de realizar uma avaliação diagnóstica*” constitui outra das subcategorias.

Avaliação diagnóstica que poderá ser realizada no início ou ao longo do estágio, sendo que no início visa “ (...) *determinar as características da situação inicial de um determinado processo didático que se quer pôr em marcha e servir de base, portanto, a decisões sobre a programação ou esboço do mesmo*”(Rosales, 1992:36), pelo que facilmente se compreende que o indicador inerente a esta categoria seja “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de diagnosticar/identificar as necessidades de formação do aluno no início do estágio*”, referido por 50% dos entrevistados.

A este respeito o E3 refere “(...) *não me fez [enfermeira orientadora] sentir do tipo, isso acontece algumas vezes, em alguns casos de orientação de enfermeiros, está no quarto ano já devia de saber (...)*”, sendo que o E10 refere que *[este estágio em que tive uma enfermeira orientadora que gostei teve uma particularidade que eu gostei] “(...) pôs-me [enfermeira orientadora] (...) à prova ao princípio para (...) avaliar os meus conhecimentos (...)”, o que segundo este entrevistado foi importante “ porque (...) foi bom saber até que ponto (...) estava preparada para (...) agarrar o estágio (...)*”

Contudo para que o enfermeiro orientador seja capaz de analisar e avaliar deve segundo os nossos entrevistados “(...) *mobilizar diferentes estratégias de avaliação*”, o que constitui outra das subcategorias, sendo que segundo 50% dos entrevistados “*O enfermeiro orientador deve observar o aluno na realização das práticas*”, para que não aconteça como o E5 relata *[enfermeira orientadora que não gostei] “(...) não via nada (...) não sei o que é que ela avaliou (...)*”, aspecto este que também é referido pelos alunos no estudo levado a cabo por Belo (2003).

Outra estratégia de avaliação referida por 10% dos entrevistados é “ *O enfermeiro orientador deve questionar o aluno acerca das práticas que realiza*”

2.7 Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem

Esta categoria é constituída por quatro subcategorias, que perfazem um total de dezasseis indicadores tal como é possível observar através do seguinte quadro.

CATEGORIA G: Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
O enfermeiro orientador deve estimular/motivar os outros	O enfermeiro orientador deve ser capaz de incrementar gosto no aluno por determinada área	1	1,3%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de motivar a equipa para aprender	2	2,7%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve reforçar/aceitar as iniciativas dos alunos	4	5,3%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve mobilizar estratégias que exijam do aluno	3	4%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve mobilizar estratégias que permitam ao aluno um maior número de aprendizagens	2	2,7%	2	20%
O enfermeiro orientador deve fornecer instrumentos para o aluno trabalhar	O enfermeiro orientador deve fornecer recursos materiais para o aluno trabalhar	7	9,3%	6	60%
	O enfermeiro orientador deve fornecer estratégias	3	4%	1	10%
O enfermeiro orientador deve ser capaz de mobilizar estratégias que permitam desenvolver no aluno autonomia para aprender	O enfermeiro orientador deve fazer perguntas pedagógicas	16	21,3%	7	70%
	O enfermeiro orientador não deve dar respostas, mas ajudar o aluno a encontrar as respostas	7	9,3%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve incentivar o aluno a pesquisar/investigar	3	4%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve ajudar o aluno a desenvolver a competência crítica dando-lhe espaço para colocar questões	1	1,3%	1	10%

	O enfermeiro orientador deve ajudar o aluno a desenvolver a competência crítica dando-lhe espaço para dar sugestões	1	1,3%	1	10%
O enfermeiro orientador deve ser capaz de dar feedback ao aluno	O enfermeiro orientador deve ao longo do estágio dar a sua opinião relativamente ao desempenho do aluno	17	22,7%	5	50%
	O enfermeiro orientador não deve dar feedback vago/superficial	1	1,3%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve dar feedback positivo	3	4%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve dar sempre uma resposta ao aluno	3	4%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve dar feedback positivo e negativo	1	1,3%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		75	100%	10	100%

Quadro nº 17: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico - Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem

Dinamizar, animar, conduzir a formação, o aluno, de forma a que ele próprio, através de uma prática reflexiva seja capaz de desenvolver competências, faz parte integrante do papel a desenvolver pelo supervisor, pelo que facilmente se compreende que outra das competências enunciadas pelos nossos entrevistados como essencial num supervisor seja tal como Alarcão & Tavares (2003) refere “*Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem*”, competência esta que também foi identificada no estudo de Belo (2003), Longo (2005) e Simões (2004).

A dinamização desta prática reflexiva é como temos vindo a defender de fundamental importância para o desenvolvimento de competências profissionais imprescindíveis, como o aprender a aprender, pelo que para tal o supervisor poderá tal como Alarcão (1996) defende recorrer a diversas estratégias de reflexão/formação, pelo que facilmente se compreende que uma das subcategorias enunciadas pelos nossos entrevistados seja

“O enfermeiro orientador deve ser capaz de mobilizar estratégias que permitam desenvolver no aluno autonomia para aprender “

Neste sentido, uma das estratégias de reflexão/formação a que os nossos entrevistados atribuem grande importância são as perguntas pedagógicas, pois 70% dos entrevistados e com uma representatividade de 21,3 % em termos de UR refere que *“O enfermeiro orientador deve fazer perguntas pedagógicas”*

Perguntas pedagógicas que consistindo num questionamento da prática permite que o aluno acompanhado pelo supervisor compreenda essa mesma prática, sendo nesse sentido que o E2 refere que *[O melhor enfermeiro orientador] “(...) estava sempre a perguntar, não para desvalorizar, ela não tinha esse tipo de, mas para nos fazer perceber porque é que aquilo se fazia assim (...)”,* ou seja para que a prática seja geradora de competências e não apenas de saberes fazeres.

É na sequência deste pensamento, que facilmente se compreende que o E7 descreva que *[O enfermeiro do serviço ajudava-me a desenvolver a competência crítica] “(...) perguntavam-me então o que é que se passa aqui? (...) para ti está tudo bem? (...) o que é que tu alteravas? (...) dá para (...) pensar nas coisas que está a fazer.”*

Neste sentido, facilmente se compreende que 20% dos entrevistados e com uma representatividade de 9,3% de UR refiram que *“ O enfermeiro orientador não deve dar respostas, mas ajudar o aluno a encontrar as respostas”,* sendo que segundo o E4 a *[melhor enfermeira orientadora] “Não me dizia fazia me chegar lá (...)”,* pois *“(...) às vezes, nós achamos muito mais fácil, quando (...) faz assim por isto e por aquilo, mas (...) é muito mais estimulante [serem os alunos a descobrir] (...) e nós nunca nos vamos esquecer tão depressa porque é que se faz de uma determinada forma (...)”*

Outra estratégia que segundo 30% dos entrevistados, embora com menor número de UR (4%) poderá ser utilizada pelo supervisor para que o aluno aprenda a aprender, ou seja, para incrementar no aluno competências de auto-formação é *“(...) incentivar o aluno a pesquisar/investigar”,* estratégia esta que é também referida por Alarcão (1996).

É neste sentido, que o E7 refere que *[se a pessoa não sabe o orientador deve dizer] (...) vai ver (...)”,* pesquisa que segundo o E10 deverá ser realizada também pelo supervisor do local de Ensino Clínico, pois segundo este entrevistado *[gostei bastante do estágio*

porque o enfermeiro orientador] “(...) quando (...) não sabe [enfermeira orientadora] (...) vamos ver quem encontrar diz qualquer coisa (...)”

Por fim, 10% dos entrevistados referem-se a dois aspectos de fundamental importância para que o supervisor seja capaz de desenvolver no aluno espírito crítico, os quais dar espaço para colocar questões, bem como para dar sugestões, o que vai ao encontro do referido por Amaral *et al.*, citado por Alarcão (1996:105) que refere que “*O supervisor deve procurar passar para o formando, também gradualmente, a responsabilidade de fazer perguntas, de modo a desenvolver nele o difícil hábito de equacionar problemas.*”

Dinamizar a formação segundo os nossos entrevistados implica assim, tal como Daloz (1986), *in* Reid (1994) também o defende, desafio da reflexão, mas também suporte, pelo que facilmente se compreende que outra das subcategorias enunciada pelos nossos entrevistados seja “*O enfermeiro orientador deve ser capaz de dar feedback ao aluno*”, o que constitui a segunda subcategoria com maior representatividade.

Feedback que tendo uma função formativa, ou seja, visa guiar os alunos sobre a forma como está a decorrer o Ensino Clínico de forma a que possam ser efectivadas mudanças, não poderá ser realizado apenas no final do Ensino Clínico, pelo que facilmente se compreende que um dos indicadores mais enumerado pelos entrevistados para esta subcategoria seja “*O enfermeiro orientador deve ao longo do estágio dar a sua opinião relativamente ao desempenho do aluno*”, referido por 50% dos entrevistados e com uma grande representatividade também em termos de UR.

É na sequência deste pensamento que o E6 refere que [*estágio que não gostei e que não gostei do enfermeiro orientador e da docente*] “(...) tanto ele [enfermeiro orientador] como ela [docente] foram pessoas que chegaram à avaliação final e disseram fizeste isto e isto e não fizeste isto, isto e isto (...) acabas por te questionar, então eu não fiz, mas era para fazer?, mas se eu não fiz, porque é que não me disseram a tempo para eu perceber?(...)”

Feedback que deve ser realizado em conjugação com o aluno (Daloz, 1986, *in* Reid, 1994), sendo neste sentido que o E4 refere que a [*melhor enfermeira orientadora*] “(...) várias vezes fazíamos [enfermeira orientadora e aluno] um feedback do que é que estava a acontecer (...)”

Tendo em conta a importância atribuída ao feedback ao longo do Ensino Clínico facilmente se compreende que 20% dos entrevistados refiram que “ *O enfermeiro orientador deve dar sempre uma resposta ao aluno*”, “(...) *mesmo que seja vou ver, vamos ver, amanhã falamos sobre isso (...)*”(E4).

Feedback que segundo também 20% dos entrevistados e com igual número de UR que a subcategoria anterior deve ser positivo, havendo apenas 10% que se refere a importância de feedback positivo e negativo, o que facilmente se explica por ser o feedback positivo aquele que segundo Reid (1994) promove o auto conceito dos estudantes.

Por fim, também 10% dos entrevistados e com igual número de UR refere que “*O enfermeiro orientador não deve dar feedback vago/superficial*”, descrito pelo E1 como “(...) *nós podíamos (...) mostrar-lhe os planos de cuidados e ele dizia sim muito bem (...) não havia grande resposta(...)*”, o que segundo McNally *et al.* (1994,1997) e Booth *et al.* (1995), citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001:231) quando acontece “(...) *acaba por ser sentido pelo aluno como insuficiente ou como para ‘não ferir susceptibilidades’, o que acaba (...) por ser vivenciado com alguma insatisfação*”

Outra das subcategorias bastante valorizada pelos entrevistados, embora com menor representação que as já referidas é “*O enfermeiro orientador deve estimular/motivar os outros*”, pois a motivação enquanto força que conduz, que leva à acção influencia a aquisição e desenvolvimento de competências pelos alunos durante o Ensino Clínico, aspecto este que também é referido pelos alunos no estudo realizado por Belo (2003), bem como pelos supervisores do local de estágio no estudo realizado por Simões (2004).

Motivação que segundo 30% dos entrevistados é conseguida se o enfermeiro orientador “(...) *mobilizar estratégias que exijam do aluno*”, pois segundo o E9 [*melhor enfermeiro orientador*] “(...) *depois já numa de eu sou super autónoma e olhe que iniciativa que eu tenho deixou-me ficar com mais do que um utente várias vezes e foi muita puxado para mim (...) mas foi muito bom (...) muito gratificante (...)*”

Para além disso, segundo 20% dos entrevistados “*O enfermeiro orientador deve reforçar /aceitar as iniciativas dos alunos*”, ou seja deve-lhes atribuir um papel activo em todo este processo com vista a estimulá-los/motivá-los.

Outro aspecto que segundo também 20% dos entrevistados, embora com menor representatividade em termos de UR (2,7 % para 5,3%) que influencia o grau de motivação dos alunos é o número de aprendizagens proporcionadas pelo Ensino Clínico, pelo que outro dos indicadores por estes referido é “*O enfermeiro orientador deve mobilizar estratégias que permitam ao aluno um maior número de aprendizagens*” A este respeito o E1 refere [*estágio em que gostei da enfermeira orientadora*] “(...) *outra estratégia que ela adoptou foi, nós éramos para só termos um doente ao fim de uma semana e tivemos logo dois no terceiro dia (...) e isso ajudou-me imenso porque podemos conhecer (...) um leque mais variado de doenças (...)*”

As aprendizagens realizadas, mais especificamente a participação dos alunos nos cuidados aos utentes é descrito por Belo (2003) como gerador de motivação, pelo que cabe ao supervisor permitir essa mesma participação.

Referido por 10% dos entrevistados e com 2,7% de UR segue-se o indicador “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de motivar a equipa para aprender*”, o qual facilmente se explica por ser com estes com quem o aluno, para além do supervisor do local de Ensino Clínico, mais contacta durante este período e com os quais aprende, pelo que devem estar motivados a aprender continuamente, de forma a não só actualizarem os seus conhecimentos, como também passarem essa mesma motivação ao aluno.

Segundo também 10% dos entrevistados, embora com menor representatividade em termos de UR (1,3%) a motivação do aluno também poderá ser estimulada se o enfermeiro orientador for “(...) *capaz de incrementar gosto no aluno por determinada área.*”

É na sequência deste pensamento que o E1 refere que “(...) *as minhas duas primeiras orientadoras (...) foram brutais (...) foram as duas impecáveis (...) não conhecia nada de cuidados continuados e estou a fazer, o meu projecto final é de cuidados continuados, portanto acho que isso diz alguma coisa do que ela [uma das enfermeiras orientadoras] me marcou (...)*”

Por fim dinamizar, conduzir uma formação implica segundo os alunos que o supervisor seja capaz de “ (...)fornecer instrumentos para o aluno trabalhar”, sendo que 60% dos entrevistados refere que “O enfermeiro orientador deve fornecer recursos materiais para o aluno trabalhar” , como “(...) deram-nos muito apoio (...) em termos de bibliografia (...)”(E8) e 10% que “ O enfermeiro orientador deve fornecer estratégias”, como “(...) deu-nos [enfermeiro chefe orientador] sugestões para actividades com eles, tentou-nos arranjar estratégias (...)”(E1), o que facilmente se compreende dado serem duas funções inerentes ao papel de supervisor.

De notar, que fornecer instrumentos não é sinónimo de imposição, mas de sugestão, pois como temos vindo a defender é o aluno que enquanto elemento activo decide sobre a sua utilização.

2.8 Saber/querer aprender e aprender a aprender

Esta categoria é constituída por duas subcategorias, que perfazem um total de dez indicadores, tal como é possível observar através do seguinte quadro.

CATEGORIA H: Saber/querer aprender e aprender a aprender					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE	
		N	%	N	%
O enfermeiro orientador deve estar motivado para aprender	O enfermeiro orientador deve gostar de ser questionado	3	7,5%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa que reage bem à crítica apontada pelos alunos	3	7,5%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve ter espírito aberto para comunicar/discutir	2	5%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve gostar de aprender	2	5%	1	10%
	O enfermeiro orientador deve ter vontade de actualizar constantemente os conhecimentos	5	12,5%	4	40%

	O enfermeiro orientador deve encarar a supervisão como um estímulo para aprender/actualizar os conhecimentos	2	5%	2	20%
O enfermeiro orientador deve saber aprender ao longo da vida	O enfermeiro orientador deve actualizar constantemente os conhecimentos	5	12,5%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve saber pesquisar/investigar	4	10%	3	30%
	O enfermeiro orientador deve participar em cursos	2	5%	2	20%
	O enfermeiro orientador deve ser capaz de aprender com os alunos	12	30%	4	40%
TOTAL DA CATEGORIA:		40	100%	8	80%

Quadro nº 18: Competência do supervisor do local de Ensino Clínico- Saber/querer aprender e aprender a aprender

“ *Aprender* “ e sobretudo “ *Aprender a Aprender*” é como temos vindo a defender uma competência imprescindível a qualquer profissional ao longo de toda a sua actividade profissional, na medida em que lhe permite actualizar constantemente e permanentemente as suas competências num mundo em constante mudança (Le Boterf), pelo que os nossos entrevistados não a esquecerem para o supervisor do local de Ensino Clínico.

De referir, que esta competência não foi referida desta forma em nenhum dos estudos apresentados.

Analisando o quadro verificamos que “*Saber/querer aprender e aprender a aprender*” implica que o enfermeiro orientador esteja motivado para aprender e que saiba aprender ao longo da vida, aspectos estes que contemplam as duas subcategorias.

“ *O enfermeiro orientador deve saber aprender ao longo da vida*” é aquela que obteve maior representatividade, o que segundo 30% dos entrevistados e com 12,5% de UR implica que o supervisor do local de Ensino Clínico seja capaz de “(...) *actualizar constantemente os conhecimentos*”, sendo nesse sentido que o E10 descreve [*critério de selecção do enfermeiro orientador*] “(...) *aquele que no dia à dia tenta perceber um bocadinho mais daquilo (...) mais do outro (...)*”

Aprendizagem que segundo 40% dos entrevistados poderá ser realizada através do contacto com os alunos, na medida em que outro dos indicadores referido pelos entrevistados é “ *O enfermeiro orientador deve ser capaz de aprender com os alunos*”, pois como já foi dito inerente ao processo supervisivo está não só o desenvolvimento do aluno, como também do supervisor (Alarcão, 1996 e Alarcão & Tavares, 2003).

Este aspecto foi também considerado no estudo de Simões (2004:146) que descreve que o processo de ensino-aprendizagem “(...) *deverá ser recíproco, com mobilização e coordenação de saberes, não esquecendo que os alunos aprendem, mas também transmitem saberes (...)*”

Saberes que ao serem aproveitados/respeitados pelos supervisores motivam também o aluno, pois o E1 refere que “(...) *dava-me algum poder [a enfermeira orientadora dizer que estou aqui para aprender contigo] o que eu acho que também é giro nessa relação e é bom, (...) não nos sentimos só ajudados como também nos sentimos úteis (...)*”

Para além de aprender com os alunos, 30% dos entrevistados refere que “ *O enfermeiro orientador deve saber pesquisar/investigar*” e 20% que “*O enfermeiro orientador deve participar em cursos*”

Contudo, para que tal se concretize é fundamental como já se disse que o supervisor do local de Ensino Clínico esteja motivado para aprender, que constitui outra subcategoria, pelo que 40% dos entrevistados referem que “ *O enfermeiro orientador deve ter vontade de actualizar constantemente os conhecimentos*”

Motivação para aprender que 20% dos entrevistados e com 7,5% de UR descrevem da seguinte forma “ *O enfermeiro orientador deve ser uma pessoa que reage bem à crítica apontada pelos alunos*”, aspecto este visível através por exemplo do seguinte discurso “(...) *disse [ao enfermeiro orientador] que (...) tinha sido muito difícil (...) ir lá sozinha [realizar o penso] (...) e foi corrigido em termos de estágio (...)*”(E8)

Outro aspecto que também segundo 20% dos entrevistados, mas com menor número de UR (5%) demonstra motivação do supervisor para aprender consiste em este “(...) *encarar a supervisão como um estímulo para aprender/actualizar os conhecimentos*”, sendo neste sentido que o E4 descreve que *[a melhor enfermeira orientadora dizia que ensinar] “(...) fazia-lhe recordar e ter que ir estudar também (...) para me dar determinado tipo de respostas (...)*”

Referido também por 20% dos entrevistados e com o mesmo número de UR que o anterior segue-se o indicador “ *O enfermeiro orientador deve ter espírito aberto para comunicar/discutir*”.

Por fim, 10% dos entrevistados descrevem a motivação para aprender através dos seguintes indicadores “ *O enfermeiro orientador deve gostar de ser questionado*” e “ *O enfermeiro orientador deve gostar de aprender*”, embora este último com menor representatividade em termos de UR que o primeiro (5% para 7,5%).

Terminada a análise desta categoria encerramos a análise deste segundo tema, que se centrou sobre as competências de um dos factores mais determinante da qualidade da supervisão assegurada durante o Ensino Clínico, o supervisor do local de Ensino Clínico, sendo que de seguida analisaremos um outro factor também bastante importante: O supervisor da instituição escolar.

3. Competências dos supervisores da instituição escolar, mais valorizadas pelos estagiários

O docente, enquanto supervisor da instituição escolar é outro factor que poderá influenciar a aquisição e desenvolvimento de competências durante o período de Ensino Clínico, embora não tão valorizado quanto o do local de Ensino Clínico, aspecto este referido por vários autores (Albuquerque *et al.*, 2005; Basto, 1995 e McCarthy, *in* Silva & Silva, s.d.) e comprovado neste estudo dadas as diferenças percentuais entre estes dois temas.

Face à sua importância no desenvolvimento do aluno durante este período, facilmente se compreende que os alunos lhes atribuam determinado tipo de competências, as quais representamos através de várias categorias.

Mais uma vez não polarizamos estas categorias dado não ser objectivo desta investigação avaliar, mas sim identificar as competências ideais.

As diferentes categorias bem como as suas diferenças percentuais são visíveis através do quadro que a seguir se apresenta.

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA			
	UR		UE	
	N	%	N	%
Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros	144	100%	8	80%
Saber/querer empenhar-se na supervisão	11	100%	5	50%
Saber/querer empenhar-se na profissão de enfermagem	9	100%	2	20%
Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação	31	100%	4	40%
Ser capaz de analisar e avaliar	11	100%	5	50%
Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem	14	100%	5	50%
Saber/querer aprender e aprender a aprender	1	100%	1	10%

Quadro nº 19: Unidades de registo e enumeração das categorias obtidas no tema 3

Da análise destas categorias apercebemo-nos que todas as competências enunciadas pelos entrevistados relativamente ao docente vão ao encontro das já defendidas para o supervisor do local de Ensino Clínico, o que facilmente se compreende dado que como defendemos ao longo desta investigação, apesar das diferentes participações e responsabilidades, a sua área de acção, bem como as funções e actividades a desempenhar por cada um destes intervenientes são semelhantes, na medida em que visam um mesmo objectivo.

Vão ao encontro das já referidas para a figura do supervisor do local de Ensino Clínico, embora nem todas sejam referidas, na medida em que a competência “ *Ser reflexivo*” não é referida pelos entrevistados para o docente, o que poderá explicar-se por serem competências que os docentes com quem contactaram não mobilizaram, ou porque os alunos não a consideram como importante num docente.

Dada a semelhança de competências, explicada por áreas de acção e objectivos comuns, muitas das razões/explicações já apresentadas para o supervisor do local de Ensino Clínico relativamente a cada uma destas competências aplicam-se ao docente, pelo que não voltamos a repetir ao longo desta análise.

Deste modo, analisando o quadro anterior facilmente nos apercebemos que tal como acontece para o supervisor do local de Ensino Clínico, a competência ser capaz de

comunicar e relacionar-se com os outros é a que também aqui obtem maior representatividade.

Posteriormente, referido por 50% dos entrevistados seguem-se categorias como “Saber/querer empenhar-se na supervisão”, “Ser capaz de analisar e avaliar” e “Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem”

Referido por 40% dos entrevistados está a categoria “Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação”.

Com menor unidades de enumeração e tal como acontece para os supervisores do local de Ensino Clínico estão as categorias “Saber/querer empenhar-se na profissão de enfermagem”, referido por 20% dos entrevistados e “Saber/querer aprender e aprender a aprender”, referido por 10% dos entrevistados.

Estabelecendo também aqui um paralelismo com estudos já realizados apercebemo-nos que tal como aconteceu no tema anterior, apenas os próprios, neste caso os docentes, fazem referência às competências relacionais como fundamentais para que exerçam o papel de supervisores (Fonseca, 2004), sendo aliás aquelas a que atribuem maior valorização.

Por sua vez, os alunos (Belo, 2003) e os supervisores do local de estágio (Simões, 2004) relativamente ao docente atribuem maior significação às competências de índole formativo.

Relativamente a competências de âmbito interpretativo estas apenas são identificadas no estudo de Fonseca (2004).

De notar, que não fazemos referência ao estudo de Longo (2005) visto centrar-se sobre as competências dos supervisores do local de Ensino Clínico e não da instituição escolar.

3.1 Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros

Esta categoria é formada por doze subcategorias, as quais perfazem um total de cinquenta e três indicadores, tal como é possível verificar através do seguinte quadro.

CATEGORIA A: Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
O docente deve ser capaz de estabelecer uma relação de confiança	O docente por não estar sempre presente no estágio deve confiar na avaliação realizada pelo enfermeiro orientador	3	2,1%	2	20%
	O docente deve confiar na avaliação efectuada pelo aluno	4	2,8%	1	10%
	O docente deve ser capaz de fazer com que o aluno confie nele	1	0,7%	1	10%
O docente deve ser justo	O docente deve ser objectivo na avaliação	3	2,1%	2	20%
	O docente por não estar sempre presente no estágio a nota que atribui não deve ser muito diferente da do enfermeiro orientador	10	6,9%	4	40%
	Os docentes não devem estipular um valor máximo de nota a atribuir ao aluno num determinado estágio	3	2,1%	2	20%
	O docente não deve valorizar mais no estágio os trabalhos escritos realizados pelo aluno que a prática clínica	3	2,1%	1	10%
	Os docentes devem tratar todos os alunos de forma igual	4	2,8%	2	20%
	Os docentes não devem transferir para o aluno as representações que elaboram acerca destes	5	3,5%	3	30%
	O docente deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta bem em estágio	O docente não deve ser agressivo verbalmente com o aluno	5	3,5%	1
	O docente não deve ser agressivo não verbalmente com	1	0,7%	1	10%

o aluno				
O docente não deve confrontar o aluno perante situações que o aluno não gosta	1	0,7%	1	10%
O docente deve ser capaz de trabalhar em equipa com o estagiário	1	0,7%	1	10%
O docente não deve ser autoritário	6	4,2%	2	20%
O docente deve ser capaz de estabelecer uma relação informal/próxima com o aluno	3	2,1%	2	20%
O docente deve ser capaz de estabelecer uma relação informal/próxima com o aluno para que o aluno se sinta à vontade para falar	3	2,1%	2	20%
O docente não deve ter postura de avaliador	4	2,8%	3	30%
O docente não deve ter postura de avaliador para que o aluno se sinta à vontade	2	1,4%	2	20%
O docente deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade	6	4,2%	4	40%
O docente deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade para realizar as práticas	3	2,1%	2	20%
O docente deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade para falar	5	3,5%	4	40%
O docente não deve causar no aluno sentimentos negativos	1	0,7%	1	10%
O docente não deve utilizar expressões que demonstrem cansaço/saturação pela tarefa de supervisão de estágios	1	0,7%	1	10%
O docente não deve estar sempre presente no local de estágio	2	1,4%	1	10%

	O docente não deve estar sempre presente no local de estágio para que o aluno se sinta à vontade	1	0,7%	1	10%
	O docente deve ir regularmente aos locais de estágio para que o aluno se sinta apoiado	4	2,8%	3	30%
O docente deve ter facilidade em comunicar e relacionar-se com os outros	O docente deve ser capaz de estabelecer uma boa relação com o enfermeiro orientador	1	0,7%	1	10%
	O docente deve ser capaz de estabelecer uma boa relação com o aluno	3	2,1%	3	30%
	O docente deve ser uma pessoa acessível	5	3,5%	2	20%
	O docente deve ser capaz de conduzir uma reunião segundo uma sequência lógica	1	0,7%	1	10%
O docente deve estar disponível	O docente deve estar disponível para estar com o aluno	3	2,1%	2	20%
	O docente deve estar disponível para estar com o aluno para que este sinta o apoio da escola	1	0,7%	1	10%
	O docente deve estar disponível para ouvir o aluno	5	3,5%	2	20%
	O docente deve estar disponível para ouvir o aluno para que este sinta o apoio da escola	1	0,7%	1	10%
	O docente deve mostrar disponibilidade para ir ao local de Ensino Clínico sempre que necessário	1	0,7%	1	10%
	O docente deve estar disponível para estar com o aluno fora dos momentos de reunião de estágio	3	2,1%	1	10%
	O docente deve estar disponível para apoiar/ajudar o aluno na resolução de problemas	4	2,8%	2	20%

O docente deve ser uma pessoa atenta aos alunos	O docente deve preocupar-se com o feedback do aluno em relação ao estágio	6	4,2%	4	40%
	O docente deve preocupar-se com a opinião do aluno em relação à nota obtida em estágio	1	0,7%	1	10%
	O docente deve preocupar-se com os sentimentos do aluno	1	0,7%	1	10%
	O docente deve dar mais importância aos sentimentos do aluno em relação ao estágio que à quantidade de acções que realiza	1	0,7%	1	10%
	O docente deve preocupar-se com o aluno enquanto pessoa	1	0,7%	1	10%
	O docente deve preocupar-se /interessar-se com a evolução da aprendizagem do aluno	4	2,8%	1	10%
	O docente deve interessar-se no aluno para que o aluno se sinta à vontade para falar	1	0,7%	1	10%
O docente deve ser sensível	O docente deve ser capaz de se aperceber do que o aluno está a sentir em estágio	2	1,4%	1	10%
O docente deve dar espaço ao aluno	O docente deve dar espaço ao aluno	1	0,7%	1	10%
	O docente deve dar espaço para que o aluno pesquise de forma a responder às dúvidas noutra altura	3	2,1%	2	20%
	O docente deve dar espaço ao aluno para exprimir as suas dificuldades/dúvidas	1	0,7%	1	10%
O docente deve ser sincero com os alunos	O docente deve ser sincero para assumir que não tem experiência na área em que decorre o Ensino Clínico	2	1,4%	1	10%

O docente deve ser capaz de compreender o aluno	O docente deve ser capaz de compreender os sentimentos do aluno	4	2,8%	1	10%
Ser simpático	O docente deve ser simpático	1	0,7%	1	10%
O docente deve ser coerente	O docente não deve pedir para os alunos fazerem para si de uma forma e para os enfermeiros de outra	1	0,7%	1	10%
	Os docentes devem fazer todos da mesma forma	1	0,7%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		144	100%	8	80%

Quadro nº 20: Competência do supervisor da instituição escolar - Ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros

Analisando este quadro facilmente nos apercebemos que a subcategoria que os alunos mais valorizam num docente é “*ser capaz de fazer com que o aluno se sinta bem em estágio*”, aspecto este que como já vimos foi também o mais valorizado no supervisor do local de Ensino Clínico, dada a sua influência no desenvolvimento de competências pelo aluno, tal como explicado anteriormente.

Deste modo, e apesar do docente passar menos tempo com o aluno que o supervisor do local de Ensino Clínico, é importante que nos momentos de contacto com estes, sejam capazes de fazer com que estes se sintam bem, o que segundo 40% dos entrevistados pode ser conseguido se o docente for “(*...*) *capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade*”(4,2% de UR), aspecto que também 40% dos entrevistados, embora com menor representatividade em termos de UR (3,5%) especificam referindo que “*O docente deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade para falar*”

Na sequência deste pensamento 30% dos entrevistados (2,8% de UR) defende que “*O docente não deve ter postura de avaliador*”, o qual 20% especificam referindo que “*O docente não deve ter postura de avaliador para que o aluno se sinta à vontade*”(1,4% de UR)

O E10 refere que “(*...*) *há professores que dizem, às vezes vêm o professor só como avaliador e não como um colega de trabalho (...)* mas é o que a gente sente (...)”,

sendo que o E7 descreve que *[estágio que menos gostei pela docente em que a sua presença me stressava]* “(...) era uma atitude [da docente] mesmo do estar presente para ver o que se está a fazer (...)”

Referido também por 30% dos entrevistados (2,8% de UR) está o indicador “*O docente deve ir regularmente aos locais de estágio para que o aluno se sinta apoiado*”, pois segundo o E10 “(...) se o professor não vai ao local de estágio, se não tens grande contacto com ele ficas totalmente desamparada (...)”, aspecto este que foi referido também pelos alunos no estudo de Caires & Almeida, in Gonçalves et al. (2001).

Também segundo 20% dos entrevistados estão indicadores como “*O docente não deve ser autoritário*”(4,2% de UR), aspecto este referido também pelos alunos no estudo de Belo (2003), o que segundo os nossos entrevistados significa “(...) que não negoceia [como a minha pior docente] (...)” (E3); *[O estágio que menos gostei em que não gostei do docente]* “(...) é o primeiro (...) parece que é o professor, o altar e a gente está aqui caladinhos (...)”(E10).

Como exemplo desta característica temos ainda o discurso do E3: *[pior docente]* “(...) dá-me [docente] a resposta, bastante alterada, eu respondi qualquer coisa em conversa, eu concordo com a professora, mas, a menina não está aqui para concordar ou deixar de concordar, está aqui para ouvir, executar e calar! (...)”

Não devendo estabelecer uma relação autoritária, mas sim como temos vindo a defender uma relação de colegas, facilmente se compreende que referido também por 20% dos entrevistados e com 2,1 % de UR estejam indicadores como “*O docente deve ser capaz de estabelecer uma relação informal/próxima com o aluno*”, “*O docente deve ser capaz de estabelecer uma relação informa/próxima com o aluno para que o aluno se sinta à vontade para falar.*” e “*O docente deve ser capaz de fazer com que o aluno se sinta à vontade para realizar as práticas*”

A respeito deste último indicador o E1 descreve [situação difícil em estágio] “(...) daquelas professoras que aparecem por trás, começam a respirar por trás e tu a ouvires e tu percebes que está ali alguém e quando vês é a professora da escola (...) entras em stress (...) começa tudo a tremer e fazes tudo errado (...)”

Para além de tudo o referido, para que o aluno se sinta bem em estágio é importante ainda segundo 10% dos entrevistados que o docente não seja “(...) *agressivo verbalmente com o aluno*” (3,5 % de UR), bem como “(...) *agressivo não verbalmente com o aluno*”(0,7% de UR), aspecto este referido pelos alunos também no estudo de Belo (2003).

Como exemplo de agressividade verbal temos o seguinte discurso relatado pelo E7 [*pior estágio em que tive a pior docente*]“(...) *tive (...) experiências (...) mais graves (...) estar um doente a morrer (...) à minha frente era a primeira vez que eu me estava a deparar com aquela situação e estava a fazer a higiene (...) e o senhor começou com polipneia, tiragem costal, extremidades cianosadas, eu não sabia o que é que aquilo queria dizer, mas percebia que alguma coisa não estava bem e o enfermeiro que me estava a orientar disse-me o que é que estava a acontecer e para eu parar e entretanto foi chamar a médica e nisto ela [pior docente] chega e começou aos berros, porque é que eu tinha parado de dar a higiene? e que aquele banho não se dava nem ao pior inimigo e que tinha que acabar (...) e eu a explicar que não havia necessidade, se calhar era melhor deixar a pessoa confortável, quentinho (...) os berros foram mais que muitos, até que veio a médica, veio o enfermeiro e o senhor faleceu mesmo e eu sai da sala e desatei a chorar (...) e quando ela [docente] passou por mim e disse temos que conversar!, com um ar em que eu pensei, bom vou chumbar!(...)!*

Como exemplo de agressividade não verbal temos a seguinte UR [*pior estágio em que tive o pior docente*] “(...) *quando (...) passou por mim [docente] (...) disse temos que conversar!, com um ar em que eu pensei, bom vou chumbar! (...) fiz alguma coisa mal feita (...)*”(E7), o que vai ao encontro do referido pelos alunos no estudo de Belo (2003:172) que descrevem este tipo de agressividade através de “(...) *expressões faciais, posturas corporais e, sobretudo, timbre e volume de voz alterados.*”

Referido também por 10% dos entrevistados está o indicador “ *O docente não deve estar sempre presente no local de estágio*”(1,4% de UR), apesar de como já vimos 30% considerar que “ *O docente deve ir regularmente aos locais de estágio para que o aluno se sinta apoiado*”

Neste caso, o não estar sempre presente é explicado por um outro indicador “*O docente não deve estar sempre presente no local de estágio para que o aluno se sinta à vontade*”, referido também por 10% dos entrevistados (0,7% de UR).

É neste sentido, que E10 refere que “(...) não acho que deva ser aquele ensino em que o professor está lá no estágio (...)” e o E7 refere que [estágio que menos gostei pela docente] “Era uma pessoa que ia muitas vezes aos locais de estágio fazer uns turnos (...) logo isso (...) stressa bastante (...)”

Por fim, também 10% dos entrevistados e com 0,7% de UR apontam ainda os seguintes indicadores: “O docente não deve confrontar o aluno perante situações que o aluno não gosta”; “O docente deve ser capaz de trabalhar em equipa com o estagiário”; “O docente não deve causar no aluno sentimentos negativos”; “O docente não deve utilizar expressões que demonstrem cansaço/saturação pela tarefa de supervisão de estágios”

Um exemplo demonstrativo deste indicador é o discurso do E2 que refere [O estágio que menos gostei em que não gostei da docente] “(...) foi completamente anti-pedagógico (...) numa das minhas avaliações a professora (...) manda o dossier para cima da mesa e uma das palavras dela foi: estou farta desta x! (...) foi um bocado mau (...)”

Analisada esta subcategoria, outra subcategoria com elevada representação é “ O docente deve ser justo” , subcategoria que relativamente ao supervisor do local de Ensino Clínico apesar da elevada representação, aliás mais de que para o docente, não ocupa o segundo lugar em termos de representatividade, categoria esta que também foi referida pelos alunos no estudo de Belo (2003).

Uma maior preocupação pela presença desta competência nos docentes que nos enfermeiros, poderá ser explicada por não serem estes que mais tempo passam com o aluno, que o vêem diariamente a prestar cuidados, quando é a estes que cabe a atribuição da classificação final.

Deste modo, facilmente se compreende que o indicador mais enumerado dentro desta subcategoria seja “ O docente por não estar sempre presente no estágio a nota que atribui não deve ser muito diferente da do enfermeiro orientador “, referido por 40% dos entrevistados.

Várias são as unidades de registo exemplificativas deste indicador sendo que de seguida apresentamos duas como exemplo: [O estágio que menos gostei]” Uma [docente] chega lá [estágio] e começa-me a dizer que a (...) avaliação da minha enfermeira tinha sido positiva, ao contrário da avaliação dela [docente] (...) quando ela realmente

nunca lá esteve à exceção do primeiro e do último dia e foi complicado (...)”(E2) e “*(...) a maior parte das vezes eu saio sempre [do estágio] com notas mais elevadas do que aparece na pauta (...)*” (E4)

Ser justo implica ainda, tal como foi referido para os supervisores do local de Ensino Clínico, que as representações elaboradas pelos docentes não influam nas suas acções, pois 30% dos entrevistados refere que “*Os docentes não devem transferir para o aluno as representações que elaboram acerca destes*”, sendo neste sentido que o E3 descreve que [estágio em que tive a pior docente] “*(...) se tira [docente] uma má impressão (...) durante todo o estágio (...) está constantemente a pôr-te em check, a criar situações para te testar (...) e é extremamente angustiante (...)*”

Inerente ao “Ser justo” está ainda segundo 20% dos entrevistados indicadores como “*Os docentes devem tratar todos os alunos de forma igual*”(2,8% de UR), “*O docente deve ser objectivo na avaliação*”(2,1% de UR) e “*Os docentes não devem estipular um valor máximo de nota a atribuir ao aluno num determinado estágio*”(2,1% de UR), tendo todos estes indicadores à exceção deste último sido apontados também para o supervisor do local de Ensino Clínico.

De forma a especificar o indicador objectividade apresentamos o discurso do E10 [O estágio que menos gostei que não gostei da docente] “*(...) a grelha dava nota máxima e ela [docente] vai pôr um Bom que não tem nada haver com Muito Bom (...)*”

Como exemplo do último indicador o E4 refere que [discrepância entre a nota do enfermeiro do serviço e do docente] “*(...) a justificação que os professores nos dão é que (...) saiem cinco alunos com muito bom em estágio, eles (...) reúnem-se todos, cada um (...) fala do que achou do aluno, dos trabalhos que apresentou e eles todos juntos, pronto (...)*”

Por fim, segundo 10% dos entrevistados “Ser justo” implica ainda que “*O docente não deve valorizar mais no estágio os trabalhos escritos realizados pelo aluno que a prática clínica*”, pois segundo o E2 [no segundo ano era incrível, os docentes davam mais importância aos processos de enfermagem] “*(...) não davam tanta importância à nossa capacidade de priorizar o nosso trabalho (...)*”

Analisadas as duas subcategorias mais valorizadas pelos entrevistados relativamente aos docentes centramo-nos agora sobre a terceira subcategoria “*O docente deve estar disponível*”, subcategoria que relativamente aos supervisores do local de Ensino Clínico atingiu maior representatividade, tendo inclusive sido a segunda mais enumerada, diferenças estas que mais uma vez se poderão explicar por serem estes que mais tempo passam com o aluno, ou então por ter sido destes que o aluno sentiu mais disponibilidade.

Esta competência foi também identificada no estudo realizado por Belo (2003), bem como no de Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001:238), contudo neste último verificou-se que “(...) enquanto que uma das dimensões fortemente valorizadas (...)” pelos alunos “(...) em relação ao supervisor da instituição parece ser a dimensão mais pessoal, no que toca ao supervisor da Universidade a saliência parece ser dada ao factor ‘disponibilidade’.”, diferenças estas que não se verificaram neste estudo.

Analisando esta competência apercebemo-nos que tal como vimos para o supervisor do local de Ensino Clínico, que esta é descrita a vários níveis, sendo que o indicador com maior representatividade, referido por 20% dos entrevistados e com 3,5 % em termos de UR é “*O docente deve estar disponível para ouvir o aluno*”.

Disponibilidade para ouvir que os entrevistados descrevem pela **presença/ausência de tempo**, [*estágio que não gostei mas em que a docente foi excelente*] “*Este docente tinha tempo para nos ouvir (...)*”(E3), como também **saber ouvir**, pois segundo este mesmo entrevistado, [*estágio que não gostei mas em que a docente foi excelente*] “(...) *sabia ouvir-nos (...)*”

Para além de ouvir “*O docente deve estar disponível para apoiar/ajudar o aluno na resolução de problemas*”, indicador este com representatividade semelhante ao anterior, referido por 20% dos entrevistados e com 2,8 % em termos de UR.

Apoio/ajuda que segundo os alunos pode ser no **esclarecimento de dúvidas**, [*estágio que gostei*] “(...) *A nível da escola (...) senti apoio na medida em que sempre que precisei de alguma coisa, tinha alguma dúvida não me faltou nada (...)*”(E4), bem como na **supressão de determinados medos**, [*O estágio (...) correu bem (...) tive logo à partida quem ajudasse a superar esse medo (...) da Psiquiatria no serviço*] “(...) *e da professora (...) da escola.*”(E7)

De referir, que este apoio/ajuda por parte dos docentes é apontado também pelos alunos noutros estudos, como no de Belo (2003) e pelos docentes no estudo de Fonseca (2004).

Referido por também 20% dos entrevistados, embora com menor percentagem em termos de UR, 2,1 % está o indicador “ *O docente deve estar disponível para estar com o aluno*”

A este respeito o E3 descreve [*pior docente*] “(...) *tentei explicar à professora o porquê que insistir naquele ponto e ela dá-me a resposta ao telefone, não me quis receber pessoalmente (...)*”

10% dos entrevistados (0,7 % UR) especificam este último indicador assim como o primeiro referindo que “ *O docente deve estar disponível para estar com o aluno para que este sinta o apoio da escola*” e “*O docente deve estar disponível para ouvir o aluno para que este sinta o apoio da escola*”

Referido também por 10% dos entrevistados, embora com 2,1 % em termos de UR está o indicador “ *O docente deve estar disponível para estar com o aluno fora dos momentos de reunião de estágio*”

Todos estes indicadores foram referidos para o supervisor do local de estágio, sendo que os que foram mais valorizados no docente, também o foram no supervisor do local de Ensino Clínico, dado que a relação entre cada um destes elementos e o aluno deverá assentar nos mesmos princípios.

O único indicador que não foi mencionado para o supervisor do local de Ensino Clínico e que foi para o docente, dado estar directamente ligado com o seu papel é “ *O docente deve mostrar disponibilidade para ir ao local de ensino Clínico sempre que necessário*”, dado (10% de EU e 0,7% de UR).

Para além de disponível “ *O docente deve ser uma pessoa atenta aos alunos*”, competência esta que como já vimos também o foi referida para o supervisor do local de Ensino Clínico.

Atenção que 40% dos entrevistados descrevem através de “ *O docente deve preocupar-se com o feedback do aluno em relação ao estágio*”, pois segundo o E7 [*estágio que gostei e em que gostei da docente*] “ *Acho (...) que é muito importante [a docente perguntar como é que o estágio está a correr] (...) sentimos (...) que está ali mais uma pessoa para nos ajudar a ultrapassar aquilo*”

Por sua vez, 10% descrevem esta subcategoria através de “ *O docente deve preocupar-se /interessar-se com a evolução da aprendizagem do aluno*” (2,8 % de UR), “*O docente deve preocupar-se com a opinião do aluno em relação à nota obtida em estágio*” e “*O docente deve preocupar-se com os sentimentos do aluno*” (0,7% de UR) indicadores estes que como vimos foram apontados também para o supervisor do local de Ensino Clínico.

Referidos também por 10% dos entrevistados (0,7 % de UR) estão outros indicadores que não foram referidos para o supervisor do local de estágio como , “*O docente deve interessar-se no aluno para que o aluno se sinta à vontade para falar*”; “*O docente deve dar mais importância aos sentimentos do aluno em relação ao estágio que à quantidade de ações que realiza*” e “*O docente deve preocupar-se com o aluno enquanto pessoa*” Relativamente a este último indicador o E9 descreve “*(...) temos uma professora que se preocupa bastante com isso [com a nossa vida pessoal] (...) às vezes (...) em conversa, então vocês têm ido ao cinema, têm namorado? (...) é do mais pertinente (...)*”

Continuando a análise segundo uma lógica decrescente em termos de representatividade, a categoria que a seguir é mais valorizada pelos entrevistados é “ *O docente deve ter facilidade em comunicar e relacionar-se com os outros*”, competência esta que como vimos foi também apontada para os supervisores do local de Ensino Clínico.

Facilidade em comunicar e relacionar-se que 30% dos entrevistados descrevem através do indicador “ *O docente deve ser capaz de estabelecer uma boa relação com o aluno*”, 20% que “ *O docente deve ser uma pessoa acessível*” e 10% que “*O docente deve ser capaz de estabelecer uma boa relação com o enfermeiro orientador*”

Como exemplo de uma má relação docente/supervisor do local de Ensino Clínico /equipa o E7 descreve a seguinte situação [*pior estágio em que tive a pior docente*] “*(...) havia (...) situações de doentes que tinham prescrições (...) médicas (...) um (...) tinha a prescrição de estar no repouso (...) absoluto (...) e ela [docente] meteu na cabeça que o senhor devia de ser levantado (...) expliquei que não podia levantar o senhor, mas ela levantou-o e passou um enfermeiro que estava naquele quarto e viu a situação e foi falar com ela, ela disse-lhe que ele era Espanhol e que não percebia nada daquilo (...) e ele foi fazer queixa ao enfermeiro chefe, pronto entretanto depois passou*

a médica viu-o no cadeirão e aquilo foi para lá um rebuliço naquele serviço, foi muito complicado.

10% dos entrevistados referem ainda que *“O docente deve ser capaz de conduzir uma reunião segundo uma sequência lógica”*

De salientar, que todos estes indicadores, à excepção deste último, que está directamente ligado a uma actividade da responsabilidade do docente (Abreu, 2003), foram referidos também pelos entrevistados para a figura do supervisor do local de estágio.

A respeito deste último indicador o E10 refere *[O estágio que menos gostei que não gostei do docente]* *“(...) não sentias nenhum fio à meada que pudesses perceber o que é que ela [docente] estava a perguntar (...) eram (...) confusas as reuniões (...)”*

“ O docente deve ser capaz de estabelecer uma relação de confiança” é a subcategoria seguinte mais representada, a qual também foi referida para o supervisor do local de Ensino Clínico e que foi referido pelos alunos relativamente ao docente no estudo de Carvalhal (2003).

Relação de confiança que 20% dos entrevistados (2,1% de UR) descreve através do indicador *“ O docente por não estar sempre presente no estágio deve confiar na avaliação realizada pelo enfermeiro orientador”*, aspecto este defendido por Abreu (2003:53) que refere que *“ Proceder à avaliação global das experiências clínicas, respeitando a realizada pelos tutores”* faz parte integrante das responsabilidades dos docentes.

Referido por 10% dos entrevistados e com maior representatividade em termos de UR que o indicador anterior (2,8%) está o indicador *“ O docente deve confiar na avaliação efectuada pelo aluno”*, indicador que não é expresso desta forma para o supervisor do local de Ensino Clínico, embora seja feita referência ao facto de que o supervisor deve confiar no aluno.

Outro indicador referido por também 10% dos entrevistados , embora com menor número de UR (0,7%) é *“O docente deve ser capaz de fazer com que o aluno confie nele”*, o qual foi também contemplado para os supervisores do local de Ensino Clínico.

“*O docente deve dar espaço ao aluno*” é outra competência enumerada pelos entrevistados que também foi referida para os supervisores do local de Ensino Clínico, competência esta que 20% dos entrevistados descreve através do indicador “*O docente deve dar espaço para que o aluno pesquise de forma a responder às dúvidas noutra altura*”, pelo que o E10 refere [estágio que gostei em que o professor orientador foi excelente] “(...) não era daquelas pessoas que pergunta não sabes (...) acabou-se estás lixada (...)”

Um exemplo dado pelo E1 que demonstra a inexistência desta competência é o seguinte “(...) ela [docente] chegou-me a perguntar-me quais são os instrumentos básicos de enfermagem? e eu bloqueei completamente (...) eu tinha uma mnemónica de ter decorado aquilo, não me lembrava de nada (...) bem a mulher começou a cascar em mim e se fosse uma situação de emergência o que é que você fazia? (...) mas eu bloqueei e ela e se bloquear como é que faz? E eu chorei, foi horrível, essa situação foi a mais stressante (...)”

10% dos entrevistados e com 0,7% de UR refere ainda que “*O docente deve dar espaço ao aluno*” e “*O docente deve dar espaço ao aluno para exprimir as suas dificuldades/dúvidas*”

Mais uma vez todos estes indicadores foram também referidos para caracterizar esta competência no supervisor do local de Ensino Clínico.

“*O docente deve ser capaz de compreender o aluno*” é outra competência enunciada pelos entrevistados para a figura do supervisor da instituição escolar também já referida no estudo de Carvalho (2003) e que também já tinha sido contemplada para o supervisor do local de Ensino Clínico.

Esta competência é apenas descrita por um indicador, o qual “*O docente deve ser capaz de compreender os sentimentos do aluno*”, referido por 10% dos entrevistados e com uma representatividade de 2,8 % de UR.

A este respeito o E7 refere que [estágio que gostei em que a docente não marcava porque] “(...) há muito aquela ideia [da parte dos docentes] que (...) não devemos ter receios e se o temos é porque estamos inseguros e se estamos inseguros se calhar é porque não temos conhecimentos ou competências.”

Por fim, competências como “*O docente deve ser coerente*”, “*O docente deve ser sensível*”, “*O docente deve ser sincero com os alunos*” e “*Ser simpático*” são

competência com baixa representatividade e que também foram contempladas para o supervisor do local de Ensino Clínico, também situando-se todas elas nas categorias com menor representatividade, à exceção do ser sensível que nos supervisores do local de Ensino Clínico atinge uma representatividade significativa.

“O docente deve ser coerente” o que segundo 10% dos entrevistados e com 0,7% de UR significa que *“O docente não deve pedir para os alunos fazerem para si de uma forma e para os enfermeiros de outra”* e que *“Os docentes devem fazer todos da mesma forma”*

“O docente não deve pedir para os alunos fazerem para si de uma forma e para os enfermeiros de outra”, o que poderá dever-se a um *“(…) diferente entendimento de conceitos fundamentais entre os «teóricos» e os «práticos»*”(Pinto, in Mestrinho et al., 2000:94).

“O docente deve ser sensível”, sendo que 10% dos entrevistados especificam através do seguinte indicador *“ O docente deve ser capaz de se aperceber do que o aluno está a sentir em estágio”*, aspecto este que foi contemplado para os supervisores do local de Ensino Clínico.

Por sua vez, *“O docente deve ser sincero”* é descrito por 10% dos entrevistados da seguinte forma *“ O docente deve ser sincero para assumir que não tem experiência na área em que decorre o Ensino Clínico”*, pois segundo o E3 *“(…) a minha pior orientação [docente] (...) não vou dizer que foi este professor que foi escalonado para aquele serviço o qual não era a sua área (...) porque ele foi franco o suficiente para me dizer que eu não estou dentro da área (...) portanto de mim não podem esperar muito (...)”*

Por fim, ser simpático, descrito por 10% dos entrevistados através do indicador *“ O docente deve ser simpático”* é a competência que os nossos entrevistados menos valorizam.

3.2 Saber/querer empenhar-se na supervisão

Esta categoria é constituída por apenas uma subcategoria, a qual que por sua vez se divide em nove indicadores, tal como o quadro seguinte ilustra.

CATEGORIA B :Saber/querer empenhar-se na supervisão					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
Empenhar-se na supervisão	O docente deve conhecer sistematicamente os trabalhos realizados pelos estagiários	1	9,1%	1	10%
	O docente deve ter uma postura de ensino/ajuda	2	18,2%	2	20%
	O docente deve ser exigente	1	9,1%	1	10%
	O docente deve ser exigente com os trabalhos a realizar	1	9,1%	1	10%
	O docente deve ser exigente em termos de saberes	1	9,1%	1	10%
	O docente deve ser exigente na avaliação	1	9,1%	1	10%
	Um docente exigente contribui para que o aluno aprenda	1	9,1%	1	10%
	O docente deve ser capaz de questionar o enfermeiro orientador acerca da nota atribuída ao aluno	2	18,2%	1	10%
	O docente deve ser capaz de não concordar com a avaliação efectuada pelo enfermeiro orientador	1	9,1%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		11	100%	5	50%

Quadro nº 21: Competência do supervisor da instituição escolar- Saber/querer empenhar-se na supervisão

“*Saber querer empenhar-se na supervisão*” é segundo os nossos entrevistados uma competência importante não apenas no supervisor do local de Ensino Clínico como também num docente, a qual expressam através de uma única subcategoria “*Empenhar-se na supervisão*”

Empenhamento que segundo 20% dos entrevistados é descrito pelo indicador “*O docente deve ter uma postura de ensino/ajuda*”, que é aliás a postura que temos vindo a defender para o supervisor do local de Ensino Clínico e que se aplica também a este supervisor.

10% dos entrevistados e com uma representatividade de 18,2 % de UR descrevem ainda o empenhamento através do seguinte “*O docente deve ser capaz de questionar o enfermeiro orientador acerca da nota atribuída ao aluno*”, o que facilmente se compreende, pois é ao docente que cabe a atribuição da classificação final (Abreu,2003), pelo que deve compreender/perceber os motivos ligados a determinada nota dada pelo supervisor do local de Ensino Clínico.

Neste contexto, “*O docente deve ser capaz de não concordar com a avaliação efectuada pelo enfermeiro orientador*”, o que foi referido por também 10% dos entrevistados embora com uma representatividade de 9,1 % de UR. A este respeito, o E5 descreve [*estágio que não gostei da enfermeira mas que gostei do docente*] “(...) achava [*docente*] muito estranho a descrição que essa enfermeira fazia de mim, porque não tinha nada haver com o que ela tinha visto (...)”

Com igual representatividade segue-se o indicador “*O docente deve conhecer sistematicamente os trabalhos realizados pelos alunos*”, visto que não acompanham diariamente o aluno, sendo neste sentido que o E4 refere que “(...) o professor (...) vê o processo quando vê, lê as reflexões quando lê (...)”

Outros indicadores são também valorizados pelos alunos de igual forma como “*O docente deve ser exigente*”, exigência que especificam através de indicadores como “*O docente deve ser exigente com os trabalhos a realizar*”; “*O docente deve ser exigente em termos de saberes*”; “*O docente deve ser exigente na avaliação*” e “*Um docente exigente contribui para que o aluno aprenda*”, característica esta que foi apenas

identificada no estudo de Longo (2005) mas para o supervisor do local de Ensino Clínico.

De notar, que subcategorias relacionadas com motivação e gosto, bem como responsabilidade para a supervisão, identificadas para caracterizar o empenhamento dos supervisores do local de Ensino Clínico, não foram referidas para o docente, o que poderá explicar-se por os alunos considerarem a supervisão de ensinamentos clínicos como uma função que está inerente ao docente.

3.3 Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem

Esta categoria é constituída também por uma subcategoria, a qual se divide em dois indicadores, tal como podemos observar através do seguinte quadro.

CATEGORIA C: <i>Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
Ser capaz de empenhar-se na profissão de enfermagem	Os docentes devem ser modelos para os alunos	5	55,6%	1	10%
	Os docentes devem de exercer a profissão de enfermagem para terem conhecimentos actualizados	4	44,4%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		9	100%	2	20 %

Quadro nº 22: Competência do supervisor da instituição escolar - Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem

“*Saber/querer empenhar-se na profissão de enfermagem*” é outra das competências identificadas para o docente e que é traduzida por apenas uma subcategoria “*Ser capaz de empenhar-se na profissão de enfermagem*”, que também o foi referida para o supervisor do local de Ensino Clínico, embora com maior representatividade, pois num processo de parceria são estes últimos que os alunos veem a prestar cuidados, sendo aliás segundo vários autores os principais modelos de cuidados para os alunos (Albuquerque *et al.*, 2005 ; Basto, 1995 e McCarthy, 1987, *in* Silva & Silva, s.d.).

Este aspecto é também defendido pelos nossos entrevistados, pois apesar de 10% dos entrevistados e com uma representatividade de 55,6 % referir que “ *Os docentes devem ser modelos para os alunos* “ este valor é inferior ao referido para os supervisores do local de Ensino Clínico, pois como já vimos segundo 40% dos entrevistados, “ *O enfermeiro orientador deve ser modelo para o aluno*”

Modelo, exemplo para o aluno que segundo 10% dos entrevistados e com uma representatividade de 44,4 % só é possível se os docentes exercerem “(...) *a profissão de enfermagem para terem conhecimentos actualizados.*”, pois segundo o E2 “*Nenhum deles [docentes] trabalha (...) em enfermagem e é complicado, quando não se trabalha por muito que uma pessoa leia é tudo muito teórico (...)*”, aspecto este que é referido por vários autores (Figueiredo, 1995; Espadinha, 1997 e Franco, 2000, *in* Silva & Silva, s.d. ; Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000, entre outros)

3.4 Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizá-los perante uma situação

Esta categoria é constituída por quatro subcategorias, as quais perfazem um total de treze indicadores, tal como é possível verificar através do seguinte quadro.

CATEGORIA D: <i>Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizá-los perante uma situação</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
O docente deve ter conhecimentos pedagógicos e saber mobilizá-los perante uma situação	O docente deve ser capaz de orientar o aluno	3	9,7%	1	10%
	O docente deve ser capaz de orientar o aluno acerca dos trabalhos a realizar em estágio	2	6,5%	1	10%
	O docente tem que saber avaliar correctamente o aluno	3	9,7%	1	10%
	O docente deve ter conhecimentos em termos de supervisão de estágios	1	3,2%	1	10%
	O docente deve ter conhecimentos sobre a forma de	2	6,5%	1	10%

	estar com os alunos				
	O docente deve ter conhecimentos sobre como comunicar com os alunos	2	6,5%	1	10%
	O docente deve ter conhecimentos sobre como avaliar	1	3,2%	1	10%
O docente deve ter conhecimento de conteúdo	O docente deve ter conhecimentos	4	12,9%	2	20%
	O docente deve ter conhecimentos na área em que supervisiona estágios	2	6,5 %	1	10%
O docente deve ter conhecimento do contexto	Os docentes devem ter conhecimentos práticos actualizados	4	12,9%	1	10%
	O docente deve conhecer o local de estágio	2	6,5%	1	10%
O docente deve ter conhecimento do <i>curriculum</i>	Os docentes devem ser capazes de explicar aos enfermeiros orientadores os objectivos do estágio	1	3,2%	1	10%
	Os docentes devem conhecer os objectivos dos estágios	1	3,2%	1	10%
	Os docentes devem ser capazes de fundamentar a sua exigência	3	9,7%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		31	100%	4	40%

Quadro nº 23: Competência do supervisor da instituição escolar- Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizá-los perante uma situação

“Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizá-los perante uma situação” é outra das competências enunciada pelos entrevistados como devendo estar presente num docente. Destes, os conhecimentos pedagógicos são aqueles a que os alunos atribuem maior significação, visto que a subcategoria “ *O docente deve ter conhecimentos pedagógicos e saber mobilizá-los perante uma situação*” é a mais representada.

Dentro desta subcategoria e referido por 10% dos entrevistados estão indicadores como “*O docente deve ser capaz de orientar o aluno*”; “*O docente tem que saber avaliar*

correctamente o aluno”(9,7% de UR); “ *O docente deve ser capaz de orientar o aluno acerca dos trabalhos a realizar em estágio*”; “ *O docente deve ter conhecimentos sobre a forma de estar com os alunos*”; “ *O docente deve ter conhecimentos sobre como comunicar com os alunos*”(6,5 % de UR); “*O docente deve ter conhecimentos em termos de supervisão de estágios*” e “ *O docente deve ter conhecimentos sobre como avaliar*” (3,2 % de UR)

Comparando com os dados relativos à figura do supervisor do local de Ensino Clínico apercebemo-nos que este tipo de competência é também referida, contudo verificamos que relativamente ao docente são acrescentados conhecimentos pedagógicos relacionados com a avaliação e coordenação de trabalhos a realizar, o que facilmente se compreende dado estarem directamente ligados ao papel a desempenhar por este, “(...) *integração e avaliação de aspectos de ordem académica e comportamental, nomeadamente a orientação dos formandos na discussão de problemáticas decorrentes dos cuidados aos utentes com uma abordagem sistémica, para além da coordenação de toda a experiência*” enquanto que ao supervisor do local de estágio cabe “(...) *o acompanhamento pessoal e a orientação do formando no que se refere ao domínio cognitivo, relacional, técnico e comportamental.*” (Ramos, 2003:7)

Ainda estabelecendo uma comparação com resultados referentes aos supervisores do local de Ensino Clínico, mas agora em termos de representatividade, apercebemo-nos que contrariamente aos docentes não é este tipo de competência que os entrevistados mais valorizam num supervisor do local de estágio, pois nesses “ *ter conhecimentos de conteúdo e saber mobilizá-los perante uma situação*” é a competência que obtêm maior representatividade.

Tal facto poderá ser explicado por os supervisores do local de Ensino Clínico serem encarados pelos alunos como aqueles “(...) *que lhes ensinam a prática e que mais tempo estão junto deles*”(Belo, 2003:131), necessitando por isso de conhecimentos actualizados.

Actualização de conhecimentos, sobretudo teóricos que segundo os alunos no estudo Belo (2003:131) está presente nos docentes, referindo aliás que “*Quanto aos docentes, a única vantagem que pensam ser positiva, para que fossem estes os responsáveis da supervisão em ensinos clínicos, é apenas o facto de terem os conhecimentos teóricos*

mais presentes.”, podendo ser este um dos motivos para que a subcategoria “ *O docente deve ter conhecimentos de conteúdo*” não seja aquela com maior representatividade.

Não é a mais representativa, mas é a segunda mais valorizada pelos nossos entrevistados, sendo que 20% dos entrevistados caracterizam-na através do indicador “ *O docente deve ter conhecimentos*” e 10% “ *o docente deve ter conhecimentos na área em que supervisiona os estágios*”

“*O docente deve ter conhecimentos de contexto*” é a terceira subcategoria mais valorizada, subcategoria esta que nos supervisores do local de Ensino Clínico é menos valorizada.

Tais diferenças poderão ser explicadas pelo facto de que a grande maioria dos professores, contrariamente ao que acontece com os supervisores do local de Ensino Clínico, não exerce a profissão de Enfermagem (Espiney, *in* Canário, 2003, entre muitos outros) nem vai regularmente aos locais de Ensino Clínico (Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001, entre outros), o que conduz a que não tenham conhecimentos práticos actualizados (Figueiredo, 1995; Espadinha, 1997 e Franco, 2000, *in* Silva & Silva, s.d.; Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000, entre outros).

É na sequência deste pensamento que um dos indicadores referido para esta subcategoria por 10% dos entrevistados e com uma representatividade de 12,9 % é “ *Os docentes devem ter conhecimentos práticos actualizados*”

Conhecimentos práticos que como já se disse segundo segundo Pinto (*in* Mestrinho *et al.*, 2000:100) diz respeito a conhecimentos “(...) *tanto das técnicas como das rotinas (talvez até mais neste ponto)*”, assim como conhecimento das “(...) *pessoas (...) e (...) situações clínicas susceptíveis de serem encontradas(...)*”, pelo que facilmente se compreende que outro dos indicadores apontado também por 10% dos entrevistados, embora com uma representatividade menor, 6,5 % para esta subcategoria seja “ *O docente deve conhecer o local de estágio*”

Por fim, com menor representatividade segue-se a subcategoria “ *O docente deve ter conhecimento do curriculum*”, competência que nos supervisores do local de Ensino Clínico é a segunda mais enumerada.

Tais diferenças poderão estar relacionadas com o referido por Espiney, *in* Canário (2003:177) segundo a qual “ *A preparação das práticas clínicas é feita normalmente*

com base numa reunião entre os professores e as enfermeiras chefes dos serviços, onde é fornecido o conjunto das informações consideradas necessárias, nomeadamente os objectivos, a fase do curso, o tempo de duração e a forma organizativa prevista, e são solicitadas as condições logísticas necessárias.”, ficando os enfermeiros do serviço “(...) geralmente à margem de todo o processo de formação dos alunos, desconhecendo na globalidade as orientações do estágio.”

Neste sentido, facilmente se compreende que um dos indicadores que caracteriza esta subcategoria seja “ Os docentes devem ser capazes de explicar aos enfermeiros orientadores os objectivos do estágio”(10% de UE e 3,2% de UR), pois segundo o E3 “(...) cabe aos docentes dizer o que é suposto esperar dos alunos deles, porque afinal são eles que nos formam e são eles que sabem qual é a preparação que a gente tem e qual é a preparação que a gente é suposto adquirir (...)”.

Para tal, “Os docentes devem conhecer os objectivos dos estágios” (10% de UE e 3,2% de Ur), o que constitui outro dos indicadores.

Possuindo conhecimentos de *curriculum*, 10% dos entrevistados mas com maior representatividade em termos de UR, 9,7% referem que “ Os docentes devem ser capazes de fundamentar a sua exigência”, ou seja, [estágio que não gostei mas em que tive a melhor orientadora docente] “(...) Não é o pedir por pedir, que tu não percebes, nem um pedir sem objectivos, que tu acabas por não perceber porque é que ele pede, foi uma coisa eu estou a fazer isto, por esta razão, com este objectivo (...)” (E3)

3.5 Ser capaz de analisar e avaliar

Esta categoria é formada por um total de duas subcategorias, as quais constituídas por cinco indicadores, tal como o quadro seguinte mostra.

CATEGORIA E: Ser capaz de analisar e avaliar					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE	
		N	%	N	%
O docente deve utilizar diferentes estratégias para avaliar	O docente não deve avaliar o aluno somente pelos trabalhos escritos	1	9,1%	1	10%

	O docente deve questionar o aluno para avaliar os seus conhecimentos	1	9,1%	1	10%
	O docente deve permanecer no estágio para observar o funcionamento do estágio	1	9,1%	1	10%
O docente deve ser capaz de realizar uma avaliação criteriosa	Os docentes devem ser capazes de fundamentar a nota que atribuem ao aluno	2	18,2%	2	20%
	O docente deve ser capaz de fundamentar os erros apontados aos alunos	6	54,5%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		11	100%	5	50%

Quadro nº 24: Competência do supervisor da instituição escolar- Ser capaz de analisar e avaliar

“*Ser capaz de analisar e avaliar*” constitui outra das competências que segundo os nossos entrevistados um docente deve apresentar.

Dentro desta competência, a subcategoria “*O docente deve ser capaz de realizar uma avaliação criteriosa*” é aquela com maior representatividade, tal como se verificou para os supervisores do local de Ensino Clínico, o que facilmente se compreende dado serem os critérios que permitem objectividade na avaliação.

Como indicadores caracterizadores desta subcategoria estão “*Os docentes devem ser capazes de fundamentar a nota que atribuem ao aluno*” , referido por 20% dos entrevistados, mas com uma representatividade de 18,2 % e “*O docente deve ser capaz de fundamentar os erros apontados aos alunos*”, referido por 10% dos entrevistados, mas com maior representatividade em termos de UR, 54,5 %

A respeito deste último indicador o E3 refere que [*pior docente*]“(…) dizia: isto não pode ser feito assim! Mas não me dizia como é que isto podia ser feito! E depois (...) vamos muitas vezes por tentativa e erro (...)”

Outra das subcategorias apontada pelos nossos entrevistados que também foi referida para os supervisores do local de Ensino Clínico é “ *O docente deve utilizar diferentes estratégias para avaliar*”

Como estratégias para avaliar, tal como para o supervisor do local de Ensino Clínico, os entrevistados fazem referência ao questionamento, bem como observação, pois 10% dos entrevistados (9,1% de UR) refere que “ *o docente deve questionar o aluno para avaliar os seus conhecimentos*” e “ *O docente deve permanecer no estágio para observar o funcionamento do estágio*”

Permanecer no estágio observando-o na prática, para não “(...) *avaliar o aluno somente pelos trabalhos escritos*”, o que constitui outro dos indicadores a que também 10% dos entrevistados (9,1% de UR) fazem referência.

De salientar, que contrariamente ao que acontece para os supervisores do local de Ensino Clínico a subcategoria relacionada com a avaliação diagnóstica não é mencionada para o docente, provavelmente por considerarem que os docentes, contrariamente aos supervisores do local de Ensino Clínico, conhecem previamente cada aluno, para além de que têm conhecimentos de *curriculum* mais aprofundados que estes.

Este aspecto é aliás referido por Simões (2004:154) o qual refere que “(...) *os docentes, por contacto prévio com os alunos, se encontram em vantagem para definir as necessidades destes, conseguindo seleccionar a melhor metodologia, estratégia e conteúdos de formação.*”

3.6 Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem

Esta categoria é constituída por quatro subcategorias, as quais completam um total de seis indicadores, tal como é possível ver através do seguinte quadro

CATEGORIA F: <i>Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
Ser capaz de motivar os alunos	O docente deve ser capaz de motivar os alunos	2	14,3%	1	10%
Ser capaz de dar feedback ao aluno ao longo do estágio	O docente deve ao longo do estágio dar a sua opinião relativamente ao desempenho do	3	21,4%	2	20%

	aluno				
	O docente deve dar feedback positivo ao aluno	4	28,6%	2	20%
Ser capaz de planear	O docente deve planear antecipadamente a formação	2	14,3%	1	10%
	O docente deve ser capaz de planear os momentos de ida ao local de estágio	2	14,3%	1	10%
Ser capaz de fazer o aluno questionar/reflectir sobre as situações	O docente deve ser capaz de fazer o aluno reflectir	1	7,1%	1	10
TOTAL DA CATEGORIA:		14	100%	5	50%

Quadro nº 25: Competência do supervisor da instituição escolar- Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem

“*Dinamizar a formação/aprendizagem*” é assim outra das competências a mobilizar por um docente, dentro da qual a subcategoria “*Ser capaz de dar feedback ao aluno ao longo do estágio*” é a mais valorizada, subcategoria esta que também foi bastante valorizada no supervisor do local de Ensino Clínico.

Como caracterizadores desta subcategoria estão indicadores como “*O docente deve ao longo do estágio dar a sua opinião relativamente ao desempenho do aluno*” e “*O docente deve dar feedback positivo ao aluno*”, ambos referidos por 20% dos entrevistados, embora este último com maior percentagem de UR (28,6% para 21, 4 %).

“*Ser capaz de planear*” é outra subcategoria enunciada pelos nossos entrevistados que não é referida para os supervisores do local de Ensino Clínico e que é caracterizada pelos indicadores “*O docente deve planear antecipadamente a formação*” e “*O docente deve ser capaz de planear os momentos de ida ao local de estágio*”, ambos referidos por 10% dos entrevistados e com igual número de UR.

Planear antecipadamente a formação pois segundo o E10 [*O estágio que menos gostei que não gostei do docente*] “*(...) professor da escola, era uma pessoa (...) que (...) não levava nada (...) organizado (...)*”

“*Ser capaz de motivar os alunos*” é outra subcategoria, que também foi apontada para os supervisores do local de Ensino Clínico e que é descrita por apenas um indicador “*O*

docente deve ser capaz de motivar os alunos”, o qual referido por 10% dos entrevistados, pois segundo o E2 [não gostei do estágio pela professora] “(...) foi à custa dela [docente] que estava quase a desistir de enfermagem (...)”

Por fim, a subcategoria “ *Ser capaz de fazer o aluno questionar/reflectir sobre as situações*” é aquela com menor representatividade, caracterizada por o indicador “ *O docente deve ser capaz de fazer o aluno reflectir*”, o qual referido por 10% dos entrevistados.

Deste modo, apesar dos nossos entrevistados não se referirem a competências interpretativas para os docentes, salientam a importância de as dinamizar nos alunos.

Dinamização deste tipo de competências através da utilização de diversas estratégias é algo que como já vimos é bastante valorizado nos supervisores do local de Ensino Clínico, sendo que estas diferenças poderão ser mais uma vez explicadas pelo maior tempo de contacto dos supervisores do local de Ensino Clínico com os alunos.

3.7 Saber/querer aprender e aprender a aprender

Esta categoria é constituída apenas por uma subcategoria, a qual por sua vez também caracterizada por apenas um indicador, tal como é possível ver através do seguinte quadro.

CATEGORIA G: <i>Saber/querer aprender e aprender a aprender</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
O docente deve estar motivado para aprender	O docente deve aceitar as críticas apontadas pelos alunos	1	100%	1	10%

Quadro nº 26: Competência do supervisor da instituição escolar- Saber/querer aprender e aprender a aprender

“*Saber/querer aprender e aprender a aprender*” é outra competência a mobilizar pelos docentes que foi referida também para os supervisores do local de Ensino Clínico,

sendo importante num docente para actualização de conhecimentos teóricos e sobretudo práticos, na medida em que a grande maioria se encontra afastado da prática clínica.

Neste sentido, esta competência é descrita apenas por uma subcategoria “*O docente deve estar motivado para aprender*”, por sua vez caracterizada por apenas um indicador “*O docente deve aceitar as críticas apontadas pelos alunos*”, referido por 10% dos entrevistados.

Finalizada a análise desta categoria encerramos este tema que nos permitiu conhecer algumas das competências desejáveis num supervisor da instituição escolar, que constitui outro factor bastante determinante da qualidade da supervisão assegurada durante o período de Ensino Clínico.

Deste modo, analisado o factor mais determinante da qualidade da supervisão em Ensino Clínico: o supervisor, no tema seguinte analisaremos outros factores.

4. Opiniões acerca da organização curricular dos Ensinos Clínicos

Outros factores que segundo Oliveira (1992, *in* Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001:228) poderão influenciar a qualidade da supervisão e conseqüentemente o sucesso do Ensino Clínico relacionam-se com aspectos “(...) *mais «estruturais», ligados à forma como se encontra organizada a supervisão (duração, número de alunos por supervisor, estilo de supervisor...) (...)*”

É neste sentido, que conhecer a opinião dos alunos acerca da organização curricular dos Ensinos clínicos se torna de fundamental importância, não para efectuar uma avaliação do Ensino Clínico, mas sim com o objectivo de identificar outros factores que segundo os alunos também poderão influenciar o desenvolvimento de competências durante este período.

Nesta ordem de ideias, cada uma das categorias que a seguir apresentamos refere-se a aspectos relacionados com a organização curricular dos Ensinos Clínicos que poderão influenciar o sucesso deste mesmo.

As diferentes representatividades de cada uma destas categorias são visíveis no quadro que a seguir se apresenta.

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA			
	UR		UE	
	N	%	N	%
<i>Duração</i>	5	100%	3	30%
<i>Grau de intensidade</i>	2	100%	1	10%
<i>Momento de realização dos Ensinos Clínico em época de férias</i>	5	100%	1	10%
<i>Seleção do local de Ensino Clínico</i>	4	100%	3	30%
<i>Avaliação dos Ensinos Clínicos</i>	4	100%	3	30%
<i>Características dos objectivos do Ensino Clínico</i>	17	100%	4	40%
<i>Papel do supervisor do local de Ensino Clínico</i>	1	100%	1	10%
<i>Estratégias de ensino aprendizagem utilizadas no Ensino Clínico</i>	32	100%	9	90%
<i>Distribuição dos alunos por supervisor do local de Ensino Clínico</i>	3	100%	2	20%
<i>Crítérios de Selecção /recrutamento dos supervisores do local de Ensino Clínico</i>	50	100%	10	100%
<i>Articulação escola/local de Ensino Clínico</i>	17	100%	2	20%
<i>Comparação entre supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar</i>	34	100%	4	40%

Quadro nº 27: Unidades de registo e enumeração das categorias obtidas no tema 4

Da análise deste quadro facilmente nos apercebemos que a forma como os supervisores do local de Ensino Clínico são seleccionados/recrutados é o aspecto que dentro da organização curricular dos Ensinos Clínicos mais preocupa os entrevistados, o que facilmente se compreende dada a importância atribuída pelos entrevistados a esta figura ao longo de toda esta investigação.

Referido também por todos os entrevistados, embora com menor representatividade em termos de unidades de registo segue-se a categoria “*Estratégias de ensino aprendizagem utilizadas no Ensino Clínico*”.

Posteriormente a categoria que estabelece uma “*Comparação entre supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar*” é a que se segue com maior representatividade, o que também se compreende dada a importância que também os nossos entrevistados atribuem ao docente no sucesso do processo supervisiivo.

Com percentagem igual em termos de enumeração a esta categoria (40%), mas com menor representatividade em termos de UR segue-se a categoria “*Características dos objectivos do Ensino Clínico*”.

Por sua vez, referido por 30% dos entrevistados seguem-se categorias como “*duração*”; “*Seleção do local de Ensino Clínico*” e “*Avaliação dos Ensinos Clínicos*”, embora a primeira com maior representatividade em termos de UR.

Referido por 20% dos entrevistados seguem-se categorias como *Articulação escola/local de Ensino Clínico e distribuição dos alunos por supervisor do local de Ensino Clínico*, em que a primeira obtem maior representatividade em termos de UR.

Por fim, dentro dos aspectos menos valorizados pelos alunos estão o momento de realização dos Ensinos Clínico em época de férias, grau de intensidade, bem como papel dos supervisores do local de Ensino Clínico, categorias referidas por 10% dos entrevistados, embora a primeira tenha atribuído uma percentagem maior de UR.

Estabelecendo uma comparação com os estudos com os quais temos vindo a estabelecer um paralelismo apercebemo-nos que em nenhum destes estudos é identificado este tema, embora alguns dos aspectos aqui contemplados também sejam referidos por esses. Para além disto, alguns destes estudos fazem ainda referência a outros factores directamente ligados a algumas destas categorias, pelo que faremos referência a esses aquando a análise de cada uma dessas categorias.

4.1 Duração

Esta categoria é constituída por três indicadores, tal como mostra o quadro seguinte.

CATEGORIA A: <i>Duração</i>				
INDICADOR	UR		UE (N=10)	
	N	%	N	%
O tempo de estágio é pouco	3	60%	2	20%

O tempo de estágio é muito	1	20%	1	10%
É importante o curso de enfermagem ter a grande componente de estágio que tem	1	20%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:	5	100%	3	30%

Quadro nº 28: Duração do Ensino Clínico

A duração do Ensino Clínico é um dos factores a que os nossos entrevistados fazem referência e que também é referido por Abreu (2003); Costa *et al.* (2000) e Silva & Silva, s.d. como determinante da qualidade da supervisão em Ensino Clínico.

Analisando este factor apercebemo-nos que é opinião da maioria dos entrevistados que “ *O tempo de estágio é pouco*”, na medida em que este indicador obteve maior representatividade que o indicador “*O tempo de estágio é muito*”.

Também Abreu (2003:45) corrobora desta opinião, na medida em que citando Ashworth e Morrison (1989) refere que “(...) *infelizmente (...) o tempo de permanência em contexto clínico é muito restrito, mesmo em presença de currículos onde este é pretensamente valorizado.*”, aspecto este referenciado também por Graça *et al.*, in Costa *et al.* (2000), assim como por muitos outros autores.

Apesar de considerado como pouco, os alunos consideram importante a sua existência, pois segundo 10% dos entrevistados “*É importante o curso de enfermagem ter a grande componente de estágio que tem*”.

4.2 Grau de intensidade

Esta categoria constitui-se por apenas um indicador, tal como vemos neste quadro

CATEGORIA B: Grau de intensidade				
INDICADOR	FREQUÊNCIA			
	UR		UE	
	(N=10)			
	N	%	N	%
Os estágios são pouco intensos	2	100%	1	10%

Quadro nº 29: Grau de intensidade do Ensino Clínico

A intensidade do Ensino Clínico, mais especificamente o facto de os Ensinos Clínicos serem pouco intensos, que o E2 descreve como *[estágio de integração à vida profissional devia ser mais intenso]* “(...) *ao fim de cinco semanas paro e vou para outro sítio e tenho que voltar tudo de início.*” é outro aspecto reportado pelos nossos entrevistados, embora que por apenas 10% e que também já foi reportado noutros estudos (Rideout, 1994, in Abreu, 2003).

Deste modo, Abreu (2003:45), citando Rideout (1994) também “*põe em causa algumas opções curriculares que sustentam a necessidade dos alunos «rodarem» por sucessivas unidades de cuidados, em detrimento de uma aprendizagem mais localizada e prolongada em serviços que, por consequência, conheceriam melhor.*”

E esta maior permanência dos alunos num determinado serviço contribuirá segundo Abreu (2003:46) para “(...) *um trabalho mais prolongado entre os formadores e os formandos, aspecto que favoreceria a segurança, a qualidade da supervisão, a auto-estima e o sentimento de pertença.*”, motivo pelo qual se compreende que os nossos entrevistados quando se referem ao tempo de estágio como pouco, refiram que *[estágio que gostei]* “(...) *agora em que estou aqui a aprender e estou a desenvolver capacidades (...) paro numa altura crucial que é aquela altura em que eu já me estou a sentir mais à vontade (...)*”(E2) e “(...) *o tempo de estágio (...) não dá para teres uma relação com a equipa que (...) possas chegar lá e mostrares que consegues [mudar o serviço] (...)*”(E10)

4.3 Momento de realização dos Ensinos Clínico em época de férias

Esta categoria divide-se em quatro indicadores, tal como mostra o quadro seguinte.

CATEGORIA C: <i>Momento de realização dos Ensinos Clínico em época de férias</i>				
INDICADOR	FREQUÊNCIA			
	UR		UE (N=10)	
	N	%	N	%
A altura de férias é má para realizar estágio porque muitos enfermeiros encontram-se de férias	1	20%	1	10%

A altura de férias é má para realizar estágio porque os enfermeiros encontram-se sobrecarregados de trabalho	2	40%	1	10%
A altura de férias é má para realizar estágio porque os enfermeiros encontram-se sobrecarregados de trabalho e não têm tempo para falar com os alunos	1	20%	1	10%
A altura de férias é má para realizar estágio porque os enfermeiros encontram-se sobrecarregados de trabalho e os alunos são utilizados como recursos humanos	1	20%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:	5	100%	1	10%

Quadro nº 30: Momento de realização dos Ensinos clínicos em época de férias

Outro factor que segundo os nossos entrevistados pode influenciar a aprendizagem em Ensino Clínico é o facto de estes se realizarem em época de férias, aspecto que não é identificado em nenhum dos estudos consultados, embora conduza à presença de muitas situações por sua vez descritas por esses estudos como podendo ser determinantes da aprendizagem em Ensino Clínico.

Deste modo, segundo 10% dos entrevistados e com uma representatividade de 40% em termos de UR está o indicador “*A altura de férias é má para realizar estágio porque os enfermeiros encontram-se sobrecarregados de trabalho*”, sobrecarga de trabalho que é identificada noutros estudos como podendo influenciar a qualidade da supervisão em Ensino Clínico (Belo, 2003; Longo, 2005 e Simões, 2004).

Referido também por 10% dos entrevistados, mas com menor representatividade em termos de unidades de registo, ou seja 20%, está o indicador “*A altura de férias é má para realizar estágio porque muitos enfermeiros encontram-se de férias*”, o que conduz à falta de recursos humanos que é outro factor identificado pelos alunos no estudo de Belo (2003).

Também com igual representatividade estão indicadores como “*A altura de férias é má para realizar estágio porque os enfermeiros encontram-se sobrecarregados de trabalho e não têm tempo para falar com os alunos*” e “*A altura de férias é má para realizar estágio porque os enfermeiros encontram-se sobrecarregados de trabalho e os alunos são utilizados como recursos humanos*”

A respeito deste último indicador o E2 descreve que [O estágio no verão é em má altura porque o serviço está sobrecarregado] “(...) chegamos lá [estágio], já sabemos

algumas rotinas e estamos de certa forma a aliviar um bocado o trabalho dos enfermeiros (...)”

4.4 Selecção do local de Ensino Clínico

Esta categoria divide-se em duas subcategorias, as quais constituídas por um total de dois indicadores tal como mostra o quadro seguinte.

CATEGORIA D: <i>Seleção do local de Ensino Clínico</i>					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
Adequação do local de estágio aos objectivos de estágio	O local de estágio não era adequado aos objectivos	2	50%	1	10%
Número de alunos por local de estágio	É complicado quando existem muitos alunos no mesmo local de estágio	2	50%	2	20%
TOTAL DA CATEGORIA:		4	100%	3	30%

Quadro nº 31: Selecção do local de Ensino Clínico

Outro factor que segundo os nossos entrevistados deverá ser tido em conta aquando o planeamento do Ensino Clínico e que poderá influenciar o sucesso desse mesmo diz respeito à forma como é feita a selecção do local de realização desse mesmo Ensino Clínico.

Deste modo, na selecção do local de Ensino Clínico segundo 20% dos entrevistados deverá atender-se ao “*Número de alunos por local de estágio*” e segundo 10% à “*Adequação do local de estágio aos objectivos de estágio*”, factores estes que são também referidos por Silva & Silva (s.d.).

Relativamente ao número de alunos por local de estágio, os nossos entrevistados especificam através do seguinte indicador “*É complicado quando existem muitos alunos no mesmo local de estágio*”, o que facilmente se compreende através do discurso do E4

segundo o qual “(...) lá [no estágio] só temos um [doente] porque temos muitos alunos e então actualmente temos mais alunos que doentes, infelizmente (...) para nós (...)”

Por sua vez, a subcategoria “Adequação do local de estágio aos objectivos de estágio” é descrita pelos entrevistados através do indicador “O local de estágio não era adequado aos objectivos”, o que é visível através do discurso do E8 que descreve que [o estágio que menos gostei] “(...) tínhamos que tentar aplicar a parte de enfermagem num sítio onde isso não tinha nada haver (...) e o que nos pediam era mais animação (...) foi complicado (...)”

Também Goodlad (1990) e Zimpher (1990), in Zeichner (1993:61), embora centrando-se no campo da formação de professores descrevem que a forma como os locais de estágio são seleccionados constitui um problema, na medida em que esta “(...) continua a ser baseada em conveniências e em dar a todos uma parte igual, e não no que poderia proporcionar uma melhor experiência de aprendizagem para os alunos-mestres.”

4.5 Avaliação dos Ensinos Clínicos

Esta categoria divide-se em quatro subcategorias, as quais constituídas também por um total de quatro indicadores tal como mostra o quadro seguinte.

Categoria E: Avaliação dos Ensinos Clínicos					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
CrITÉrios de avaliação	Os critérios de avaliação são iguais em todos os estágios, o que é negativo	1	25%	1	10%
Escalas de avaliação	A escala de avaliação a utilizar durante o estágio deve ser sempre a mesma	1	25%	1	10%
Ponderação atribuída à avaliação docente e do enfermeiro orientador	Existe no estágio uma maior valorização da avaliação docente que da do enfermeiro orientador	1	25%	1	10%

Participação dos enfermeiros orientadores na avaliação	Todos os enfermeiros orientadores do aluno devem participar na sua avaliação	1	25%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		4	100%	3	30%

Quadro nº 32: Avaliação dos Ensinos Clínicos

A forma como é efectuada a avaliação é outro factor que poderá influenciar o sucesso do Ensino Clínico, pelo que os nossos entrevistados apontam alguns aspectos a atender aquando a sua programação/planeamento, aspectos estes que não são identificados em nenhum dos estudos a que temos vindo a fazer referência.

Um desses aspectos são os critérios de avaliação que segundo 10% dos entrevistados “ (...) *são iguais em todos os estágios, o que é negativo*”, pois constituindo os critérios o referente, o desejado, facilmente se compreende que tal não possa ser sempre igual para todos os Ensinos Clínicos, cada um dos quais com características e objectivos específicos.

É neste sentido, que o E10 descreve que “(...) *os critérios de avaliação que eles [docentes] têm para este estágio de integração à vida profissional, nós temos estágio de psiquiatria, estágio de Unidade de Cuidados Intensivos e de Centro de Saúde, os indicadores são iguais para todos os três estágios (...) é impossível eles me avaliarem da mesma forma (...)*”

Outro aspecto que preocupa os alunos são as escalas de avaliação, em que 10% dos entrevistados refere que “*A escala de avaliação a utilizar durante o estágio deve ser sempre a mesma*”, pois quando “(...) *a escala uma é quantitativa [a que é afixada] outra é qualitativa [a que é atribuída durante o estágio] e por exemplo muito bom vai do dezassete ao vinte e se eu saio de lá com muito bom, eu posso ter um dezassete, posso ter um dezoito, posso ter um dezanove ou um vinte, ainda são quatro valores diferentes (...)*” (E4)

Para além destes aspectos, também 10 % dos alunos fazem ainda referência a uma outra subcategoria “ *Ponderação atribuída à avaliação docente e do enfermeiro orientador*”, que especificam através do seguinte indicador “ *Existe no estágio uma maior valorização da avaliação docente que da do enfermeiro orientador*”, aspecto este que

segundo os supervisores do local de Ensino Clínico não deveria acontecer, na medida em que o E4 refere que “(...) *ela [enfermeira orientadora] dizia: eu estive contigo mais do que a tua professora, eu devia se calhar ter um peso maior na nota (...)*”

Tal facto, é defendido por Mendes *et al.* (2001:3) que descrevem que a opinião do supervisor do local de Ensino Clínico “(...) *tem de passar a ter outra credibilidade e espaço na totalidade do processo.*”, na medida em que numa modalidade de orientação não presencial por parte do docente, o enfermeiro orientador é o que mais sabe da aprendizagem do estudante (Mendes *et al.*, 2001).

Por fim, outro aspecto referido também por 10% dos entrevistados diz respeito à participação dos enfermeiros orientadores na avaliação, que os alunos especificam através do indicador “*Todos os enfermeiros orientadores do aluno devem participar na sua avaliação*”, pois o E6 descreve uma situação em que tendo tido três enfermeiras orientadoras “*Depois foi só uma que me avaliou no fim (...) a que (...) no primeiro dia foi-me apresentada como a minha responsável (...)*”

4.6 Características dos objectivos do Ensino Clínico

Esta categoria é constituída por um total de três subcategorias, que perfazem um total de cinco indicadores, tal como é possível observar através do quadro seguinte.

CATEGORIA F: Características dos objectivos do Ensino Clínico					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		EU (N=10)	
		N	%	N	%
Grau de especificidade/adequação dos objectivos	Os objectivos não devem ser iguais em todos os estágios	8	47,1%	2	20%
	Os objectivos devem ser mais específicos	2	11,8%	2	20%
Grau de clareza	Os objectivos de estágio são pouco claros	5	29,4%	2	20%
Grau de exigência	Os objectivos de estágio são pouco exigentes, o que é mau	1	5,9%	1	10%
	Um aspecto positivo é os	1	5,9%	1	10%

	objectivos de estágio serem exigentes				
TOTAL DA CATEGORIA:		17	100%	4	40%

Quadro nº 33: Características dos objectivos do Ensino clínico

Outro aspecto a que deverá ser dada especial atenção aquando o planeamento do Ensino Clínico é à definição de objectivos, que dos vários estudos consultados apenas no de Simões (2004:191) é apontado este aspecto como um factor facilitador do processo supervisiivo, “(...) pois se estes forem definidos correctamente deverão trazer satisfação às necessidades formativas identificadas”.

Definição correcta de objectivos que não é especificada por este autor, mas pelos nossos entrevistados que se referem a algumas características a que os objectivos devem obedecer.

Das várias características que os objectivos devem apresentar o “ *Grau de especificação/adequação dos objectivos*” é a subcategoria mais valorizada pelos entrevistados, visto ser aquela com maior percentagem em termos de enumeração e registo.

Dentro desta subcategoria surge o indicador “ *Os objectivos não devem ser iguais em todos os estágios*” como o mais valorizado pelos entrevistados (20% de UE)

Deste modo, tal como acontece com os critérios de avaliação, os alunos referem que “(...) não há uma adequação dos objectivos com o local de estágio (...)”, “(...) não há uma adequação dos objectivos (...) para o ano (...)” e “(...) não há uma adequação dos objectivos (...) para o (...) nível de conhecimentos (...)” (E10).

Para além disto também 20% dos entrevistados mas com menor representatividade em termos de UR (11,8 % para 47,1%), defende que “*Os objectivos devem ser mais específicos*”, sendo que relativamente a este aspecto o E3 descreve [*O enfermeiro orientador deve conhecer os objectivos dos estágios*] “(...) e não objectivos gerais, objectivos específicos, do tipo, naquela situação concreta é suposto que eles saibam isto, que eles consigam fazer isto (...)”

“*Grau de clareza*” é outra subcategoria enumerada pelos entrevistados como uma das características a que os objectivos devem obedecer e que é descrita por 20% dos entrevistados (29,4% em termos de UR) apenas pelo indicador “ *Os objectivos de*

estágio são pouco claros” , pois o E3 refere que “(...) a gente imagina os orientadores do serviço (...) olharem para aquilo [objectivos] e pensarem o que é que eu tiro disto?, porque o mesmo objectivo pode ser traduzido de n maneiras (...)”

“ *Grau de exigência*” é outro aspecto que deverá ser tido em conta no planeamento dos objectivos e que 10% dos entrevistados descreve através dos seguintes indicadores “ *Os objectivos de estágio são pouco exigentes, o que é mau*” e “ *Um aspecto positivo é os objectivos de estágio serem exigentes*”, os quais com igual representatividade em termos de UR.

4.7 Papel dos supervisores do local de Ensino Clínico

Esta categoria é constituída apenas por um indicador tal como é possível verificar através deste quadro.

CATEGORIA G: <i>Papel do supervisor do local de Ensino Clínico</i>				
INDICADOR	FREQUÊNCIA			
	UR		UE (N=10)	
	N	%	N	%
O papel do enfermeiro orientador é igual em todos os estágios	1	100	1	10

Quadro nº 34: Papel dos supervisores do local de Ensino Clínico

Os critérios de avaliação, bem como os objectivos foram criticados pelos entrevistados por serem iguais em todos os Ensinos Clínicos, sendo que a mesma crítica é apontada por 10% dos entrevistados ao papel dos supervisores do local de Ensino Clínico, pois segundo o E10 “*(...) o papel do orientador é o mesmo [para todos os estágios] (...) é muito vago (...)*”, aspecto este que não foi referido em nenhum dos estudos consultados.

4.8 Estratégias de ensino aprendizagem utilizadas no Ensino Clínico

Esta categoria é constituída por duas subcategorias, as quais perfazem um total de nove indicadores, tal como mostra o quadro que se segue.

CATEGORIA H: Estratégias de ensino aprendizagem utilizadas no Ensino Clínico					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
Participação do aluno na estratégia de ensino-aprendizagem	É complicado quando a estratégia de ensino aprendizagem implica a participação activa do aluno	1	3,1%	1	10%
	A participação activa do aluno no processo de ensino aprendizagem é gerador de satisfação	1	3,1%	1	10%
	Orientar é dar respostas às dúvidas do aluno	1	3,1%	1	10%
Estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas pelos alunos	Quando o aluno em estágio tem dúvidas questiona a Equipa de Enfermagem	4	12,5%	1	10%
	Quando o aluno em estágio tem dúvidas questiona a Equipa Médica	1	3,1%	1	10%
	Quando o aluno em estágio tem dúvidas /dificuldades questiona o enfermeiro orientador	8	25%	5	50%
	Quando o aluno em estágio tem dúvidas questiona o docente	1	3,1%	1	10%
	Quando o aluno em estágio tem dúvidas pesquisa/investiga	11	34,4%	5	50%
	O aluno aprende por observação/imitação dos enfermeiros	4	12,5%	2	20%
TOTAL DA CATEGORIA:		32	100%	9	90%

Quadro nº 35: Estratégias de ensino/aprendizagem utilizadas no Ensino Clínico

O tipo de estratégias de ensino/aprendizagem planeadas para determinado período de Ensino Clínico, bem como as que o aluno recorre é outro factor que influencia o desenvolvimento de competências pelo aluno durante este período.

Deste modo, durante o período de Ensino Clínico o aluno recorre a diversas estratégias para esclarecer dúvidas, sendo que a pesquisa/investigação é a estratégia a que mais recorrem, tendo sido referida por 50% dos entrevistados.

A respeito desta estratégia o E10 refere “(...) *não lhe vou perguntar coisas [ao enfermeiro orientador] que eu sei onde é que posso encontrar (...) porque (...) faz parte de um trabalho pessoal (...) de auto-formação (...)*”.

Deste modo, percebe-se que os nossos entrevistados têm consciência da sua responsabilidade no processo de ensino-aprendizagem, através de um papel activo.

No estudo realizado por Belo (2003) os alunos não fazem referência a esta estratégia, contudo mencionam uma outra que denominam por auto-supervisão, que é aliás aquela a que atribuem elevada representatividade e que se encontra intimamente ligada a esta.

Outra estratégia também referida por 50% dos entrevistados, embora com menor representatividade que a primeira em termos de registo (25% para 34,4%) é questionamento do supervisor do local de Ensino Clínico, a que os alunos no estudo de Belo (2003) não fazem referência.

Para além destas estratégias 20% dos entrevistados refere que “(...) *aprende por observação/imitação dos enfermeiros*”, pois segundo o E6 “(...) *costumamos dizer na escola (...) por mais que nós aprendamos a fazer uma punção toda direitinha (...) é o exemplo que nós temos na prática que nós vamos memorizar (...)*”, pelo que se compreende que McCarthy (1987, in Silva & Silva, s.d.:112) defenda também que “(...) *os enfermeiros de cuidados de cabeceira têm normalmente mais influência nos estudantes quando aprendem a sua profissão, do que a que é fornecida pelos professores.*”

Esta estratégia de ensino-aprendizagem não é referida pelos alunos no estudo de Belo (2003), embora seja referida por muitos autores, como por exemplo Bento (1997, in Costa *et al.*, 2000:170) segundo o qual os alunos “(...) *aprendem essencialmente por imitação, no quadro de modelos de racionalidade técnica e fazendo face a diferentes concepções perfilhadas pelos seus professores e/ou enfermeiros com quem contactam.*”

Ao imitarem o supervisor Zeichner & Tabachnik (1981, in Albuquerque *et al.*, 2005: 46) defendem que os alunos “ *reduzem-se (...) a uma estratégia de salvaguarda, estruturada em torno de atitudes conservadoras, de práticas pouco inovadoras*

inibindo, portanto, a sua própria criatividade”, aprendendo assim apenas o saber fazer e não o saber agir que caracteriza uma acção competente, sendo que esta atitude acrítica da parte do formando é visível no discurso do E8 que refere que “(...) estava a fazer aquilo [realizar um penso como tinha visto o enfermeiro orientador realizar], mas não sabia o porquê (...)”

Como estratégias referidas por menos entrevistados, apenas 10% estão o questionamento da Equipa de Enfermagem (12,5 % de UR), o questionamento da Equipa Médica e o questionamento do docente (3,1% de UR), sendo que a menor representatividade destes últimos poderá ser explicada pelo menor tempo de contacto com o aluno.

O questionamento do docente é também apontado por Belo (2003) como uma das estratégias utilizadas pelos alunos no processo supervisiivo.

A “ *Participação do aluno na estratégia de ensino-aprendizagem*” é outra subcategoria a que os alunos fazem referência, sendo que segundo 10% dos entrevistados e com 3,1% de UR referiram que “ *A participação activa do aluno no processo de ensino aprendizagem é gerador de satisfação*”.

Contrariamente também 10% dos entrevistados e com a mesma representatividade em termos de UR referem que “ *É complicado quando a estratégia de ensino aprendizagem implica a participação activa do aluno*”, pelo que facilmente se compreende que o mesmo número de alunos e com a mesma representatividade em termos de UR considere que “*Orientar é dar resposta às dúvidas do aluno*”

4.9 Distribuição dos alunos por supervisor do local de Ensino Clínico

Esta categoria é formada por duas subcategorias, assim como por dois indicadores, tal como é possível verificar através do seguinte quadro:

CATEGORIA I: Distribuição dos alunos por supervisor do local de Ensino Clínico					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		EU (N=10)	
		N	%	N	%
Número de alunos por enfermeiro	É difícil quando o enfermeiro orientador tem mais do que um aluno	1	33,3%	1	10%
Número de enfermeiros por aluno	É complicado quando um aluno tem mais do que um enfermeiro orientador	2	66,6%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		3	100%	2	20%

Quadro nº 36: Distribuição dos alunos por supervisor do local de Ensino Clínico

A distribuição dos alunos por supervisor do local de Ensino Clínico, actividade esta frequentemente da responsabilidade do enfermeiro chefe do serviço deverá segundo os entrevistados ter em atenção dois aspectos que poderão influenciar a qualidade da supervisão no Ensino Clínico, os quais, número de alunos por enfermeiro e número de enfermeiros por aluno, que representam duas das subcategorias, que foram referidas por 10% dos entrevistados.

Relativamente ao número de enfermeiros por aluno, que é a subcategoria com maior representatividade em termos de unidades de registo, os alunos referem que “ *É complicado quando um aluno tem mais do que um enfermeiro orientador* “, aspecto este que Graça *et al.*, in Costa *et al.* (2000) referem ser apontado em vários estudos realizados neste âmbito.

Segundo estes autores uma orientação mais individualizada (orientação directa do aluno sempre pelo mesmo enfermeiro e docente) contribui para um maior acompanhamento do estudante; conhecimento do seu percurso de aprendizagem (experiências e dificuldades) e facilita a sua aprendizagem; a relação enfermeiro - estudante, assim como o processo de avaliação, pelo que o aluno deve acompanhar o supervisor do local de Ensino Clínico no seu horário de trabalho.

Perante o referido, facilmente se percebe que o E6 tenha referido que [Na minha pior experiência de estágio tinha três enfermeiros orientadores] “(...) não houve acompanhamento (...)”

Por sua vez, relativamente ao número de alunos por enfermeiro, os alunos defendem que “*É difícil quando o enfermeiro orientador tem mais do que um aluno*”, o que é visível no discurso do E8 que refere que *[estágio em que vivi uma situação difícil: realização de um penso sozinha]* “(...) *era só um enfermeiro (...) e então era muito complicado ele dar apoio às duas alunas (...)*”

Este aspecto foi também reportado por vários autores como por exemplo por Graça *et al.*, in Costa *et al.* (2000), Silva & Silva (s.d.) e Ramos (2003), que defendem um número reduzido de estudantes por preceptor, de forma a permitir uma diversidade de experiências e conseqüentemente qualidade na supervisão assegurada em Ensino Clínico.

Também Simões (2004) relativamente à distribuição de alunos identifica diversos problemas como a rotatividade do aluno pelo serviço e a incompatibilidade de horário.

4.10 Critérios de Selecção /recrutamento dos supervisores do local de Ensino Clínico

Esta categoria é constituída por sete subcategorias e por um total de dezoito indicadores, tal como mostra o quadro seguinte.

CATEGORIA J: Critérios de Selecção /recrutamento dos supervisores do local de Ensino Clínico					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
Experiência Profissional como enfermeiro	Ter experiência como enfermeiro é um dos critérios a atender na selecção de um enfermeiro orientador	5	10%	3	30%
	Ter experiência como enfermeiro na área em que exerce funções é um dos critérios a atender na selecção de um enfermeiro orientador	5	10%	4	40%
	É importante que o enfermeiro orientador tenha experiência profissional como enfermeiro	1	2%	1	10%

	para que tenha autonomia profissional				
	O enfermeiro orientador tem que ter experiência profissional para ser capaz de responder às dúvidas do aluno	1	2%	1	10%
	Um enfermeiro orientador ter experiência profissional pode não ser bom se a esta se associar saturação/cansaço pelo papel de supervisor	1	2%	1	10%
Experiência na supervisão de estágios	Ter experiência na supervisão de estágios é um dos critérios a atender na selecção do enfermeiro orientador	5	10%	1	10%
	Na selecção do enfermeiro orientador não é obrigatório que tenha experiência na orientação de estágios	1	2%	1	10%
Idade	Ser Jovem é um dos critérios a atender na selecção do enfermeiro orientador	3	6%	2	20%
	É importante que o enfermeiro orientador seja jovem porque facilita a forma de ver os alunos	1	2%	1	10%
	É importante que o enfermeiro orientador seja jovem porque tem mais paciência para o aluno	1	2%	1	10%
	É importante que o enfermeiro orientador seja jovem para que não se esqueça das suas vivências enquanto aluno	2	4%	1	10%
	É importante que o enfermeiro orientador seja jovem para que seja dinâmico	5	10%	1	10%
Sexo do orientador	Enfermeiro orientador com sexo diferente do aluno é gerador de receios	4	8%	1	10%

Posição ocupada pelo enfermeiro orientador no serviço	Ter autoridade no serviço é um dos critérios a atender na selecção do enfermeiro orientador	2	4%	2	20%
	Ser reconhecido pelos outros	2	4%	1	10%
Funções desempenhadas pelo enfermeiro orientador no serviço	O enfermeiro orientador não deve ser uma pessoa muito ocupada	7	14%	5	50%
	O enfermeiro orientador deve prestar cuidados	1	2%	1	10%
Permanência do enfermeiro orientador no serviço durante todo o estágio	Ter em conta que o enfermeiro orientador não vai de férias durante o período de estágio é um dos critérios que deve ser tido em conta na sua selecção	3	6%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		50	100%	10	100%

Quadro nº 37: Critérios de selecção/recrutamento dos supervisores do local de Ensino Clínico

Constituindo o supervisor do local de Ensino Clínico o factor mais importante da qualidade da supervisão assegurada, facilmente se compreende que quem o selecciona para além de atender a todas as competências já referidas como ideais para o desempenho desta função, tenha que ter em conta outros aspectos ligados ao supervisor, que embora não constituindo uma competência podem influenciar a qualidade da supervisão assegurada durante este período.

Um dos aspectos, critérios de selecção do supervisor do local de Ensino Clínico mais valorizado pelos nossos entrevistados é a “ *Experiência Profissional como enfermeiro*”, na medida em que constitui a subcategoria com maior representatividade

Dentro da experiência como enfermeiro, 40% dos entrevistados defende que o supervisor do local de Ensino Clínico deve ter experiência na área em que exerce funções e 30% refere apenas que o supervisor do local de Ensino Clínico deve ter experiência como enfermeiro.

10% dos entrevistados justificam este critério como importante, na medida em que associam à autonomia profissional e outros 10% à capacidade para responder às dúvidas do aluno.

Apesar de um número considerável de entrevistados considerar a experiência profissional como um critério bastante importante, 10% dos entrevistados alertam para o facto de que *“Um enfermeiro orientador ter experiência profissional pode não ser bom se a esta se associar saturação/cansaço pelo papel de supervisor”*

Posteriormente, o critério seguinte com maior representatividade é a *“ Idade”* do supervisor do local de Ensino Clínico, sendo que *“Ser jovem (...)”* é o indicador com maior representatividade, referido por 20% dos entrevistados.

Todos os outros indicadores, referidos por 10% dos entrevistados apontam aspectos que justificam este indicador.

Deste modo, segundo os nossos entrevistados é importante que um supervisor do local de ensino clínico seja jovem, *“(...) para que seja dinâmico”* (10% de UR), pois segundo o E9 *“(...) o que constato (...) é (...) quanto mais velhos mais inertes (...)”*; *“(...) para que não se esqueça das suas vivências enquanto aluno”*(4% de UR), pois segundo o E7 *“(...) passaram por essa experiência à menos tempo e (...) ainda se lembram e sabem como gostaram de ser orientados (...)”*, *“(...) porque facilita a forma de ver os alunos”*(2% de UR) e *“(...) porque tem mais paciência para o aluno”*

Outro critério que a seguir atinge maior representatividade são as *“ Funções desempenhadas pelo enfermeiro orientador no serviço”*

A este respeito 50% dos entrevistados refere que *“ O enfermeiro orientador não deve ser uma pessoa muito ocupada”*, pois *“(...) se calhar acumular tantas funções [enfermeira orientadora] acaba por não ter disponibilidade para uma nem para outra, nem para o aluno, nem para ele próprio (...)”*(E10) .

Por outro lado, 10% refere que *“O enfermeiro orientador deve prestar cuidados”* pois segundo o E1 [estágio que não gostei muito do enfermeiro orientador] *“(...) não prestava cuidados, não sei se ele fosse prestador de cuidados em equipa como os outros se não haveria essa preocupação [fazer o aluno reflectir sobre as actividades que realiza] (...)”*

Foi dito que um dos critérios a atender na selecção de um supervisor do local de Ensino Clínico é a experiência como enfermeiro, contudo a *“ experiência na supervisão de estágios”*é outro critério que também deve ser tido em conta, constituindo a subcategoria seguinte com maior representatividade.

Deste modo, segundo 10% dos entrevistados *“Ter experiência na supervisão de estágios é um dos critérios a atender na selecção do enfermeiro orientador”*(10% de UR), embora também 10% (2% de UR) refira que *“Na selecção do enfermeiro orientador não é obrigatório que tenha experiência na orientação de estágios”*

A *“Posição ocupada pelo enfermeiro orientador no serviço”* é outro critério a que os entrevistados fazem referência.

Deste modo, dentro desta subcategoria *“ Ter autoridade no serviço é um dos critérios a atender na selecção do enfermeiro orientador”*, que é referido por 20% dos entrevistados, pelo que o E8 refere que *[A melhor enfermeira orientadora] “(...) era chefe de equipa (...)”*

Ainda no que concerne a esta subcategoria, 10% dos entrevistados refere que o supervisor do local de Ensino Clínico deve *“ Ser reconhecido pelos outros”*, sendo neste sentido que o E9 descreve [O melhor enfermeiro orientador] *“(...) era influente na forma como os médicos viam os enfermeiros (...)”*

O *“Sexo do orientador”* é outro critério apontado pelos alunos, pois 10% dos entrevistados referiu que *“ Enfermeiro orientador com sexo diferente do aluno é gerador de receios”*, visível através de expressões como *[O melhor enfermeiro orientador] “(...) foi o primeiro orientador homem que eu tive, estava um bocado receosa (...) há sempre portas abertas para más interpretações (...)”*

Por fim, outro critério de selecção dos supervisores do local de Ensino Clínico a que os entrevistados fazem referência, embora com menor representatividade é a *“Permanência do enfermeiro orientador no serviço durante todo o estágio”*, sendo que 10% dos entrevistados refere que *“Ter em conta que o enfermeiro orientador não vai de férias durante o período de estágio é um dos critérios que deve ser tido em conta na sua selecção”*, pois segundo o E1 *“(...) portanto aquilo estava a correr tão bem [o estágio] e depois houve ali uma falha [mudança de orientador que foi de férias] e tive um bocado essa sensação, mas correu bem”*

De referir, que de todos estes critérios apenas a experiência prática do supervisor é apontada no estudo de Longo (2005) ainda que dentro das competências técnicas.

4.11 Articulação escola/local de Ensino Clínico

Esta categoria divide-se apenas numa subcategoria, a qual perfaz um total de quatro indicadores, tal como mostra o quadro seguinte.

CATEGORIA L: Articulação escola/local de Ensino Clínico					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		EU (N=10)	
		N	%	N	%
Articulação docente/ enfermeiro orientador	Houve falta de comunicação /trabalho entre o docente e o enfermeiro orientador	10	58,8%	2	20%
	A articulação entre docentes e enfermeiros ocorre apenas no início e no fim do estágio	1	5,9%	1	10%
	Uma boa comunicação/trabalho entre o docente e o enfermeiro orientador melhora a relação entre todos os elementos	4	23,5%	1	10%
	Deve existir congruência nos objectivos de estágio entre o enfermeiro orientador e o docente	2	11,8%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		17	100%	2	20%

Quadro nº 38: Articulação escola/local de Ensino Clínico

A relação e articulação entre escola e local de Ensino Clínico, inerente a um processo de parceria, é outro factor que segundo os entrevistados poderá influenciar a qualidade da supervisão assegurada.

Articulação/relação que segundo vários autores nem sempre se desenvolve com base numa verdadeira parceria (Abreu, 2003; Alarcão, 1996; Espiney, *in* Canário, 2003; Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000; Zeichner, 1993, entre outros), o que é opinião também dos nossos entrevistados, na medida em que constituindo a comunicação/trabalho conjunto um dos princípios inerente a uma parceria esta nem sempre está presente, pois

segundo 20% dos entrevistados “ *Houve falta de comunicação/trabalho entre o docente e o enfermeiro orientador*”.

Falta de comunicação/trabalho que quando especificam os alunos centram-se na fase de preparação do estágio, pois o E3 refere que “(...) *falha às vezes uma reunião com os orientadores da escola para dizer: nós esperamos que eles atinjam este e aquele e o outro [objectivo] (...)*”, sendo que E10 refere que o *[trabalho que deveria de haver entre o enfermeiro e o docente]* “(...) *uma conversa (...) com o enfermeiro antes do estágio ou no primeiro dia de estágio para explicar bem tudo o que se está a passar, para estar tudo na mesma base (...)*”.

E esta falta de comunicação/relação entre escola/instituições de saúde é também relatada nos vários estudos que temos vindo a mencionar, os quais de uma forma geral caracterizam-na como distante e pontual (Belo, 2003; Fonseca, 2004; Longo, 2005 e Simões, 2004).

De referir, que Belo (2003), contrariamente ao nosso estudo verificou pouca expressão das relações interinstitucionais no discurso dos alunos, o que explica pelo facto de tal não fazer parte das preocupações destes, ou porque não constata essa realidade.

Foi dito que a relação é caracterizada em vários estudos como pontual, o que também é opinião dos nossos entrevistados, na medida em que 10% (UR=5,9%) refere que a articulação entre estes dois elementos ocorre “ (...) *apenas no início e no fim do estágio*”.

Tal facto é também descrito por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001:234) segundo a qual os encontros entre ambos circunscrevem-se “ (...) *às reuniões que têm lugar com o arranque do estágio (onde se definem os seus contornos gerais) e, no final, aquando da avaliação do aluno.*”

A presença deste aspecto é segundo os alunos fundamental, na medida em que segundo 10% dos entrevistados (23,5 % de UR) “ *Uma boa comunicação/trabalho entre o docente e o enfermeiro orientador melhora a relação entre todos os elementos*”, todos os elementos incluindo o aluno, pois segundo o E10 “(...) *noto diferença naqueles estágios em que isso foi um pouco mais visível [trabalho professor -enfermeiro] (...) uma relação muito melhor entre nós os três (...)*”, o que “(...) *deixa-te mais à vontade ou menos para falar aquilo que queres (...)*”

É esta falta de articulação entre escola/locais de Ensino Clínico que conduz segundo vários autores a que os alunos sintam diferenças entre teoria e prática (Abreu, 2003; Belo, 2003; Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001; Mestrinho, *in* Mestrinho *et al.*, 2000 e Negrão, *et al.*, 1993, entre muitos outros), ou entre o que é pedido pelo supervisor da instituição escolar e o do local de Ensino Clínico, pois segundo o E3 “(...) *percebe-se que nem sempre os objectivos do orientador de estágio é os objectivos do orientador da escola (...)*”.

Nesta ordem de ideias, facilmente se compreende que outro dos indicadores dentro desta subcategoria, enumerado por 10% dos entrevistados (11,8% de UR) seja “*Deve existir congruência nos objectivos de estágio entre o enfermeiro orientador e o docente*”

4.12 Comparação entre supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar

Esta categoria divide-se em cinco subcategorias, as quais perfazem um total de dezanove indicadores, tal como mostra o quadro seguinte.

CATEGORIA M: Comparação entre supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		EU (N=10)	
		N	%	N	%
Pessoa com quem o aluno se sente mais à vontade	Os alunos sentem-se mais à vontade com os enfermeiros orientadores que com os docentes	1	2,9%	1	10%
Pessoa a quem o aluno recorre para esclarecer dúvidas/resolver problemas	O aluno recorre mais ao enfermeiro que ao professor para esclarecer dúvidas	1	2,9%	1	10%
	O aluno recorre mais ao enfermeiro orientador que ao docente para esclarecer dúvidas, porque o enfermeiro está mais presente	1	2,9%	1	10%

	Enfermeiro é o orientador a quem o aluno recorre para esclarecer dúvidas porque conhece melhor o local de estágio que o docente	2	5,9%	1	10%
	O Orientador a quem o aluno recorre para esclarecer dúvidas depende da relação	2	5,9%	1	10%
	O aluno recorre ao docente para resolver problemas quando não os consegue resolver com o enfermeiro	2	5,9%	1	10%
Pessoa com disponibilidade para o aluno	Os docentes têm menos tempo que os enfermeiros para ouvir o aluno	3	8,8%	1	10%
	Os docentes não têm tempo para ouvir o aluno porque têm muitos alunos em estágio	2	5,9%	1	10%
	Os docentes não têm tempo para ouvir os alunos porque têm muitas funções a desempenhar	3	8,8%	1	10%
	Os enfermeiros sabem ouvir	1	2,9%	1	10%
	Os docentes não sabem ouvir	1	2,9%	1	10%
Grau de participação no processo de ensino-aprendizagem	O enfermeiro orientador tem um papel mais participativo na aprendizagem do aluno que o docente porque esclarece as dúvidas no momento	1	2,9%	1	10%
	Os enfermeiros são mais participativos no processo de aprendizagem do aluno que os docentes, porque observam todas as actividades que o aluno realiza	3	8,8%	1	10%
	Os docentes são menos participativos no processo de aprendizagem do aluno porque não estão sempre presentes no local de estágio	3	8,8%	1	10%

	Os docentes são menos participativos no processo de ensino-aprendizagem em estágio que os enfermeiros	2	5,9%	1	10%
Necessidade do apoio dos orientadores ao longo do curso	O primeiro ano é aquele em que o aluno sente mais necessidade de apoio do enfermeiro orientador	1	2,9%	1	10%
	O docente é o orientador a quem o aluno recorre/de referência no primeiro ano do curso	2	5,9%	1	10%
	No último ano do curso o aluno já não precisa de tanto apoio do docente	1	2,9%	1	10%
	Os alunos não sentem necessidade do apoio docente quando têm do enfermeiro orientador	2	5,9%	2	20%
TOTAL DA CATEGORIA:		34	100%	4	40%

Quadro nº 39: Comparação entre supervisores do local de Ensino Clínico e da instituição escolar

Segundo os nossos entrevistados existem diferenças entre supervisores do local de Ensino Clínico e instituição escolar, que conduzem a diferenças na supervisão assegurada.

Uma das diferenças a que os alunos atribuem maior significação é à disponibilidade para o aluno, na medida em que integra a subcategoria com maior representatividade, o que facilmente se compreende dada a importância que os alunos atribuem a esta característica em cada um destes elementos do processo supervisão.

Dentro desta subcategoria 10% dos entrevistados referem que “*Os docentes têm menos tempo que os enfermeiros para ouvir o aluno*” (8,8% de UR), sendo que o E3 refere mesmo que “*(...) os enfermeiros teoricamente é que deviam ter menos tempo para nos ouvir, mas não é essa a experiência que eu tenho(...)*”

Menos tempo para ouvir que 10% dos entrevistados explicam através de indicadores como “*Os docentes não têm tempo para ouvir os alunos porque têm muitas funções a desempenhar*”(8,8%)

Outra razão apontada para tal facto é explicada também por 10% dos entrevistados através do indicador “*Os docentes não têm tempo para ouvir o aluno porque têm muitos alunos em estágio*” (5,9% de UR), aspecto este que também é reportado pelos próprios docentes no estudo de Fonseca (2004) que descreve que um número elevado de alunos por docente, mas também um número elevado de locais de Ensino Clínico por docente como condições de trabalho desfavoráveis para a supervisão em Ensino Clínico e que podem influenciar a qualidade da supervisão assegurada.

Esta diminuição do tempo de contacto dos docentes com os alunos é também sentida pelos próprios alunos que explicam pelo facto “*(...) dos docentes serem poucos para tantos alunos e simultaneamente desenvolverem outras actividades.*” (Belo, 2003:163). Por sua vez, 10% e com 2,9% de UR defende que “*Os enfermeiros sabem ouvir*” e outros 10% que “*Os docentes não sabem ouvir*”

Analisado o factor disponibilidade, outro aspecto que os alunos analisam nos supervisores de Ensino Clínico é o seu grau de participação no processo de ensino-aprendizagem que constitui a subcategoria seguinte mais valorizada.

Dentro desta subcategoria indicadores como “*Os enfermeiros são mais participativos no processo de aprendizagem do aluno que os docentes, porque observam todas as actividades que o aluno realiza*” e “*Os docentes são menos participativos no processo de aprendizagem do aluno porque não estão sempre presentes no local de estágio*” são indicadores que embora referidos por 10% dos entrevistados têm um valor mais elevado de UR (8,8%).

Seguidamente referido por também 10% dos entrevistados, mas com uma representatividade de 5,9% de UR está um indicador que apenas refere “*Os docentes são menos participativos no processo de ensino-aprendizagem em estágio que os enfermeiros*”

Por fim, com menor representatividade em termos de UR, 2,9%, embora referido por também 10% dos entrevistados está o indicador “*O enfermeiro orientador tem um papel mais participativo na aprendizagem do aluno que o docente porque esclarece as dúvidas no momento*”

Outra comparação que os alunos fazem entre supervisores é em relação a quem recorrem para esclarecer dúvidas, que constitui a subcategoria seguinte com maior representação.

10% dos entrevistados (2,9% de UR) refere que “*O aluno recorre mais ao enfermeiro que ao professor para esclarecer dúvidas*”.

Também 10% dos entrevistados especificam este indicador referindo que o “*Enfermeiro é o orientador a quem o aluno recorre para esclarecer dúvidas porque conhece melhor o local de estágio que o docente*”(5,9% de UR) e que “*O aluno recorre mais ao enfermeiro orientador que ao docente para esclarecer dúvidas, porque o enfermeiro está mais presente*”(2,9 de UR).

Apesar deste indicadores, 10% dos entrevistados salientam que “*o orientador a quem o aluno recorre para esclarecer dúvidas depende da relação*”(5,9% de UR), pelo que também 10% refere que “*O aluno recorre ao docente para resolver problemas quando não os consegue resolver com o enfermeiro*” (5,9% de UR).

Relativamente a este último indicador o E10 refere que “*(...) recorro ao professor quando (...) algum princípio não está a ser (...) Cumprido [por parte do enfermeiro orientador] (...)*”

Outro ponto que os entrevistados analisam é a necessidade de apoio de cada um destes orientadores ao longo do curso, que integra outra subcategoria.

Relativamente aos docentes verificamos que a necessidade de apoio varia consoante a fase do curso, ou seja o ano em que o aluno se encontra, pois 10% dos entrevistados referem que “*O docente é o orientador a quem o aluno recorre/de referência no primeiro ano do curso*”(5,9% de UR), pois [No primeiro ano] “*(...) os [enfermeiros] do serviço são estranhos para nós, os de cá é que são nossos (...) a quem estamos habituados, a quem recorremos mais facilmente, se tivermos que recorrer a alguém pensamos primeiro neles que pensaríamos num do serviço*”(E3), sendo que segundo também 10% dos entrevistados “*No último ano do curso o aluno já não precisa de tanto apoio do docente*”(2,9% de UR)

Esta variação, embora consoante a fase do estágio foi descrita por Graça *et al.*, in Costa *et al.* (2000).

Estes autores descrevem que quanto ao acompanhamento por parte dos docentes, os alunos referiram “*(...) que o seu acompanhamento permanente durante a primeira semana da prática clínica (integração) foi muito útil como elemento de ligação Escola/Hospital. Posteriormente a sua presença, não constante, favoreceu a autonomia e a autoconfiança, pelo facto de «não se sentirem pressionados e observados como em*

experiências anteriores», assim como aumentou a sua responsabilidade na aprendizagem.” (Graça et al., in Costa et al., 2000:201)

Ainda no que concerne ao apoio docente, 10% dos entrevistados (5,9% de UR) refere ainda que *“Os alunos não sentem necessidade do apoio docente quando têm do enfermeiro orientador”*

Relativamente ao apoio do enfermeiro orientador 10% refere ainda que *“O primeiro ano é aquele em que o aluno sente mais necessidade de apoio do enfermeiro orientador”(2,9% de UR), pois segundo o E4 “(...) no primeiro ano que é aquele estágio que nós vamos completamente às escuras e queremos o máximo de apoio possível (...) [dos enfermeiros orientadores]”*

Por fim, outro aspecto analisado pelos entrevistados refere-se à *“ Pessoa com quem o aluno se sente mais à vontade”*, sendo que 10% dos entrevistados refere que *“Os alunos sentem-se mais à vontade com os enfermeiros orientadores que com os docentes”*

De referir, que este tipo de comparação não é efectuada em nenhum dos estudos que temos vindo a mencionar.

Terminada a análise desta subcategoria encerramos a análise deste tema que nos permitiu conhecer alguns aspectos relacionados com a organização curricular dos Ensinos Clínicos que por poderem influenciar a qualidade da supervisão deverão ser cuidadosamente planeados.

5. Resultados dos Ensinos Clínicos

Analisado até então vários factores que segundo os entrevistados poderão influenciar os resultados do Ensino Clínico, debruçamo-nos agora sobre a importância deste período no desenvolvimento do aluno.

A importância do Ensino Clínico é reportada por vários autores, os quais referenciámos ao longo do referencial teórico, sendo que a ideia comum a todos eles é que o Ensino Clínico é *“(...) um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e*

aquisição de saberes práticos e processuais” (Abreu, 2003:9), sendo que “A importância da prática clínica não reside na necessidade de aplicar conhecimentos teóricos adquiridos (...)”, “(...) a prática clínica, o trabalho com o doente permitem desenvolver competências que são acessíveis somente por esta via.” (Abreu, in Canário, 2003:153).

Via, mundo, que pelo contacto com problemas reais é “(...) muito mais complexo do que aquele cuja imagem constroem no decurso da formação teórica”(Abreu, 2003: 58), levando a que o Ensino Clínico para além de um espaço insubstituível para o aluno desenvolver competências, constitua um espaço onde se vivem vários sentimentos.

Deste modo, facilmente se compreende que como resultados dos Ensinos Clínicos, os alunos para além de se reportarem a um grupo variadíssimo de competências, se refiram a sentimentos, bem como a aspectos que diferenciam este tipo de aprendizagem da realizada no espaço escolar.

São estes três aspectos que integram as três categorias que caracterizam este tema.

As diferentes representatividades de cada uma destas categorias é visível através do quadro que a seguir se apresenta.

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA			
	UR		UE	
	N	%	N	%
Competências desenvolvidas pelos alunos no Ensino Clínico	257	100%	10	100%
Sentimentos experimentados pelos alunos no Ensino Clínico	301	100%	10	100%
Comparação entre as aprendizagens em Ensino Clínico e as aprendizagens em aula	58	100%	9	90%

Quadro nº 40: Unidades de registo e de enumeração das categorias obtidas no tema 5

Da análise deste quadro verificamos que os sentimentos, mais que as competências, embora estejam bastante representadas, são os resultados a que os alunos mais fazem referência, o que facilmente se compreende dado o papel importante dos sentimentos no desenvolvimento de competências pelo aluno, pois como foi dito ao longo do

referencial teórico, segundo Ausubel (1980, citado por Ferreira, s.d. b:131) “(...) a maior parte das inaptações não são falhas do saber mas do conhecimento ineficaz porque está bloqueado pelas insatisfações afectivas que o indivíduo encontra na sua actual desadaptação.”

O papel fundamental que as emoções desempenham na nossa vida é defendido por Damásio (1994:14) que afirma que “a actualização dos nossos processos de raciocínio, que são estabelecidos durante a maturação física e racional, depende muito provavelmente da capacidade para sentir emoções”.

Goleman (1997:31) defende que a mente emocional e racional funcionam em equilíbrio, em que a primeira “(...) se alimenta e ao mesmo tempo informa as operações da mente racional e esta refina e por vezes veta as contribuições da emoção”

Com menor representatividade que estas duas categorias segue-se a categoria em que o aluno estabelece uma comparação entre as aprendizagens em Ensino Clínico e as aprendizagens em aula.

5.1 Competências desenvolvidas pelos alunos no Ensino Clínico

CATEGORIA A: Competências desenvolvidas pelos alunos no Ensino Clínico					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		UE (N=10)	
		N	%	N	%
Competências cognitivas	Uma das competências desenvolvidas pelos alunos em estágio é a capacidade para reflectir/pensar criticamente na e sobre as situações	11	4,3%	4	40%
	Uma das competências desenvolvidas pelos alunos em estágio é a capacidade para perceber/avaliar as situações	10	3,9%	6	60%
	Uma das competências desenvolvidas pelos alunos em estágio é a capacidade para realizar um raciocínio lógico	2	0,8%	1	10%

Uma das competências desenvolvidas pelos alunos em estágio é a capacidade para seleccionar a informação relevante	2	0,8%	2	20%
É importante que a capacidade reflexiva/pensamento crítico seja desenvolvida para que os profissionais sejam capazes de relacionar	1	0,4%	1	10%
É importante que o aluno desenvolva capacidades reflexivas/pensamento crítico para que seja capaz de se auto-avaliar-	3	1,2%	1	10%
O espírito crítico é importante mas não para criticar/avaliar os outros	1	0,4%	1	10%
O espírito crítico é importante se oportuno	1	0,4%	1	10%
O espírito crítico é importante para que o profissional seja capaz de decidir na urgência	1	0,4%	1	10%
O espírito crítico é importante para que o profissional saiba o que fazer perante uma situação	1	0,4%	1	10%
O espírito crítico é importante para que o profissional perceba o que faz/as acções que realiza	1	0,4%	1	10%
O espírito crítico é importante para o desenvolvimento de espírito de iniciativa	1	0,4%	1	10%
No estágio o aluno adquire capacidade para transpor conhecimentos	1	0,4%	1	10%
Uma competência é ter capacidade de pensar	1	0,4%	1	10%
Ser competente é estar preparado para agir	2	0,8%	1	10%

	Ser competente é saber fazer	2	0,8%	1	10%
	Uma das competências adquiridas pelo aluno é o saber fazer	1	0,4%	1	10%
	Ser competente é saber agir	1	0,4%	1	10%
	Ser competente é ser capaz de fundamentar as acções que realizamos	1	0,4%	1	10%
	No estágio o aluno adquire capacidade para avaliar prioridades	4	1,6%	4	40%
	No estágio o aluno desenvolve a capacidade de observação	2	0,8%	1	10%
	No estágio o aluno desenvolve a capacidade de concentração	4	1,6%	2	20%
	No estágio o aluno desenvolve a capacidade criativa	4	1,6%	2	20%
	No estágio o aluno adquire capacidade para fundamentar as acções que realiza	2	0,8%	2	20%
	No estágio o aluno adquire saberes práticos	2	0,8%	1	10%
	No estágio o aluno desenvolve os saberes teóricos	2	0,8%	1	10%
	No estágio o aluno desenvolve conhecimentos sobre a profissão/socializa-se com a profissão	5	1,9%	3	30%
	A competência permite-nos cumprir objectivos profissionais	1	0,4%	1	10%
	No estágio o aluno aprende a ter espírito aberto para pensar de outra forma/ver outras opiniões	2	0,8%	1	10%
	No estágio o aluno desenvolve capacidade de adaptação/flexibilidade	7	2,7%	5	50%
	No estágio o aluno aprende a agir de diferentes formas	1	0,4%	1	10%

	consoante os orientadores					
	No estágio o aluno aprende a ser capaz de agir de forma diferente da maioria	3	1,2%	2	20%	
Competências metacognitivas	É no estágio que o aluno vê se é ou não capaz de mobilizar os conhecimentos teóricos na prática	5	1,9%	1	10%	
	Uma competência é ser capaz de reflectir sobre as nossas capacidades e conseguir melhorar	1	0,4%	1	10%	
	No estágio o aluno adquire capacidade de auto-avaliação	11	4,3%	5	50%	
	A auto-avaliação é importante para que o profissional tome consciência do que precisa melhorar	11	4,3%	5	50%	
	No estágio o aluno adquire espírito de auto- formação/auto-desenvolvimento	18	7%	8	80%	
	Uma competência é algo que não está adquirido, vai-se melhorando	2	0,8%	1	10%	
	Uma competência é uma capacidade previamente desenvolvida	1	0,4%	1	10%	
	Uma competência permite-nos otimizar os nossos cuidados	1	0,4%	1	10%	
	Uma competência é inata	1	0,4%	1	10%	
	Uma competência adquire-se	2	0,8%	2	20%	
	Competências pessoais	No estágio o aluno desenvolve a capacidade de autocontrolo	10	3,9%	6	60%
		No estágio o aluno desenvolve a capacidade de autoconfiança	5	1,9%	4	40%
No estágio o aluno aprende a ser humilde		2	0,8%	1	10%	
No estágio o aluno desenvolve a capacidade para reconhecer os		2	0,8%	2	20%	

	erros				
	No estágio o aluno aprende a reagir à crítica	1	0,4%	1	10%
	No estágio o aluno desenvolve responsabilidade	4	1,6%	3	30%
	No estágio o aluno desenvolve capacidade de autonomia/independência	6	2,3%	3	30%
	A autonomia/independência desenvolve-se com o desenvolvimento de segurança	1	0,4%	1	10%
	No estágio o aluno desenvolve espírito de iniciativa	3	1,2%	2	20%
	Uma competência é uma qualidade	2	0,8%	1	10%
Competências relacionais/comunicacionais	No estágio o aluno desenvolve paciência	1	0,4%	1	10%
	No estágio o aluno desenvolve tolerância	3	1,2%	1	10%
	No estágio o aluno desenvolve a capacidade de ser objectivo	3	1,2%	1	10%
	No estágio o aluno desenvolve a capacidade de trabalho em equipa	6	2,3%	4	40%
	No estágio o aluno aprende a saber ouvir os outros	5	1,9%	3	30%
	No estágio o aluno aprende a ter disponibilidade para os outros	2	0,8%	2	20%
	No estágio o aluno aprende a individualizar os cuidados	1	0,4%	1	10%
	No estágio o aluno desenvolve a capacidade para perceber/avaliar os outros	6	2,3%	4	40%
	No estágio o aluno desenvolve a capacidade para estar atento aos sentimentos dos outros	2	0,8%	2	20%
	No estágio o aluno desenvolve a relação de ajuda com os outros	18	7%	7	70%
	No estágio o aluno aprende a saber ser	3	1,2%	2	20%

	No estágio o aluno aprende a respeitar o outro	1	0,4%	1	10%
	No estágio o aluno adquire capacidade de comunicação com os outros	15	5,8%	6	60%
	No estágio o aluno aprende a saber estar	4	1,6%	2	20%
Competências Técnicas/Psicomotoras	As competências técnicas desenvolvem-se com a prática	1	0,4%	1	10%
	No estágio o aluno desenvolve a destreza manual	4	1,6%	3	30%
	No estágio o aluno desenvolve as competências técnicas	7	2,7%	5	50%
	As competências técnicas não são para os alunos as mais importantes	3	1,2%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		257	100%	10	100%

Quadro nº 41: Competências desenvolvidas pelos alunos no Ensino Clínico

Analisando esta categoria apercebemo-nos que muitas das competências mencionadas pelos alunos vão ao encontro das competências profissionais defendidas por Le Boterf (1997), bem como das competências defendidas pela Ordem dos Enfermeiros (2003) para os profissionais de Enfermagem, tendo muitas destas competências, embora com diferentes representatividades, sido apontadas também pelos alunos no estudo levado a cabo por Belo (2003).

Dos vários tipos de competências as cognitivas, tal como foi identificado no estudo de Belo (2003), são aquelas com maior representatividade, o que facilmente se compreende face à grande mudança e imprevisibilidade que caracteriza o campo da Saúde para os quais como já vimos “(...) *nem as teorias aplicadas nem as técnicas de decisão e os raciocínios aprendidos fornecem soluções lineares.*” (Schön, 1983,1987, in Alarcão, 1996:14), pelo que é imprescindível que na formação se desenvolvem este tipo de competências, que segundo Le Boterf (1997: 120) “ (...) *correspondem às operações intelectuais necessárias à formulação, à análise e à resolução de problemas, à concepção e à realização de projectos, à tomada de decisão, à criação ou à invenção.*”

Neste sentido, facilmente se compreende que dentro deste tipo de competências a “*Capacidade para perceber/avaliar as situações*” e a “*Capacidade de adaptação/flexibilidade*” e a “*Capacidade para reflectir/pensar criticamente na e sobre as situações*” sejam aquelas com maior representatividade, ocupando respectivamente valores percentuais de 60, 50 e 40% em termos de unidades de registo, embora a última com maior percentagem em termos de enumeração que as primeiras.

Capacidade para perceber e avaliar as situações que por exemplo o E3 descreve da seguinte forma “*(...) sei dizer o que é uma enfermeira competente na minha opinião, já vi bons exemplos e já vi maus exemplos, já vi o que é que eu quero ser quando for grande e já vi situações do tipo eu não vou fazer isto, ou pelo menos eu não quero fazer isto (...)*”

Como exemplo da capacidade de adaptação/flexibilidade apresentamos algumas unidades de registo que pensamos serem bastante ilustrativas, como “*(...) se não tenho almofada tenho capacidade de perceber o que é que vou fazer dali, se não tenho tesoura como é que vou resolver isto, se não tenho nastro como é que vou resolver isto (...)*”(E1); “*(...) temos é que nos adaptar e pensar que há coisas que nunca podem falhar (...) princípios seja neste ou noutra sítio têm que estar presentes (...)*”(E4) e “*(...) para se saber fazer tem que se ter as outras coisas todas (...) tem que se saber dar a volta um bocadinho ás situações (...)*”(E7).

Por sua vez, como exemplos da capacidade para reflectir/pensar criticamente apresentamos os seguintes “*(...) uma pessoa (...) tem que ter conhecimentos teóricos, mas para adaptar essa realidade teórica à prática tem que pensar muito bem antes de fazer (...)*”(E2); [*competências adquiridas*] “*(...) vontade de questionar as coisas (...) que cada vez é mais importante (...)*”(E6) e [*competências adquiridas*] “*(...) não ser aquela pessoa receptora de informação (...)*”(E6).

De notar, que alguns entrevistados, mais especificamente 10% (0,4% de UR) referem mesmo que “*Uma competência é ter capacidade de pensar*”, o que vai ao encontro da definição de competência defendida ao longo desta investigação, segundo a qual a reflexão é um elemento imprescindível à mobilização que envolve uma competência.

Também 10 % explicam a importância desta competência, referindo que “*É importante que o aluno desenvolva capacidades reflexivas/pensamento crítico para que seja capaz de se auto-avaliar*”(1,2% de UR); “*É importante que a capacidade reflexiva/pensamento crítico seja desenvolvida para que os profissionais sejam capazes de relacionar*”; “*O espírito crítico é importante mas não para criticar/avaliar os*

outros”; “ *O espírito crítico é importante se oportuno*”; “ *O espírito crítico é importante para que o profissional seja capaz de decidir na urgência*”, “ *O espírito crítico é importante para que o profissional saiba o que fazer perante uma situação*”; “ *O espírito crítico é importante para que o profissional perceba o que faz/as acções que realiza*” e “ *O espírito crítico é importante para o desenvolvimento de espírito de iniciativa*” (0,4% de UR), explicações estas que vão ao encontro do que temos vindo a desenvolver ao longo desta investigação.

Seguidamente referido por também 40% dos entrevistados (1,6% de UR) segue-se a “ *Capacidade para avaliar prioridades*”, competência esta que facilmente se compreende face às características específicas da profissão de Enfermagem- cuidar de pessoas, bem como do mundo de trabalho, um número cada vez maior de utentes, para um número cada vez menor de enfermeiros, sendo neste sentido que o E9 descreve “(...) *eram as touradas das gasimetrias (...) eu decidi, as gasimetrias não vão ser feitas de hora a hora vão ser feitas quando eu tiver tudo bem feito (...)*”

Continuando a análise das competências cognitivas, verificamos que 30% dos entrevistados referiu que “ *No estágio o aluno desenvolve conhecimentos sobre a profissão/socializa-se com a profissão*”, pois segundo os alunos no estágio [competências desenvolvidas em estágio] “(...) *conhecimento dos direitos e deveres de enfermagem (...) saber qual (...) a posição de enfermagem na minha enfermaria e em qualquer sítio onde trabalhava (...)*”(E2); “(...) *no estágio é que se aprende aquilo que é ser enfermeiro.*”(E7) e “(...) *é importante (...) [o estágio] porque é uma vida totalmente diferente, estudante e profissional.*”(E10), aspecto este que também foi identificado por Belo (2003) e que vai ao encontro do defendido como já vimos por Dubar (1997).

Referido por 20% dos entrevistados estão competências como “*capacidade de concentração*”; “ *Capacidade criativa*”(1,6 % de UR); “*agir de forma diferente da maioria*” (1,2 % de UR); “*Capacidade para seleccionar informação relevante*” e “ *Capacidade para fundamentar as acções que realiza*”(0,8% de UR), competências estas que permitem como temos vindo a defender responder à grande mudança e imprevisibilidade que caracteriza os contextos de trabalho.

A respeito da capacidade de concentração o E1 refere “(...) *perceber o que se passa com o teu doente, com o doente do lado, mesmo que não lhes estejas a prestar cuidados, que a tua colega precisa de ajuda, isto envolve concentração (...)*” e o E10 que “(...) *tenho que perceber (...)* *estou a ser avaliada [momento de stress] (...)* *porque estou a cuidar desta pessoa, então deixa-me concentrar (...)*”

Por sua vez, a capacidade criativa definida por Casanova, *in* Pires (1994:11) como “*criar um produto original, imaginativo ou expressivo, também aplicável às ideias*” é descrita pelo E2 da seguinte forma “(...) *não posso fazer isto porque tenho estes conhecimentos e vou tentar criar(...)*”

Relativamente ao “*Agir de forma diferente da maioria*” o E7 refere [*competências adquiridas*] “(...) *perceber se aquilo está mal feito eu não vou fazer assim, vou fazer bem (...)*”

A respeito da “*Capacidade para seleccionar informação relevante*” , o E2 descreve da seguinte forma [*pior estágio*] “(...) *ainda bem que estava no terceiro ano, porque já tinha desenvolvido alguma capacidade de deixar de lado muitas das afirmações que as enfermeiras fazem e de (...) realçar aquilo que era importante para mim neste estágio (...)*”

Por fim, a “*capacidade para fundamentar as acções que realiza*” é descrita por exemplo pelo E2 da seguinte forma [*competências desenvolvidas*] “(...) *temos que ter um conhecimento alargado daquilo que estamos a fazer e do porque é que estamos a fazer (...)*”

Encerrando a análise das competências cognitivas, 10% dos entrevistados referem-se ainda a competências como “*realizar um raciocínio lógico*” “*saberes práticos*” “*Saberes teóricos*”; “*Espírito aberto para pensar de outra forma/ver outras opiniões*”; “*Capacidade de observação*” (0,8% de UR); “*Capacidade para transpor conhecimentos*” ; “*saber fazer*”; “*Saber agir*”; “*a agir de diferentes formas consoante os orientadores*”(0,4 % de UR), sendo que destas competências apenas os saberes teóricos, mais especificamente “*a integração de conhecimentos teóricos na prática*” é identificado por Belo (2003: 141)

De forma compreender o indicador “*agir de diferentes formas consoante os orientadores*” recorreremos a uma ideia já mencionada ao longo do referencial teórico a de que “ *O papel de cada um resulta normalmente daquilo que os outros esperam dele*”, o que obriga a que as pessoas nas suas interacções pessoais cuidem “*(...) da sua imagem para dar a melhor impressão possível, adequando expectativas e procurando responder às solicitações do mundo que as rodeia*”(Ferreira, s.d. a:157), pelo que facilmente se compreende que o E3 refira que perante um supervisor do local de Ensino Clínico e docente com objectivos diferentes “*(...) o estagiário aprende uma técnica (...) que é a técnica do desenrasca (...) a pessoa aprende a conhecer as pessoas e a perceber antes de demonstrar seja o que for (...) quais são os objectivos que ambas as partes quer para ti e depois acaba por acontecer uma coisa que não devia acontecer que é tu agires de uma maneira para o docente e (...) de outra (...) para o enfermeiro(...)*”.

Referido também por 10% dos entrevistados estão muitos indicadores que se referem à forma como os alunos entendem as competências, sendo que segundo os alunos “ *Ser competente é estar preparado para agir*”; “ *Ser competente é saber fazer*”(0,8%); “ *Ser competente é ser capaz de fundamentar as acções que realizamos*” e “ *A competência permite-nos cumprir objectivos profissionais*”(0,4%).

De notar, que os entrevistados não diferenciam saber fazer de saber agir, na medida em que definem competência como saber agir e saber fazer, o que se opõe ao que temos vindo a defender ao longo desta investigação em que competência não é saber fazer, mas sim saber agir, ao qual está inerente a reflexão (Le Boterf, 1997).

Analisadas as competências cognitivas debruçamo-nos agora sobre outro grupo de competência que também obteve elevada representatividade “ *Competências relacionais/comunicacionais*”, competências comunicacionais que em Belo (2003) são aquelas com menor representatividade, sendo que as segundas com maior representatividade nesse estudo são as atitudinais.

Pimentel (2006:3) defendendo que a valorização dos diferentes tipos de competências varia ao longo do curso, refere que “ *A dedicação, seguida do respeito pela pessoa e das capacidades relacionais são, na opinião dos alunos do 1º ano, três atributos e atitudes fundamentais ao enfermeiro. Os alunos do 3º ano valorizam em primeiro lugar a sólida formação teórico/científica, seguida do respeito pela pessoa e da*

competência/segurança”, diferenças estas também visíveis na nossa investigação, visto uma maior representatividade das competências cognitivas comparativamente com as relacionais/comunicacionais.

A importância das competências de âmbito comunicativo - relacional é de fácil compreensão dado como já se disse a importância deste tipo de competências numa profissão que consiste em Cuidar de outros.

Neste sentido, facilmente se compreende que uma das competências com maior representatividade, dentro deste grupo de competências, referida por 70% dos entrevistados seja a “*relação de ajuda com os outros*”, competência esta que também é referida por Belo (2003:141) através do indicador “*Relação empática*”, pois como temos vindo a defender este tipo de relação é o eixo central não só do cuidar do aluno, como também do doente e no desenrolar de um trabalho que se pretende de equipa.

Neste sentido, a Relação de ajuda deve estender-se não só ao doente como também àqueles com quem interagimos, pois segundo o E7 [*competências adquiridas*] “(...) *o relacionamento com os doentes (...)*”; “(...) *ajudou [estágio] muito em termos de relação mesmo com os outros [colegas da turma] (...)*” e “(...) *são pessoas diferentes (...)* *temos que aprender a gerir aquilo tudo [relacionar-se com todas as pessoas], também é uma coisa que eu sinto que aprendi bastante nos estágios.*”

Para além da relação a “*Capacidade de Comunicação com os outros*” é outra das competências a que também um grande número de entrevistados, 60% faz referência, o que também se explica pela sua importância no cuidar em Enfermagem e num trabalho que se pretende desenvolvido em equipa.

Como exemplificativo deste tipo de competência apresentamos duas unidades de registo que pensamos ser bastante elucidativas, as quais [*competências adquiridas, agora no final do curso*] “(...) *não é preciso chegar lá [ao estágio] com a folhinha para fazer o processo (...)* *basta (...)* *uma conversa que já apanhamos as ideias essenciais (...)*”(E8), bem como “(...) *tenho que (...)* *estar preparada para estar a puncionar, a pensar nos passinhos todos e conversar com a pessoa (...)* *isso é difícil ao princípio, não conseguia fazer isso (...)*”(E10)

Inerente a uma relação de ajuda está como desenvolvemos ao longo desta investigação “*a capacidade para perceber /avaliar os outros*”, ou seja, “(...) *às vezes nem sempre o*

sim quer dizer o sim, às vezes é preciso perceber se aquele sim é mesmo um sim ou se está a dizer só sim para encobrir outra história, hoje em dia eu consigo perceber isso e sei que isso foi resultado de quatro anos.”(E3); [competências adquiridas] “(...) saber quando estar e quando fazer alguma coisa por e saber (...) quando simplesmente estar (...)” (E8) e [competências adquiridas] “(...) pôr-me no lugar do outro (...)” (E10), pelo que se compreende que esta seja outra das competências enumerada por 40% dos entrevistados (2,3% de UR).

Também referido por 40% dos entrevistados e com igual percentagem em termos de unidades de registo segue-se uma outra competência também muito importante numa profissão como a Enfermagem “ *a capacidade de trabalho em equipa*”, que o E4 descreve como [competências adquiridas] “(...) às vezes nós não gostamos das pessoas todas da mesma forma (...) o importante é que nós saibamos digerir isso e trabalhar com elas à mesma (...)”

30% dos entrevistados referem-se a uma outra competência de âmbito comunicativo-relacional “ *Saber ouvir os outros*” “(...) saber ouvir essencialmente, porque (...) inicialmente tinha alguma dificuldade em interpretar o silêncio ou as palavras do outro.”(E3); 20% a “*Saber estar*”(1,6 % de UR); “*Saber ser*” (1,2% de UR) “ *ter disponibilidade para os outros* “; “ *estar atento aos sentimentos dos outros*”(0,8% de UR) “(...) estou reactiva quando vejo os familiares a entrar e os enfermeiros numa azafama constante e o familiar entra, está ao pé do utente, chora e ninguém vê (...) essa é uma das competências que (...) sinto que fui desenvolvendo não só com o utente (...) mas principalmente com a família (...)” (E6); 10% dos entrevistados referem-se a competências como “ *tolerância*”; “ *Ser Objectivo*”(1,2 % de UR) pois segundo o E9 uma [competências adquiridas] “(...) ausência de juízo de valor (...)”; “ *paciência*” “ *aprende a individualizar os cuidados*” e “ *respeitar o outro*” (0,4% de UR), competências estas de fundamental importância para o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda.

Outro grupo de competências a que também os alunos fazem bastante referência como tendo desenvolvido ao longo dos vários períodos de Ensino Clínico são as de âmbito metacognitivo, que consistindo no pensar sobre o pensar, permitem ao aluno como foi dito ao longo do referencial teórico “ (...) *consciencializar-se e controlar os seus*

próprios processos de raciocínio.”, “(...) *é a chave mestra do movimento do ensinar a pensar*” (Cardoso *et al.*, citado por Alarcão, 1996:76), que permite “ *a interiorização de estratégias de auto-regulação*”(Glaser, *in* Nisbet, 1992:22, citado por Cardoso *et al.*, *in* Alarcão, 1996:76).

Neste sentido, facilmente se compreende que dentro destas o “ *espírito de auto-formação/auto-desenvolvimento*” é aquela com maior representatividade, referida por 80% dos entrevistados, competência esta que também foi identificada por Belo (2003), o que poderá ser interpretado quer por os alunos considerarem uma competência de fundamental importância numa profissão como a de Enfermagem em constante mudança, visível por exemplo através do discurso do E2 que refere que “(...) *quando acabar o curso vou ter uma licença para aprender (...)*”, como também por ser uma competência que consideram que lhes foi incentivado/incrementado a desenvolver ao longo da formação inicial e mais concretamente durante os períodos de Ensino Clínico, pois por exemplo segundo o E10 [*Um estágio implica*] “(...) *desenvolver estratégias próprias para conseguir ir lá buscá-los [limites] (...)*”

Auto-formação é como temos vindo a desenvolver ao longo desta investigação uma competência que não poderá dissociar-se de uma outra também de fundamental importância, a auto-avaliação, competência esta também bastante valorizada pelos nossos entrevistados, tendo sido referida por 50%.

De seguida apresentamos alguns exemplos desta competência, como [*competências adquiridas*] “(...) *capacidade de auto-crítica (...)*”(E2); “(...) *estes quatro anos ajudaram-me a estudar a mim própria, a perceber porque é que reajo assim em determinada situação (...)*”; “(...) *o permitir-me reconhecer que ali não estive tão bem sei que foi uma coisa que consegui em quatro anos e que me deixa feliz enquanto pessoa.*”(E3)

Também 50% dos entrevistados e com a mesma representatividade em termos de UR especificam a importância desta última competência através do indicador “*A auto-avaliação é importante para que o profissional tome consciência do que precisa melhorar*”, pois “(...) *obrigar-me a pensar nisso [perceber porque reajo assim em determinada situação], além de me permitir conhecer melhor as minhas limitações*

permitiu-me tentar melhorar.” (E3) e “(...) se eu (...) souber daquilo que não sou capaz, já é muito bom, porque (...) vou-me formar (...)”

20% dos entrevistados refere que “ *Uma competência adquire-se*”

Ainda dentro do mesmo grupo de competências, 10% dos entrevistados refere-se a competências como “ *É no estágio que o aluno vê se é ou não capaz de mobilizar os conhecimentos teóricos na prática*” (1,9% de UR); , sendo nesse sentido que algumas das unidades de registo enunciadas pelo E8 sejam por exemplo “*(...) o estágio (...) é a prova de fogo (...) onde (...) vemos tudo, se somos (...) capazes de pôr em acção ou não (...)*” e “*(...) é muito bonito nós estarmos aqui nas aulas e damos a relação de ajuda (...) chegamos lá e (...) nem sempre somos capazes (...)* e *(...) o estágio é aquele sítio para se ver isso.*”

Também 10% dos entrevistados define competência através de vários indicadores, os quais “ *Uma competência é algo que não está adquirido, vai-se melhorando*”(0,8% de UR); “*Uma competência é ser capaz de reflectir sobre as nossas capacidades e conseguir melhorar*”; “ *Uma competência é uma capacidade previamente desenvolvida*”; “ *Uma competência permite-nos otimizar os nossos cuidados*”; “ *Uma competência é inata*” (0,4 % de UR).

Debruçando-nos sobre estes indicadores apercebemo-nos que a definição de competência, mais especificamente a forma como estas se desenvolvem não é consensual entre os alunos, visto que uns defendem a competência como algo inato e outros como algo que evolui e se desenvolve ao longo da vida do indivíduo, sendo sobre esta última ideia que assenta a concepção de competência que temos vindo a desenvolver ao longo desta investigação.

O grupo de competências seguidamente mais valorizado pelos alunos são as competências de índole pessoal.

Dentro destas a “ *capacidade de autocontrolo*”, descrita pelo E8 como “*(...) saber (...) moldar um bocadinho o nosso nervosismo e tentar fazer o melhor que conseguimos (...)*”, é aquela mais referida pelos entrevistados, referida por 60% dos entrevistados, o que facilmente se compreende dado os sentimentos de ansiedade e de stress que acompanham frequentemente os alunos neste período e a que os nossos entrevistados também fazem referência, como veremos aquando a análise da próxima categoria.

“Autoconfiança “, descrita pelo E10 como “(...) há (...) situações em que (...) pensas (...) estou a cuidar desta pessoa (...) sei o que é que estou a fazer (...) estou consciente do que eu sei e então vamos lá (...) é esse o maior crescimento (...)”, é outra competência bastante reportada pelos nossos entrevistados, 40%, o que facilmente se compreende dado os sentimentos de insegurança que os nossos entrevistados vivenciaram neste período, tal como veremos na categoria que se segue.

30% dos entrevistados refere-se ao desenvolvimento de “capacidade de autonomia/independência”(2,3 % de UR) e “ Responsabilidade”(1,6 % de UR), que também foi identificada por Belo (2003).

A respeito desta última o E8 refere que “(...) em termos pessoais (...) sentimos uma evolução ao longo do curso (...) entramos assim pequeninhos, umas criancinhas acabadas de sair debaixo da saia da mãe e depois (...) já tenho alguma responsabilidade (...)”,

De referir, que relativamente à autonomia/independência, 10% dos entrevistados (0,4% de UR) refere que “ A autonomia/independência desenvolve-se com o desenvolvimento de segurança”

20% refere-se ao desenvolvimento de competências como “ espírito de iniciativa”(1,2% de UR) e “capacidade para reconhecer os erros” (0,8% de UR), sendo que relativamente a esta última o E4 refere “(...) quando nós fazemos alguma coisa mal o mais importante é reconhecer (...)”

10% dos entrevistados refere ainda que “ No estágio o aluno aprende a ser humilde”(0,8% de UR), o que segundo o E8 significa “(...) saber ter (...) a humildade de pedir apoio aos outros (...)”e que “ No estágio o aluno aprende a reagir à crítica”(0,4% de UR).

Por fim, também 10% dos entrevistados (0,8% de UR) refere que “ Uma competência é uma qualidade”

Por fim, as “ competências técnicas/psicomotoras” são aquelas que os alunos menos referiram.

Dentro destas, 50% dos entrevistados refere que “ *No estágio desenvolve competências técnicas*” e 30% refere que “ *No estágio desenvolve destreza manual*”, sendo que esta última também foi referida pelos alunos no estudo de Belo (2003).

10% refere que “ *As competências técnicas não são para os alunos as mais importantes*”(1,2 % de UR) e que “ *As competências técnicas desenvolvem-se com a prática*”(0,4% de UR), podendo estes dois indicadores serem explicativos do menor valor percentual deste tipo de competências comparativamente com os outros tipos.

5.2 Sentimentos experimentados pelos alunos no Ensino Clínico

Esta categoria é constituída por nove subcategorias, que perfazem um total de oitenta e um indicadores

CATEGORIA B: Sentimentos experimentados pelos alunos no Ensino Clínico					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		EU (N=10)	
		N	%	N	%
Prazer/desprazer	No estágio o aluno adquire gosto pela profissão	2	0,7%	2	20%
	No estágio o aluno adquire gosto por determinada área	15	5%	7	70%
	No estágio o aluno adquire gosto pelo local de estágio	4	1,3%	3	30%
	No estágio o aluno adquire gosto pelo contacto/relacionamento com as pessoas	3	1%	2	20%
	No estágio o aluno sente-se valorizado	2	0,7%	2	20%
	O aluno sentiu-se bem no estágio	2	0,7%	1	10%
	O aluno não se sentiu bem no estágio	1	0,3%	1	10%
	O aluno não gostou do enfermeiro orientador	7	2,3%	4	40%
	O aluno gostou do enfermeiro orientador	23	7,6%	8	80%

	O aluno não gostou do docente	5	1,7%	3	30%
	O aluno gostou do docente	4	1,3%	2	20%
	O aluno não gostou do enfermeiro orientador e do docente	4	1,3%	4	40%
	O aluno não gostou da Equipa de Enfermagem	2	0,7%	2	20%
	O aluno gostou da Equipa de Enfermagem	5	1,7%	5	50%
	O aluno antes do estágio não gostava da área de estágio	2	0,7%	1	10%
Motivação/Desmotivação	No estágio o aluno sentiu motivação para aprender	10	3,3%	5	50%
	No estágio o aluno sentiu-se desmotivado	4	1,3%	3	30%
Agrado/Decepção	O aluno gostou do estágio porque permitiu atingir os seus objectivos	4	1,3%	2	20%
	O estágio não permitiu atingir os seus objectivos	2	0,7%	2	20%
	O aluno gostou do estágio porque ultrapassou as expectativas	1	0,3%	1	10%
	O aluno não gostou do estágio porque não correspondeu às expectativas	3	1%	1	10%
	A nota final de estágio foi inferior às expectativas	1	0,3%	1	10%
	A nota correspondeu às expectativas	2	0,7%	2	20%
	O aluno ficou chocado perante as diferenças entre a teoria/prática	15	5%	3	30%
	O aluno sentiu agrado por existir congruência entre a teoria e a prática	1	0,3%	1	10%
	No estágio o aluno sentiu-se injustiçado	1	0,3%	1	10%
	No estágio o aluno sentiu-se	1	0,3%	1	10%

	revoltado				
	No estágio o aluno sentiu que foi utilizado como um recurso	2	0,7%	2	20%
	O estágio correu bem	1	0,3%	1	10%
	Se o estágio é negativo não aprendemos nada	1	0,3%	1	10%
	O aluno gostou do estágio por ter tido a possibilidade de realizar estágio onde já tinha realizado	1	0,3%	1	10%
Capacidade/Incapacidade de articular teoria e prática	O aluno sentiu-se incompetente/incapaz de realizar acções no estágio	6	2%	2	20%
	É positivo quando o aluno sente que é capaz de resolver um problema	1	0,3%	1	10%
	O aluno sentiu que houve má preparação teórico/prática para o estágio	31	10,3%	8	80%
	O aluno sentiu que houve boa preparação teórico/prática para o estágio	5	1,7%	3	30%
	O aluno sentiu dificuldade em mobilizar os conhecimentos teóricos na prática	7	2,3%	3	30%
	O aluno sentiu dificuldade em estabelecer prioridades	1	0,3%	1	10%
	O aluno sentiu dificuldades em adaptar os conhecimentos teóricos à realidade prática	2	0,7%	1	10%
	O aluno sentiu-se desorientado no estágio	1	0,3%	1	10%
	O aluno adquiriu poucos conhecimentos em estágio	3	1%	1	10%
	O aluno sentiu uma grande evolução em termos aprendizagem em estágio	16	5,3%	6	60%
	No estágio o aluno sente que adquire/desenvolve competências	4	1,3%	3	30%

	O aluno sentiu que a teoria não se encontra bem organizada	1	0,3%	1	10%
	O aluno sentiu um desnível entre o terceiro e o quarto ano de estágio	2	0,7%	1	10%
	O aluno sentiu falta de destreza manual	1	0,3%	1	10%
	O aluno sente que a aquisição de competências depende do enfermeiro orientador	1	0,3%	1	10%
Stress	O estágio é stressante para o aluno pelo contacto com situações novas	4	1,3%	2	20%
	O estágio é stressante para o aluno pelo contacto com pessoas diferentes	4	1,3%	1	10%
	O estágio é stressante para o aluno porque as situações envolvem pessoas	2	0,7%	1	10%
	O estágio é stressante para o aluno porque as situações envolvem sentimentos	4	1,3%	2	20%
	O estágio é stressante para o aluno porque as situações envolvem stress	6	2%	3	30%
	O estágio é stressante para o aluno porque é um período diferente	1	0,3%	1	10%
	O estágio é stressante para o aluno porque são constantes adaptações	1	0,3%	1	10%
	O estágio é stressante para o aluno porque são aprendizagens diferentes	1	0,3%	1	10%
	O estágio é stressante para o aluno porque são avaliações frequentes	5	1,7%	2	20%
	O estágio é stressante para o aluno pela presença dos	2	0,7%	2	20%

	orientadores				
	O estágio é stressante quando o aluno realiza as primeiras técnicas	1	0,3%	1	10%
	O estágio é stressante para o aluno por se ter que cumprir prazos na entrega dos trabalhos	2	0,7%	1	10%
	O estágio de integração à vida profissional é stressante pelo elevado grau de exigência	2	0,7%	1	10%
	A ocorrência de uma reprovação anterior causou nervosismo e tensão	2	0,7%	1	10%
	O stress em estágio inibe a aprendizagem do aluno	4	1,3%	2	20%
Segurança/Insegurança	O aluno sentiu-se inseguro em estágio	1	0,3%	1	10%
	O aluno sentiu-se inseguro na realização das acções	1	0,3%	1	10%
	O aluno sentiu-se inseguro em estágio pela falta de conhecimentos	2	0,7%	2	20%
	O aluno sentiu-se mais seguro quando tinha mais experiência	1	0,3%	1	10%
	O aluno antes do estágio tinha medo da área de estágio	1	0,3%	1	10%
	O aluno sentiu medo por desconhecer as pessoas	2	0,7%	1	10%
	Sofrimento	O estágio foi difícil porque o aluno fez transferência das situações de estágio para a sua vida pessoal	2	0,7%	1
O aluno em estágio sentiu dor		1	0,3%	1	10%
O aluno descontrolou-se		4	1,3%	3	30%
O aluno em estágio sentiu-se cansado		3	1%	3	30%
O aluno em estágio sentiu-se inferiorizado		3	1%	2	20%

	O aluno em estagio esteve preocupado com os trabalhos a entregar o que é negativo porque perde boas experiências de estágio	5	1,7%	1	10%
Certeza/incerteza	No estágio o aluno adquiriu certeza de que enfermagem é a profissão que gostaria de exercer	2	0,7%	2	20%
	O estágio influenciou o aluno na escolha da área em que gostaria de trabalhar	7	2,3%	2	20%
	O estágio influenciou o aluno na escolha do local onde gostaria de trabalhar	4	1,3%	4	40%
	O estágio não influenciou o aluno na escolha da área onde gostaria de trabalhar	3	1%	1	10%
	Cria-se um conflito no aluno quando o enfermeiro orientador pede a este para fazer de forma diferente do que aprendeu na escola	1	0,3%	1	10%
Sentir-se à vontade	O aluno sentir-se à vontade em estágio é importante porque facilita a aprendizagem	2	0,7%	2	20%
	É importante que os alunos se sintam à vontade para que sintam os enfermeiros como alguém que está no estágio para ajudar	1	0,3%	1	10%
	O aluno sentiu-se à vontade no estágio	1	0,3%	1	10%
TOTAL DA CATEGORIA:		301	100%	10	100%

Quadro nº 42: Sentimentos experimentados pelos alunos no Ensino Clínico

Sentimentos, ou seja “*consciência subjectiva do nosso estado emocional.*” (Gaylin, citado por Chalifour, 1989:43) são outros dos resultados do Ensino Clínico, que segundo os nossos entrevistados podem ser de vários tipos.

Alguns desses tipos de sentimentos, embora com uma representatividade muito menor foram apontados em alguns dos estudos consultados, sendo que ao longo desta análise faremos referência a esses sempre que a sua presença se verifique.

Dentro dos vários tipos de sentimentos, os de “ *Prazer/desprazer*” e os de “*Capacidade/Incapacidade de articular teoria e prática*” são aqueles a que os alunos mais se referem, embora este último apresente um número ligeiramente maior de unidades de registo.

Capacidade/incapacidade para articular teoria e prática que a maioria dos entrevistados (UE=80%) liga sobretudo a uma “(...) *má preparação teórico/prática para o estágio*”, pois tal como Malglaive (1995:70) defende os saberes teóricos são essenciais na prática, na medida em que dão “(...) *a conhecer as leis de existência, de constituição, de funcionamento do real (...)*”, permitindo actuar com discernimento “(...) *agir com toda a clareza, isto é, permite ajustar de maneira muito precisa as intervenções práticas sobre a realidade, prever os seus efeitos, o seu sucesso ou o seu insucesso, fixar as suas condições e os seus limites de validade e, portanto, garantir que determinada acção terá um dado resultado e não outro.*”

Contudo, apesar de intervirem na prática é importante não esquecer, tal como defendemos ao longo do referencial teórico, que os saberes teóricos não têm um efeito normativo, ou seja “ *Uma teoria não se aplica na prática: ela investe-se aí, tornando-se o objecto (de conhecimento) que permite agir mais eficazmente sobre o real, actuando sobre a representação pensada.*” (Malglaive, 1995:71), pelo que inerente a todo este processo está uma atitude de permanente interrogação/questionamento, de análise crítica da realidade ou tal como refere Schön (1983,1987, in Alarcão, 1996), de reflexão .

Reflexão que nem sempre a escola desenvolve, pelo que facilmente se compreende que o E2 defenda que [A escola de enfermagem não nos prepara para lidar com situações difíceis] “(...) *é um paradoxo incrível, a escola de enfermagem preparam tarefeiros (...)* *é horrível(...)*”

Analisado um sentimento de incapacidade a que os alunos atribuem elevada importância, importa referir que não são só estes sentimentos que os alunos vivenciam em estágio, na medida em que sentimentos de capacidade são também bastante

reportados pelos entrevistados como é o caso do indicador “ *O aluno sentiu uma grande evolução em termos de aprendizagem em estágio*”, que é referido por 60% dos entrevistados e que facilmente se compreende dadas as variadíssimas oportunidades que este período propícia aos alunos.

Aprendizagens que 30% dos entrevistados especificam referindo que “*No estágio o aluno sente que adquire/desenvolve competências*”(UR=1,3%), o que se compreende dado uma das condições para a sua aquisição e desenvolvimento ser o contacto com situações problemáticas complexas, que a prática pelas suas características proporciona.

Referido também por 30% dos entrevistados (UR=1,7%) está um indicador que se opõem ao primeiro, definido por “*O aluno sentiu que houve boa preparação teórica/prática para o estágio*”

Também referido por 30% dos entrevistados (UR=2,3 %) está outra incapacidade sentida pelos alunos “*(...) mobilizar os conhecimentos teóricos na prática*”, mobilização que como já vimos está inerente à noção de competência de Le Boterf (1995,1997) e Jonaert (2002), pelo que sem esta capacidade de nada serve ter conhecimentos. Neste sentido, facilmente se compreende que o E4 refira que “*(...) nós demos [na teoria] quais são as orientações perante um doente que tem comportamento agressivo, agora pôr em prática é sempre diferente (...)*”

Perante todos os indicadores já referidos facilmente se compreende que outro indicador referido por 20% dos entrevistados seja “ *O aluno sentiu-se incompetente/incapaz de realizar acções no estágio*”

Um menor número de entrevistados, 10% (UR=0,3%) referem quando tal não acontece, ou seja quando o aluno sente que é capaz de resolver um problema é positivo.

Também 10% dos entrevistados refere que “ *O aluno adquiriu poucos conhecimentos em estágio*”(UR=1%), o que contraria um outro indicador com elevada representação.

10% refere ainda que “*(...) sentiu que a teoria não se encontra bem organizada (...)*” (UR=0,3%), tendo sentido “*(...) um desnível entre o terceiro e o quarto ano de estágio*” sendo que outros 10% refere ter sentido “*(...) dificuldades em adaptar os*

conhecimentos teóricos à realidade prática” (UR=0,7%), pois segundo o E4“(...) às vezes eu acho que nós saímos muito presos à teoria e depois (...) é difícil de nos adaptar-mos (...) [à prática]”

Por fim, outros 10% referem-se a sentimentos de incapacidade relativamente a vários tipos de competências, como, “*O aluno sentiu dificuldade em estabelecer prioridades*”, “*O aluno sentiu falta de destreza manual*” e “*O aluno sentiu-se desorientado no estágio*” o que o E6 descreve da seguinte forma [*pior estágio*] “*(...) quer dizer é o teu primeiro contacto (...) com enfermagem de cuidados de saúde primários, sentes-te completamente perdida (...)*” (UR=0,3 %), o que também 10% dos entrevistados associam ao enfermeiro orientador dado que outro indicador enumerado pelos entrevistados é que “*A aquisição de competências depende do enfermeiro orientador*”(0,3% de UR).

Encerrada a análise da subcategoria Capacidades/incapacidades, debruçamo-nos sobre os sentimentos de Prazer/desprazer, começando pelos de Prazer visto serem aqueles com maior representatividade.

Prazer que pode ser a vários níveis, sendo que o indicador “*O aluno gostou do enfermeiro orientador*” é aquele com maior representatividade quer em termos de unidades de enumeração quer de registo (UE=80% e UR=7,6%), o que facilmente se compreende dado que segundo Lacey (1977) e McNally *et al.* (1997), citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.* (2001: 231) “*(...) o gostar do seu supervisor enquanto pessoa, bem como o identificar-se com as suas formas de pensar e de agir são cruciais*” para que a díade, a relação supervisor/aluno funcione, que é aliás como já vimos um dos factores que os nossos entrevistados mais defendem como determinantes para o sucesso de todo este processo.

Para além de gosto pelo enfermeiro orientador “*No estágio o aluno adquire gosto por determinada área*”, o que constitui o indicador seguinte com maior representatividade (UE= 70% e UR=5%), factor este que como já se viu no primeiro tema pode influenciar o desenvolvimento do aluno durante este período.

Seguidamente referido por 50% dos entrevistados está o indicador “ *O aluno gostou da Equipa de Enfermagem*”, sentimento este fundamental dada a importância que os nossos entrevistados atribuem a estes elementos no sucesso do Ensino Clínico.

Seguidamente com menor representatividade estão sobretudo sentimentos de desprazer, embora alguns também de prazer.

Deste modo, dentro dos sentimentos de desprazer 40% dos entrevistados refere que “(...) *não gostou do enfermeiro orientador*”(UR=2,3 %) e que “ (...) *não gostou do enfermeiro orientador e do docente*”(UR=1,3%), sendo que relativamente a este último indicador o E1 refere que [*O pior estágio da minha vida*] “(...) *as duas coisas em conjunto [má enfermeira orientadora e um mau docente] é catastrófico, completamente catastrófico, é uma sensação de abandono (...)*”

Por sua vez, uma menor percentagem 30% refere que “*O aluno não gostou do docente*”(UR=1,7%) e 20% que “ *O aluno gostou do docente* “(UR=1,3%) e que “*O aluno não gostou da Equipa de Enfermagem*”(UR=0,7%)

Analisados sentimentos de prazer/desprazer muitos directamente ligados aos supervisores e antes de continuarmos a análise importa fazer uma breve interpretação.

Dessa interpretação subjaz a ideia de que as maiores referências são relativamente ao supervisor do local de Ensino Clínico, seguindo-se a Equipa de Enfermagem e por fim o docente, o que facilmente se compreende pela importância que os entrevistados atribuem a cada um destes elementos.

Para além destas diferenças verificamos diferenças de sentimentos relativamente a cada um destes elementos, pois enquanto que relativamente ao supervisor do local de Ensino Clínico e Equipa de Enfermagem os sentimentos de gosto são aqueles a que é atribuída maior representatividade, no que concerne aos docentes são sobretudo os de desprazer.

Continuando a análise verificamos que para além de gosto pela área, que como já vimos os alunos atribuem grande representatividade, 30% dos entrevistados (UR=1,3%) referem que adquirem também “(...) *gosto pelo local de estágio*”, local de Ensino Clínico que como vimos no primeiro tema constitui outro aspecto que pode influenciar o desenvolvimento do aluno durante este período.

Permitindo o estágio o contacto do aluno com problemas reais da profissão, facilmente se compreende que 20% dos entrevistados refiram também que *“No estágio o aluno adquire gosto pelo contacto/relacionamento com as pessoas”*(UR=1%), pois segundo o E10 *“Estar em estágio, primeiro gosto, porque é estar com as pessoas (...)”*, que *“ No estágio o aluno adquire gosto pela profissão”*(UR=0,7%) e que *“No estágio o aluno sente-se valorizado”* (UR=0,7%), sendo este último indicador visível no discurso do E8 o qual refere que *[enfermeira orientadora que me deixava às vezes sozinha]* *“(...) isso era importante e até gratificante para mim (...)”*

Por fim, e encerrando a análise dos sentimentos de prazer/desprazer, referido por 10% dos entrevistados estão ainda indicadores como *“O aluno sentiu-se bem no estágio”*(UR=0,7%), *“ O aluno não se sentiu bem no estágio”*(UR=0,3 %) e *“ O aluno antes do estágio não gostava da área de estágio”*(UR=0,7%).

O sentimento que a seguir os entrevistados atribuem grande importância é ao stress, sentimento este que já foi descrito por vários autores como Kushnir (1986) e Windsor (1987), citado por Abreu (2003) que referem que tal poderá dever-se à *“(...) presença do docente, a relação com a equipe, o receio de não ser capaz, a situação clínica do doente ou mesmo a sua própria personalidade (...)”*

Muitas destas razões assim como muitas outras são apontadas pelos nossos entrevistados, sendo que a mais enumerada, referida por 30% dos entrevistados é que *“ O estágio é stressante para o aluno porque as situações envolvem stress”*, sendo que o E9 refere mesmo que *“(...) Estar em estágio significa para mim estar sob pressão (...)”* *“(...) pressão de uma avaliação (...)”* (E9), que é o indicador seguinte com maior representatividade, referido por 20% dos entrevistados (UR=1,7%).

Apontados também por 20% dos entrevistados, embora com menor representatividade em termos de UR (1,3%) estão factores como *“(...) contacto com situações novas”* e *“ Situações que envolvem sentimentos”*, sendo que relativamente a este último o E6 refere *[estar em estágio para mim é um período de grande stress]* *“porque são (...) sentimentos diferentes, de alegria, tristeza, situações difíceis de morte (...)”*

20% dos entrevistados e ainda com menor representatividade em termos de UR (0,7%) liga este sentimento à *“(...) presença dos orientadores”*

Referido por 10% dos entrevistados e com uma representatividade de 1,3 % está o indicador “ *O estágio é stressante para o aluno pelo contacto com pessoas diferentes*” (UR=1,3%), “*Porque (...) são doentes diferentes (...)*” ; “*Porque (...) são profissionais diferentes (...)*” “; *Porque (...) são colegas diferentes (...)*” (E6)

10% dos entrevistados, mas com menor percentagem de UR (0,7%) referem que “ *O estágio é stressante para o aluno porque as situações envolvem pessoas*”, pois segundo o E3 [*O estágio é stressante porque*] “*(...) com a máquina eu posso discutir, com a máquina eu posso estar mal disposta, com a máquina eu posso (...) ser casmurra o dia todo e com a pessoa não (...)*”

Também com igual representatividade a este indicador estão indicadores como “*O estágio é stressante para o aluno por se ter que cumprir prazos na entrega dos trabalhos*”, sendo que o E9 descreve que [*estar em estágio significa pressão de cumprimento de prazos porque*] “*(...) daqueles documentos escritos (...) fazemos com que a nossa licenciatura (...) dependa disso e (...) não me consigo desvincular desta sensação (...)*”, bem como indicadores como “ *O estágio de integração à vida profissional é stressante pelo elevado grau de exigência*”, pois segundo o E4 “*(...) é uma ideia prévia (...) o nome de integração à vida profissional tem aquele peso, vais ficar sozinha e agora vais fazer tudo sozinha, mas não é bem assim.*” e por fim indicadores como “ *A ocorrência de uma reprovação anterior causou nervosismo e tensão*”, sendo que este é descrito pelo E9 da seguinte forma [*O pior estágio*] “*(...) o nervosismo que é porque (...) o professor orientador da escola sabe que eu chumbei e porque vai dizer à enfermeira orientadora que se por sua vez quiser implicar só pelo facto de eu ter chumbado, já tem em mim uma potencial chumbada (...)*”

Com ainda menor representatividade (0,3 % de UR), mas referido por também 10% dos entrevistados estão indicadores como “ *O estágio é stressante para o aluno porque é um período diferente*”, “ *O estágio é stressante porque são constantes adaptações*”, “ *O estágio é stressante para o aluno porque são aprendizagens diferentes*” e “ *O estágio é stressante quando o aluno realiza as primeiras técnicas*”

Apontadas algumas explicações para tal sentimento, 20% dos entrevistados (UR=1,3 %) apontam um outro indicador que explica os inconvenientes deste, o qual “ *O stress em estágio inibe a aprendizagem do aluno*”, pois segundo o E5 “*(...) quando estamos sob*

o stress [causado pela enfermeira orientadora] mesmo o que sabemos bloqueamos e não respondemos (...)”, sendo que o E1 refere mesmo que “(...) isto[stress em estágio] inibe o raciocínio como deve ser, isto não lhe permite pensar (...)”

Seguidamente os sentimentos de agrado/decepção são aqueles de seguida são mais enumerados.

Dentro destes, o choque perante as diferenças entre a teoria e prática, que Schmalenberg & Kramer (1976), citado por Mestrinho, *in Mestrinho et al.*, (2000:31) descrevem como a vivência por parte do estudante de “ (...) *sentimentos de desamparo, de impotência, de frustração e de insatisfação (...)*” constitui um desses sentimentos, que os nossos entrevistados também descrevem desta forma, o que é visível através de várias unidades de registo como por exemplo *[estágio em que vivi uma situação difícil]*“(...) *os princípios não são respeitados [pela equipa de enfermagem] e faz nos um bocado confusão.*” ,*[no estágio]*“(...) *apanhamos algumas desilusões, alguns dissabores (...)*”, “(...) *chegamos à prática com aquela teoria e muitas vezes ficamos decepcionados eu já me aconteceu e é negativo.*”(E4), sendo que o E6 também refere que “(...) *se calhar por ir com mais expectativas, por ser uma área em que (...) me quero formar (...) e chegar à realidade e ver uma discrepância tão grande entre aquilo que nós idealizamos ser e entre (...) o que de facto é, se calhar por isso terem sido negativas para mim [determinadas experiências de estágio] (...)*” e *[experiência mais negativa de estágio]* “(...) *via fazer tudo ao contrário do que tinha aprendido na escola (...)*”

Sentimento este a que os alunos atribuem grande importância, visto ser aquele com maior representatividade (UE=30% e UR=5%), o que vai ao encontro de muitas outras investigações onde este sentimento é também bastante relatado pelos alunos (Hughes, 1955 & Davis, 1968, *in Dubar*, 1997; Mestrinho e Pinto, *in Mestrinho et al.*, 2000; Miller, 1985:418, *in Silva & Silva*, s.d.; Ribeiro, *in Costa et al.*, 2000, entre outros).

Seguidamente “*O aluno gostou do estágio porque permitiu atingir os seus objetivos*” é o indicador seguinte dentro desta subcategoria com maior representação (UE=20% e UR=1,3%), sendo que a situação oposta “*O estágio não permitiu atingir os seus objetivos*” atinge menor representatividade (UE=20% e UR=0,7%), sendo exemplo deste último a seguinte unidade de registo *[com o enfermeiro orientador que não gostei*

muito] “ (...) saí de lá com imensas dúvidas e com imensa necessidade de ter feito coisas melhores (...) ”(E1)

Com igual representatividade a este último estão indicadores como “A nota correspondeu às expectativas” e “No estágio o aluno sentiu que foi utilizado como um recurso”, sendo exemplo deste último a seguinte unidade de registo “(...) a maior parte dos estágios aquilo que nós fazemos é tirar trabalho aos enfermeiros (...)”(E2), aspecto este que como foi dito no tema dois é referenciado em diversos estudos.

Ainda no que respeita à congruência com as expectativas do aluno, um menor número de entrevistados (10%) refere que “ O aluno não gostou do estágio porque não correspondeu às expectativas”(UR=1%), sendo que o mesmo número de entrevistados mas com menor representatividade em termos de UR (0,3 %) refere que “O aluno gostou do estágio porque ultrapassou as expectativas”, bem como “ A nota final de estágio foi inferior às expectativas”

Por sua vez, e tendo em conta que os sentimentos de choque perante as diferenças entre teoria e prática atingiram grande representatividade, facilmente se compreende que o indicador “ O aluno sentiu agrado por existir congruência entre a teoria e a prática” se situe ao nível destes últimos indicadores, ou seja com menor representatividade (UE= 10% e UR=0,3%).

Também com representatividade igual a estes últimos indicadores estão indicadores como “No estágio o aluno sentiu-se injustiçado”; “ No estágio o aluno sentiu-se revoltado”, sentimentos estes despoletados por um processo avaliativo.

Com igual representatividade estão ainda indicadores como “ O estágio correu bem”; “ Se o estágio é negativo não aprendemos nada” e “O aluno gostou do estágio por ter tido a possibilidade de ter realizado estágio onde já tinha realizado”.

“Sofrimento” é a subcategoria seguinte com maior representatividade, dentro da qual o indicador “ O aluno descontrolou-se” , que o E7 descreve como [pior estágio em que tive a pior docente em que os berros foram mais que muitos] “(...) saí da sala e desatei a chorar (...)”, bem como o indicador “ O aluno em estágio sentiu-se cansado”, são

aqueles com maior representatividade, referidos por 30% dos entrevistados, embora o primeiro com maior percentagem em termos de unidades de registo (1,3% para 1 %).

Relativamente a este último indicador o E10 descreve [*No estágio*] “(...) *chega a um ponto que estás cansada (...) a vida social fica um pouco descabida, porque tens aquelas coisas todas para fazer (...)*”

Seguidamente referido por 20% dos entrevistados segue-se o indicador “ *O aluno em estágio sentiu-se inferiorizado*”, sentimento este que é bastante explícito pelo E1 através da seguinte unidade de registo : [*se o estágio é negativo não aprendemos nada porque*] “(...) *não vamos chatear o senhor chefe de equipa (...) é horrível essa sensação de hierarquização e tu estás no fundo da cadeia alimentar, feito rato, não é bom*”

Com menor representatividade, mais especificamente referido por 10% dos entrevistados segue-se o indicador “ *O aluno em estágio esteve preocupado com os trabalhos a entregar o que é negativo porque perde boas experiências de estágio*” (UR=1,7%).

Também referido por 10 % dos entrevistados mas com menor número de unidades de registo (UR= 0,7%) está o indicador “ *O estágio foi difícil porque o aluno fez transferência das situações de estágio para a sua vida pessoal*”, pois segundo o E5 [*estágio que não gostei*] “(...) *nesse estágio (...) fiquei com uma doente que tinha a idade da minha irmã (...) e que tinha uma situação muito difícil (...) e aquilo mexeu muito comigo (...) a minha vontade era sair dali e chorar (...)*”

Perante isto facilmente se compreende que também 10 % dos entrevistados, embora com menor representatividade em termos de UR, 0,3 % refira que “ *O aluno em estágio sentiu dor*”, visível através do discurso do E6 que refere que [*estágio em que não tinha uma relação próxima com a professora e em que a enfermeira fazia tudo muito depressa*] “(...) *quando me pediram para colaborar a fazer a múmia foi a coisa que mais me custou, foi horrível (...) foi o momento mais difícil (...) tanto foi que ficou cá.*”

“*Certeza/incerteza*” é o sentimento seguinte a que os alunos atribuem significação, sendo que dentro deste, o indicador “ *O estágio influenciou o aluno na escolha do local*

onde gostaria de trabalhar “ é o indicador a que os alunos atribuem maior significação, referido por 40% dos entrevistados (UR=1,3%), sendo bastante visível através do discurso do E3 que descreve [*estágio que gostei*] “(...) *foi um daqueles sítios que eu acabei o estágio e disse: isto é um bom local para vir trabalhar!(...)*”

Referido por menos entrevistados , 20% , embora com maior percentagem de UR (2,3%) está o indicador “ *O estágio influenciou o aluno na escolha da área em que gostaria de trabalhar*”, pois segundo o E4 “(...) *as nossas experiências em estágio eu valorizo imenso (...) se perguntar qual foi o estágio que eu mais gostei?, de cuidados Intensivos, se perguntar para onde é que eu quero ir trabalhar?, Cuidados Intensivos (...)*”

Também Durão *in Mestrinho et al* (2000:70) a respeito da escolha dos serviços para início do exercício profissional defende que “(...) *o processo de formação e a forma como foi vivenciado, poderá também contribuir ou influenciar os estudantes finalistas na sua opção por determinados serviços para iniciarem a sua actividade profissional.*” Apesar disto, este mesmo autor, citando Saiote (1988) faz referência a uma série de outros factores que também poderão influenciar a escolha do local para início da actividade profissional, pelo que facilmente se compreende que também 10% dos entrevistados (UR=1%) refiram que “ *O estágio não influenciou o aluno na escolha da área onde gostaria de trabalhar*”, o que é visível no discurso do E6 o qual refere “(...) *apesar de enfermagem ser sempre aquilo que eu quis mesmo, eu nunca cheguei ao fim de um estágio com a sensação de, tenho a certeza que é isto que eu quero, isto aquela determinada área (...)*”, “(...) *a minha área de eleição (...) é cuidados de saúde primários (...) embora nesta área tenha tido a minha pior experiência (...) é um bocado ambíguo (...)*”

Referido também por 20% dos entrevistados, mas com menor número de UR (0,7%) segue-se o indicador “ *No estágio o aluno adquiriu certeza de que enfermagem é a profissão que gostaria de exercer*”, pois segundo o E8 “(...) *é aquele momento [estágio] em que nós vemos (...) se é mesmo aquilo que nós nos vemos a fazer para o resto da vida (...)*”, o que facilmente se compreende dado que foi dito ao longo do referencial teórico é no Ensino Clínico que o aluno se insere “(...) *numa cultura*

profissional única, onde se cruzam diferentes representações sobre a profissão, diversas ideologias profissionais (...)”(Abreu, in Canário, 2003:153).

Por fim, referido por 10% dos entrevistados e com uma representatividade de 0,3 % de UR está o indicador “ *Cria-se um conflito no aluno quando o enfermeiro orientador pede a este para fazer de forma diferente do que aprendeu na escola*”, conflito que como vimos ao longo do referencial teórico, Ribeiro (1995, in Silva & Silva, s.d.:107) descreve como um efeito “ *esquizofrenizante* “ nos alunos que os conduz a viverem sentimentos de choque, dificuldades de socialização e em fazerem a ponte entre a teoria e a prática (Belo, 2003; Caires & Almeida, in Gonçalves *et al.*, 2001; Zeichner, 1993, entre outros).

“Motivação/desmotivação” são os sentimentos que se seguem com maior representatividade, sendo que os sentimentos de motivação estiveram segundo os nossos entrevistados mais presentes que os de desmotivação, dado que 50% dos entrevistados referiram que “ No estágio o aluno sentiu motivação para aprender”, em contraste com 30% dos entrevistados que refere que “ No estágio o aluno sentiu-se desmotivado”.

Como exemplo de motivação temos por exemplo uma unidade de registo enunciada pelo E10, o qual refere [*O estágio faz-me*] “(...) *querer crescer e amanhã vou fazer isto (...)* vou estudar (...)”.

Por sua vez, como exemplo de desmotivação temos uma das unidades de registos mencionadas pelo E1 segundo o qual [*pior estágio*] “(...) *saí uma vez do hospital (...)* e disse (...) *vou desistir do curso (...)* porque a minha saúde mental não me permite que ultrapasse isto (...)”

“ *Sentimentos de segurança/insegurança*” são os sentimentos que a seguir os alunos atribuem maior representatividade, sendo este último o mais referido pelos entrevistados.

Insegurança que 20% dos entrevistados e com uma representatividade de 0,7 % explica através do indicador “ *O aluno sentiu-se inseguro em estágio pela falta de conhecimentos*”

Sentimentos de medo são ainda referidos por 10% dos entrevistados, que especificam através de dois aspectos, os quais, “ O aluno sentiu medo por desconhecer as pessoas” (UR=0,7%) e “O aluno antes do estágio tinha medo da área de estágio” (UR=0,3%).

Com representatividade igual a este último indicador seguem-se os indicadores “ *O aluno sentiu-se mais seguro quando tinha mais experiência*”; “ *O aluno sentiu-se inseguro em estágio*” e “ *O aluno sentiu-se inseguro na realização das acções*”

Por fim, “ *Sentir-se à vontade*” é o sentimento com menor representatividade, não por os alunos não o valorizarem, visto que como já vimos é um dos sentimentos que segundo os alunos os supervisores deverão ser capazes de criar, mas provavelmente por não o sentirem no decorrer do Ensino Clínico, visto que apenas 10% dos entrevistados (UR=0,3%) refere que “*O aluno sentiu-se à vontade no estágio*”

Relativamente à importância deste sentimento, 20% dos entrevistados especifica que “ *O aluno sentir-se à vontade em estágio é importante porque facilita a aprendizagem*” e 10 % (UR=0,3%) refere que “ *É importante que os alunos se sintam à vontade para que sintam os enfermeiros como alguém que está no estágio para ajudar*”

5.3 Comparação entre as aprendizagens em Ensino Clínico e as aprendizagens em aula

Esta categoria é formada por sete subcategorias, que perfazem um total de dezanove indicadores, tal como é possível verificar através do seguinte quadro.

CATEGORIA C: Comparação entre as aprendizagens em Ensino Clínico e as aprendizagens em aula					
SUBCATEGORIA	INDICADOR	FREQUÊNCIA			
		UR		EU (N=10)	
		N	%	N	%
Quantidade de aprendizagens realizadas	Maior número de aprendizagens em estágio que nas aulas	3	5,2%	2	20%
	Os estágios são mais produtivos que as aulas quando são bem orientados	1	1,7%	1	10%
Compreensão dos conhecimentos	Os estágios permitem uma clarificação dos conhecimentos adquiridos na escola	3	5,2%	3	30%
Contacto com as situações	Estágios permitem um contacto directo com a realidade prática	9	15,5%	4	40%

Preferência	Preferência pela teoria	1	1,7%	1	10%
	Preferência pela prática	1	1,7%	1	10%
Motivação	O estágio é mais motivante que as aulas	2	3,5%	1	10%
	O estágio é mais motivante que as aulas porque desperta para pormenores	1	1,7%	1	10%
Cansaço	O estágio é mais cansativo que as aulas	1	1,7%	1	10%
Congruência/interligação entre teoria e prática	Existe uma inter relação entre a teoria e a prática	6	10,3%	1	10%
	Existem diferenças entre a teoria e a realidade prática	11	18,9%	5	50%
	Os estágios complementam as aulas	2	3,5%	2	20%
	Os estágios são a aplicação das aulas	4	6,9%	3	30%
	Os estágios são a aplicação do que nos transmitem na prática	1	1,7%	1	10%
	As aulas são importantes quando se relacionam com a prática	2	3,5%	1	10%
	A teoria orienta a prática	6	10,3%	4	40%
	A teoria vem da prática	1	1,7%	1	10%
	A prática vem da teoria	1	1,7%	1	10%
	Não há teoria sem prática	1	1,7%	1	10%
	Não há prática sem teoria	1	1,7%	1	10%
	TOTAL DA CATEGORIA:		58	100%	9

Quadro nº 43: Comparação entre as aprendizagens em Ensino Clínico e as aprendizagens em aula

Bento (1997:133) centrando-se sobre os alunos de enfermagem refere que estes “(...) valorizam de forma diferente a influência que a teoria e a prática exercem na aprendizagem do que é a enfermagem (...)”, aspecto este também visível nesta investigação, dado que os alunos estabelecem comparações entre as aprendizagens em Ensino Clínico e as aprendizagens em aula, centrando-se em vários aspectos, os quais integram as diversas subcategorias.

Um dos aspectos mais referido pelos alunos relaciona-se com a “*Congruência/interligação entre teoria e prática*”, o que facilmente se compreende dada a tão discutida dicotomia teoria /prática, por sua vez já abordada em vários estudos (Hughes, 1955 & Davis, 1968, *in* Dubar, 1997; Pinto, *in* Mestrinho *et al.*, 2000; Ribeiro, *in* Costa *et al.*, 2000; entre outros).

Centrando-nos sobre a relação entre teoria e prática, facilmente nos apercebemos que metade dos entrevistados e com uma representatividade de 18,9% de UR refere que “*Existem diferenças entre a teoria e a realidade prática*”, facto que é relatado em muitos dos estudos acima referidos.

Como exemplo deste indicador apresentamos as seguintes unidades de registo “(...) *chegamos lá [estágio] e vemos que as coisas não são realmente assim [como na teoria](...)*”(E4); “(...) *sei qual é a área (...) em que eu gostaria de trabalhar por aquilo que eu sei que posso fazer e não por aquilo que eu vi fazer (...)*”(E6); “(...) *quando estamos na parte da prática, vemos olha isto não é assim tão linear como demos nas aulas (...)*”(E8).

Também com elevada representatividade, 40% dos entrevistados e com 10,3 % em termos de UR segue-se o indicador “*A teoria orienta a prática*”, aspecto este que como vimos é defendido por Malglaive (1995:70) , segundo a qual “*o saber teórico, é (...) o fundamento indispensável da eficácia dos saberes que regulam a acção: os saberes processuais*”

Como exemplo deste indicador temos as seguintes unidades de registo referidas pelo E10 “(...) *temos as bases que é o importante (...) porque é a nossa orientação (...)*”; “(...) *é essencial, perceber porquê é que eu tenho que fazer assim, porque depois na prática torna-se mais fácil (...)*”

Segundo esta autora, o facto dos saberes teóricos orientarem a prática não significa que indique as finalidades que a acção deve perseguir, nem que determinam o meio de as atingir, mas que apenas sugerem vias possíveis para a realização dos seus fins, pelo que esta autora defende que a relação que o saber teórico estabelece com a prática não é da ordem da aplicação, mas sim da intervenção (Malglaive, 1995).

Contrariamente ao defendido por esta autora, a aplicação é a forma como 30% dos

nossos entrevistados (6,9 % de UR) encaram a relação entre teoria e prática, na medida em que referem que *“Os estágios são a aplicação das aulas”*.

10% e com 1,7% de UR refere que os Ensinos Clínicos são mesmo a *“aplicação do que nos transmitem na prática”*.

20% dos entrevistados (3,5 % de UR) defende que *“Os estágios complementam as aulas”*, o que facilmente se compreende dado como já vimos os estágios permitirem o contacto com situações problemáticas reais que não são possíveis contactar, criar em ambiente escolar, permitindo o desenvolvimento de competências e a socialização profissional.

Apesar das diferenças entre teoria e prática reportadas por metade dos entrevistados, 10% dos entrevistados e com uma representatividade de 10,3 % de UR defende que *“existe uma inter relação entre teoria e prática”*, o que vai ao encontro do que defendemos ao longo do referencial teórico.

A respeito deste indicador o E4 reporta-se a várias unidades de registo, sendo que apresentamos algumas como exemplo como *“(…) não posso concordar que a enfermagem que nós damos na teoria seja muito diferente da prática (...)”*; [teoria e prática não são diferentes] *“(…) penso que às vezes sofre adaptações (...)”*; [teoria e prática] *“(…) estão sempre relacionadas (...)”*; [teoria e prática] *“(…) parece que são coisas diferentes, não são (...) as pessoas é que fazem com que as coisas sejam diferentes (...)”*

Também 10% dos entrevistados, embora com menor número de UR (3,5 %) referem que *“As aulas são importantes quando se relacionam com a prática”*, pois segundo o E2 *“(…) não me interessa ter uma aula teórica se eu não souber o que é que vou fazer com aquilo que me estão a dar.”*

Ainda a respeito da relação entre teoria e prática 10% dos entrevistados e com uma representatividade de 1,7 % de UR defendem que *“A teoria vem da prática”*; *“A prática vem da teoria”*, *“Não há teoria sem prática”* e *“Não há prática sem teoria”*, indicadores estes que vão ao encontro da relação teoria /prática defendida por Malglaive (1995) segundo a qual a prática não é só consumidora como também produtora de teoria.

Outro aspecto que a que os nossos entrevistados atribuem grande importância aquando a comparação entre as aprendizagens em Ensino Clínico e em aula é ao contacto com as situações, em que 40% dos entrevistados referem que “*Os estágios permitem um contacto directo com a realidade prática*”, o que vai ao encontro de muitas das definições de Ensino Clínico apresentadas ao longo do referencial teórico. Uma das UR mencionadas pelo E10 que é bastante ilustrativa deste indicador é a seguinte “*(...) é totalmente diferente [o estágio da teoria] tu estás [no estágio] face a uma pessoa, estás nervosa porque vais picar (...) porque está a família ao pé e está preocupada, estás a fazer perguntas ao mesmo tempo que tu estás a picar (...)*”

Quantidade de aprendizagens realizadas é a subcategoria seguinte com maior representatividade, dentro da qual 20 % dos entrevistados referem “*Maior número de aprendizagens em estágio que nas aulas*”, o que vai ao encontro do referido por Bento (1997:133) segundo o qual “*(...) No discurso dos alunos é frequentemente explicitada a ideia de que na teoria lhes é transmitida a informação teórica, mas são os estágios que constituem o espaço e o tempo em que tem lugar a construção do conhecimento.*”, sendo nesse sentido que o E7 refere que “*(...) se eu estou seis meses na escola e dois meses no estágio eu aprendo muito mais naqueles dois meses do que propriamente nos seis meses (...)*”

Contudo, 10% dos entrevistados sublinha que “*Os estágios são mais produtivos que as aulas quando são bem orientados*”, o que se compreende dada a importância que os alunos atribuem ao supervisor no desenvolvimento de competências pelo aluno durante este Ensino Clínico.

“*Compreensão dos conhecimentos*” é a subcategoria seguinte com maior representatividade, descrita por apenas um indicador, o qual “*Os estágios permitem uma clarificação dos conhecimentos adquiridos na escola*”, referido por 30% dos entrevistados, pois segundo o E1 “*(...) tens aulas teóricas e não percebes muito bem o que é que se está a passar ali e (...) quando lês as aulas enquanto estás em estágio dizes (...) era isto que eles queriam dizer, já percebi agora que vi! (...)*”

Com igual percentagem em termos de UR segue-se a subcategoria “*Motivação*”, dentro da qual o indicador “*O estágio é mais motivante que as aulas*” é o indicador com maior representatividade, referido por 10% dos entrevistados e com uma

representatividade de 3,5 % em termos de UR.

Também 10% dos entrevistados, mas com menor UR (1,7%) especifica este indicador referindo que “*O estágio é mais motivante que as aulas porque desperta para pormenores*”

No que concerne à preferência, outra das subcategorias, as opiniões distribuem-se igualmente, visto que 10% dos entrevistados refere que tem “*Preferência pela teoria*” e igual número de entrevistados e com igual número em termos de UR defende que tem “*Preferência pela prática*”

Por fim, o “*Cansaço*” é outro aspecto que constitui a subcategoria com menor representatividade e que é descrito por apenas um indicador “*O estágio é mais cansativo que as aulas*”, referido por 10% dos entrevistados.

CONCLUSÕES GERAIS

Esta investigação propôs explorar “ *Que tipo de competências do supervisor do local de Ensino Clínico, contribuem para que este constitua uma oportunidade para o aluno adquirir e desenvolver as competências necessárias para se tornar um enfermeiro competente?*”, tomando como objecto de estudo as representações dos alunos de Enfermagem relativamente a essas competências.

De forma a operacionalizar este problema e conforme ficou registado na segunda parte deste trabalho foram definidas várias questões de investigação, as quais voltamos a apresentar por serem sobre estas que neste capítulo, tendo como base os dados obtidos, inicialmente teceremos algumas reflexões e conclusões.

Deste modo, as questões que estiveram na base desta investigação foram:

Qual o papel dos Ensinos Clínicos na formação inicial de Enfermagem, segundo os alunos?

Que tipo de competências os alunos consideram que adquirem e/ou desenvolvem nos Ensinos Clínicos?

Como é que o aluno adquire e/ou desenvolve essas competências?

Quais os factores do Ensino Clínico que influenciam o desenvolvimento dessas competências?

Quais os papéis que os alunos atribuem ao supervisor do local de Ensino Clínico?

Existem diferenças segundo os alunos entre as competências de um enfermeiro para o exercício de cuidados de Enfermagem e as para o exercício do papel de supervisor de Ensino Clínico?

Começando pela primeira questão de investigação, “*Qual o papel dos Ensinos Clínicos na formação inicial de Enfermagem?*”, os resultados obtidos evidenciam que estes por

permitirem segundo os alunos, contrariamente ao que acontece nas aulas, contactar directamente com a realidade prática, com situações/problemas reais permitem complementar e clarificar a formação teórica e contribuem sobretudo para o desplotar de variados sentimentos, mas também para a aquisição e desenvolvimento de vários tipos de competências, papel este que vai ao encontro do defendido por muitos dos autores mencionados ao longo do referencial teórico (Abreu, 2003; Cabrito, 1994; Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001 e Silva & Silva, s.d.).

Aquisição e desenvolvimento de competências no Ensino Clínico que segundo os nossos entrevistados só é possível numa relação de complementariedade com a teoria/aulas, pois segundo estes a teoria orienta a prática, tal como Malglaive (1995) defende.

Orientação que para a maioria dos entrevistados é da ordem da aplicação, dado que segundo estes os Ensinos Clínicos são a aplicação das aulas, o que contraria o que defendemos ao longo do referencial teórico, de que a relação que os saberes teóricos estabelecem com a prática é da ordem da intervenção (Malglaive, 1995).

Da ordem da intervenção, pois “ *Uma teoria não se aplica na prática: ela investe-se aí, tornando-se o objecto (de conhecimento) que permite agir mais eficazmente sobre o real, actuando sobre a representação pensada.*” (Malglaive, 1995:71), processo este que envolve uma atitude de permanente interrogação/questionamento, de análise crítica da realidade ou como refere Shöon (1983,1987, *in* Alarcão, 1996) de reflexão.

É nesta ordem de ideias, que Malglaive (1995) defende que a prática não é apenas consumidora como também produtora de teoria, aspecto este que é considerado por uma pequena percentagem dos nossos entrevistados que defendem que “*A teoria vem da prática e a prática vem da teoria e não há teoria sem prática e não há prática sem teoria*”

Reflexão, questionamento, análise crítica são competências a que os alunos, apesar de descreverem o Ensino Clínico como uma aplicação da teoria entendem como fundamentais ao exercício da profissão de Enfermagem, dado que quando se referem às competências que adquirem e desenvolvem em Ensino Clínico, o que constitui a segunda questão de investigação, as mais referenciadas, tal como acontece no estudo de Belo (2003) são de ordem cognitiva. Tal facto, leva-nos a concluir que durante a sua

formação inicial houve a preocupação de lhes estimular/desafiar o desenvolvimento deste tipo de competências, levando-o a encarar o mundo profissional tal como descrevemos na introdução, como um mundo que “(...) *não é. (...) está sendo*” (Freire, 2003:76), tornando-se assim o desenvolvimento deste tipo de competências imprescindível a uma actuação sempre competente (Le Boterf, 1995, 1997 e Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Dentro deste grande grupo de competências, a capacidade para perceber/avaliar as situações, adaptação/flexibilidade, bem como a capacidade para reflectir/pensar criticamente na e sobre as situações são aquelas que dentro das imensas competências que constituem este grande grupo, os entrevistados mais valorizaram.

Como parte integrante deste tipo de competências, embora com menor representatividade que estas últimas, mas traduzindo um papel importante dos Ensinos Clínicos está a ideia de que o Ensino Clínico permite ao aluno desenvolver conhecimentos sobre a profissão/socializar-se com a profissão, o que vai ao encontro do defendido por Dubar (1997).

Perante a importância atribuída pelos entrevistados a este tipo de competências percebe-se que a aprendizagem é percebida como algo que nunca está acabado e que deverá acompanhar toda a sua actividade profissional, o que segundo estes obriga a que mais do que reflexão na e sobre a prática realizem uma reflexão sobre a reflexão efectuada na e sobre a acção, ou seja, que sejam capazes de pensar sobre o pensar, de forma a se autoavaliarem e auto-formarem/autodesenvolverem.

São estas duas últimas competências que os entrevistados mais valorizam dentro de um outro grupo de competências que designam como metacognitivas, competências estas que vão ao encontro do defendido por Shön (1983,1987, *in* Alarcão, 1996), Le Boterf (1995, 1997) , bem como pela Ordem dos Enfermeiros (2003) como essencial num enfermeiro e que no nosso estudo ocupam o terceiro lugar em termos de representatividade, tendo também sido identificadas pelos alunos no estudo de Belo (2003).

Para além destes tipos de competências, outro grupo a que os alunos atribuem grande significação, sendo o segundo mais valorizado são as competências relacionais/comunicacionais, competências estas que embora tenham tido pouca representatividade no estudo de Belo (2003) são defendidas por Le Boterf (1995,1997)

como essenciais num profissional e pela Ordem dos Enfermeiros (2003) como essencial num enfermeiro, o que se compreende dado o cuidar do utente numa profissão que se requer desenvolvida num ambiente multidisciplinar implicar o estabelecimento de relação de ajuda com os outros, capacidade de comunicação com os outros, capacidade para perceber e avaliar os outros, bem como capacidade de trabalho em equipa, capacidades estas que são aquelas com maior representatividade dentro deste grande grupo de competências.

Competências pessoais, sobretudo capacidade de autocontrolo, autoconfiança e autonomia/independência e competências técnicas são ainda referidas pelos nossos entrevistados, apesar de com menor representatividade, como competências que adquirem e ou desenvolvem nos Ensinos Clínicos.

Analisadas essas competências e respondido assim à segunda questão de investigação, centremo-nos sobre a terceira *“Como é que o aluno adquire e/ou desenvolve essas competências?”*

Segundo os nossos entrevistados todas estas competências são adquiridas e desenvolvidas com recurso a diversas estratégias, bem como a diversos elementos, sendo a pesquisa/investigação a estratégia mais utilizada pelos nossos entrevistados, o que se compreende dada a importância e responsabilidade que estes atribuem a si próprios na construção e reconstrução dos saberes através de estratégias de autoformação, constituindo a pesquisa/investigação tal como Alarcão (1996) defende uma dessas estratégias, estratégias de autosupervisão que foram também referidas pelos alunos no estudo de Belo (2003).

Outra das estratégias apontadas por um grande número de entrevistados foi o questionamento do enfermeiro orientador, seguido da observação e imitação deste; questionamento da Equipa de Enfermagem, da Equipa Médica e do docente, sendo que destas estratégias apenas a observação/imitação foi identificada por vários autores como Alarcão (1996) ; Alarcão & Tavares (2003); Albuquerque *et al.* (2005) e Bento (1997, *in* Costa *et al.*, 2000) e o questionamento da Equipa Médica apenas pelos alunos no estudo de Belo (2003).

Debruçando-nos agora sobre a quarta questão de investigação “ *Quais os factores do Ensino Clínico que influenciam o desenvolvimento dessas competências?*”, os resultados obtidos revelam que todos os elementos acima referidos, enfermeiro orientador, docente, Equipa de Enfermagem e Equipa Médica, bem como um outro elemento, o Chefe de Enfermagem são considerados pelos alunos como factores que podem influenciar o desenvolvimento de competências pelo aluno.

Para além destes elementos factores ligados á área de Ensino Clínico, sobretudo a especificidade da relação que permite com os utentes e a diversidade e dificuldade das situações de trabalho, bem como determinadas características do local de estágio como grau de dificuldade, modo de funcionamento, estrutura física e falta de enfermeiros, são ainda apontados como factores que podem influenciar a Qualidade do Ensino Clínico, tendo alguns deles sido já identificados pelos alunos no estudo de Belo (2003).

De todos estes factores, o supervisor do local de Ensino Clínico por ser aquele que segundo os nossos entrevistados melhor conhece o local de estágio e que está mais presente é o elemento a que mais recorrem para esclarecer dúvidas e aquele a que atribuem maior significação em todo o processo supervisivo, comprovado pela grande representatividade de dados em torno desta figura, o que vai ao encontro de muitos dos estudos já referenciados ao longo do referencial teórico que defendem ser este e não o docente o principal modelo para o aluno (Albuquerque *et al.*, 2005; Basto, 1995; Belo, 2003 e McCarthy, 1987, *in* Silva & Silva, s.d.), aspecto este que segundo os nossos entrevistados é variável consoante a fase do curso, pois no primeiro ano o orientador de referência/a quem recorrem é o docente, referência que deixam de necessitar de forma tão intensa nos últimos anos, variação esta identificada por Graça *et al.*, *in* Costa *et al.* (2000) embora consoante a fase do estágio.

O facto do supervisor do local de Ensino Clínico ser modelo para o aluno tal não significa que todos os nossos entrevistados os imitem de uma forma acrítica, pois dentro da capacidade para perceber/avaliar as situações que é como já se disse uma das competências cognitivas mais valorizadas pelos entrevistados, estes alertam para este facto, bem como para “*a capacidade para agir de forma diferente da maioria*”, que é outra competência reveladora da atitude de interrogação/confrontação de modelos,

defendida por muitos autores (Alarcão & Tavares, 2003; Le Boterf, 1997; Reid, 1994; Shön, *in* Alarcão, 1996 e Zeichner, 1993).

Confrontação/interrogação que segundo os nossos entrevistados tem que ser desafiada e ao mesmo tempo suportada/apoiada, mas também avaliada pelos supervisores do local de Ensino Clínico, pelo que mediante a quinta questão de investigação “*Quais os papéis que os alunos atribuem ao supervisor do local de Ensino Clínico?*” pudemos afirmar que os nossos entrevistados mais do que alguém que está lá para avaliar, mais que um modelo e mais que ensinar lhes atribuem o papel de facilitadores, de ajuda do aluno a aprender a aprender através da reflexão, o que vai ao encontro do defendido por vários autores (Alarcão & Tavares, 2003; Reid, 1994; Sá- Chaves, 2000; Shön, *in* Alarcão, 1996, Zeichner, 1993, entre muitos outros).

Também os alunos no estudo de Belo (2003) contemplam a dimensão dar suporte na sua concepção de supervisão, embora salientem que o desafiar a reflexão foi algo que não sentiram por parte dos supervisores.

Relação de ajuda supervisor/aluno segundo os nossos entrevistados só concretizável no seio de uma atmosfera afectivo-relacional positiva, para o qual se torna imprescindível que o supervisor abandone posturas de avaliador, autoritárias, intimidatórias e mesmo de agressividade verbal e não verbal, bem como muitas das suas representações e que estabeleça com este uma relação informal, de proximidade, de colegas onde muitas das condições defendidas por Rogers (1979,1986) como genuidade, realidade, congruência do supervisor, aceitação/interesse/apreço - visão incondicionalmente positiva e compreensão intuitiva ou empática devem segundo os nossos entrevistados estar presentes. Só na presença destas condições é possível criar um verdadeiro clima de diálogo, de partilha e de interajuda, de reflexão conjunta entre supervisor e aluno que neste caso mais do que como uma sombra, um recurso humano, deve ser visto como mais um elemento da equipa, alguém com saberes, experiências, desejos e necessidades próprias que devem de ser respeitadas e aproveitadas, de forma a que não seja só o aluno que se desenvolve, mas também o supervisor, ideias estas que vão ao encontro do defendido por muitos autores (Alarcão, 1996; Alarcão & Tavares, 2003 e Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001).

Deste modo, a relação supervisor do local de Ensino Clínico/aluno é algo que prevalece no discurso dos nossos entrevistados como podendo facilitar, dificultar ou mesmo neutralizar muitos dos sentimentos vividos (como capacidade /incapacidade de articular teoria prática; prazer /desprazer; stress; agrado/decepção, sobretudo pelo choque perante as diferenças entre a teoria e a prática; sofrimento; certeza/incerteza; motivação/desmotivação; segurança/insegurança e sentir-se à vontade), bem como o desenvolvimento de competências, podendo-se mesmo afirmar dada a grande representatividade, que é tal como muitos autores (McNally *et al.*, 1994, citado por Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001; Ramos, 2003 e Belo, 2003) já o identificaram uma das dimensões mais valorizadas pelos alunos. Maior valorização provavelmente também por as competências comunicativo-relacionais que os alunos tão valorizam numa profissão de Enfermagem só puderem ser aprendidas tal como Benner, Roach e Wruhel (citados por Morse, 1990, *in* Ferreira, s.d.a) defendem se o aluno as tiver sentido, ou seja se tiver sido cuidado.

Perante esta valorização as competências que os alunos mais valorizam num enfermeiro para o exercício do papel de supervisor do local de Ensino Clínico, são as de âmbito comunicativo-relacional, dentro das quais o ser capaz de fazer com que o aluno se sinta bem em estágio é aquela a que os alunos atribuem maior significação, seguida da disponibilidade a vários níveis para os outros; do estar atento aos outros; ter facilidade em se relacionar e comunicar com os outros; ser sensível com os outros; dar espaço ao aluno; ser justo; ser divertido; ser capaz de estabelecer uma relação de confiança; ser simpático; ser sincero/honesto com os outros; ser coerente; ser capaz de compreender o aluno; ser paciente; ser flexível e por fim ser educado, competências estas defendidas por Alarcão & Tavares (2003) e por Le Boterf (1995,1997) e muitas delas também identificadas pelos alunos noutros estudos como no de Albuquerque *et al.* (2005); Belo (2003), Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al* (2001) e Carvalhal (2003).

Seguidamente outra competência também bastante valorizada no supervisor do local de Ensino Clínico é “ *Ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação*”, dentro dos quais os conhecimentos de “*conteúdo*”, da área de Enfermagem e das Ciências Humanas são os mais valorizados, seguido de conhecimentos do “*currículo*”, dos objectivos e organização curricular do curso e conhecimentos “*Pedagógicos gerais*”, como saber orientar, explicar, fundamentar as estratégias

utilizadas, conhecer as metodologias de auto-formação, os factores que influenciam a aprendizagem e conhecimentos na área da formação. Para além destes são ainda referidos conhecimentos das “ *Características dos alunos*”, de forma a adequar a formação às suas necessidades e conhecimentos do “*contexto*”, do funcionamento da instituição escolar, sendo que muitos destes conhecimentos vão ao encontro do defendido por Le Shulman (1986), citado por Sá-Chaves, *in* Costa *et al.* (2000) e Sá-Chaves (2000), bem como por Alarcão & Tavares (2003) e por Le Boterf (1995,1997) como essenciais num supervisor, tendo alguns deles já sido identificados pelos alunos no estudo de Belo (2003).

“*Saber/querer Empenhar-se na supervisão*”, que de uma forma geral significa ser capaz de dedicar-se e ser competente como supervisor, ter postura de ensino, “*estar motivado para a supervisão*” por motivos para além das vantagens curriculares e ser “*responsável pelo papel que desempenha*” é outra das competências enunciadas pelos nossos entrevistados e também por Alarcão & Tavares (2003) e Le Boterf (1995,1997).

Papel que como já vimos envolve desafiar o aluno a aprender a aprender, pelo que se compreende que “*mobilizar estratégias que permitam desenvolver no aluno autonomia para aprender*”, sobretudo através de perguntas pedagógicas e incentivando a pesquisa/investigação e “*estimular/motivar os outros*” por exemplo mobilizando estratégias que exijam do aluno e que permitam um maior número de aprendizagens e reforçando e aceitando as suas iniciativas, constituam duas das competências a mobilizar pelos supervisores de forma a serem capazes de desafiar. Desafio que como já vimos deve ser suportado/apoiado, pelo que “*Ser capaz de dar feedback ao aluno*” ao longo do estágio, o qual deve ser positivo e negativo e não deve ser vago, bem como “*fornecer recursos instrumentos para o aluno trabalhar*”, constituem outras das competências a mobilizar por um supervisor, sendo que todas estas competências integram um grande grupo denominado “*Ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem*”, competências estas também apontadas por Alarcão & Tavares (2003); Belo (2003) e Le Boterf (1995,1997) e como essenciais num supervisor.

Dinamização só possível na presença de supervisores com espírito reflexivo e capacidade de concentração que integram uma outra competência que segundo os

nossos entrevistados, bem como segundo autores já referidos (Alarcão & Tavares, 2003; Belo, 2003 e Le Boterf, 1995,1997) deve estar presente num supervisor, “*Ser reflexivo*”.

Avaliar constitui outra das funções a desempenhar pelo supervisor, pelo que outra das competências enumerada pelos nossos entrevistados e que também vai ao encontro dos estudos que temos vindo a fazer referência (Alarcão & Tavares, 2003; Belo, 2003 e Le Boterf, 1995,1997) seja “*Ser capaz de analisar e avaliar*”, o que implica ser “*capaz de realizar uma avaliação criteriosa*”, “*diagnóstica*”, bem como “*ser capaz de mobilizar diferentes estratégias de avaliação*”.

Constituindo estes elementos aqueles com quem o aluno mais contacta durante o período de Ensino Clínico compreende-se que devam ser profissionais que se “*empreendam na profissão de Enfermagem*”, que sejam sobretudo competentes como enfermeiros, dedicados, modelos para os alunos e que manifestem uma “*atitude positiva em relação à profissão*”, que gostem e estejam motivados, aspectos estes que contemplam outro grupo de competências enunciado pelo nossos entrevistados “*Saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem*”, competência esta também referidas pelos autores já referidos como devendo estar presente num supervisor (Alarcão & Tavares, 2003; Belo, 2003 e Le Boterf, 1995,1997).

Por fim, para que esta competência perdure é essencial segundo os nossos entrevistados que o supervisor seja “*capaz de aprender ao longo da vida*”, com os alunos, através de pesquisa/investigação e participação em vários cursos e que se encontre “*motivado para aprender*”, visível por exemplo por boa reação à crítica, por ser capaz de encarar a supervisão como um estímulo para a aprendizagem, por um espírito aberto para discutir/comunicar, sendo que todos estes aspectos integram o grupo “*Saber/querer aprender e aprender a aprender*”, que constitui outro do grupo de competências enumerada pelos nossos entrevistados e que segundo Alarcão & Tavares (2003) e Le Boterf (1995,1997) devem estar presentes num supervisor.

Comparando todas estas competências que segundo os nossos entrevistados um enfermeiro deve possuir para o desempenho do papel de supervisor de Ensino Clínico, com as que defendem como essenciais para o desempenho do papel de enfermeiro,

apercebemo-nos que as competências de âmbito comunicativo-relacional são bastante valorizadas em ambas as funções, o que se compreende dado o cuidar ser o eixo em torno do qual a Enfermagem e também a Supervisão se desenvolvem.

Para além disto, tendo em conta as características específicas da profissão de Enfermagem, bem como a mutabilidade e imprevisibilidade que a caracteriza também facilmente se compreende que saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem; ter conhecimentos sobretudo de conteúdo e saber combiná-los e mobilizá-los perante uma situação; ser capaz de analisar e avaliar; ser reflexivo e saber /querer aprender e aprender a aprender, constituem competências que são comuns a estes dois papéis.

Contudo, ter conhecimentos pedagógicos gerais; conhecimentos da instituição escolar; do *currículum*; das características dos alunos; ser capaz de avaliar alunos, mais concretamente realizar uma avaliação criteriosa e diagnóstica; de dinamizar a formação/aprendizagem no aluno e saber/querer empenhar-se na supervisão são competências que segundo os nossos entrevistados não são desenvolvidas durante a formação inicial de Enfermagem, apesar desta última se encontrar relacionada com uma das funções a desempenhar pelos enfermeiros segundo Ordem dos Enfermeiros (2003).

Deste modo, perante a sexta questão de investigação “*Existem diferenças segundo os alunos entre as competências de um enfermeiro para o exercício de cuidados de Enfermagem e as para o exercício do papel de supervisor de Ensino Clínico?*” os resultados obtidos evidenciam que embora hajam determinados grupos/tipos de competências que são comuns, existem também muitas competências que são exigidas aos enfermeiros como supervisores do local de Ensino Clínico para os quais estes não foram preparados.

Para além disto, perante aquelas que são comuns interrogamo-nos se serão essas da mesma natureza?, visto que umas centram-se no utente/cliente e outras no aluno, questão esta que poderá servir de base a investigações futuras.

Para além de todos os resultados já referidos que se encontram relacionados com as questões de investigação, neste estudo foi possível ainda identificar uma série de outros aspectos que embora não directamente ligados a estas são importantes para a compreensão da problemática.

A identificação do papel do supervisor da instituição escolar/docente em todo este processo, bem como das competências necessárias ao seu desempenho constitui um desses aspectos.

O papel atribuído a este é semelhante ao do supervisor do local de Ensino Clínico, de desafio, de suporte, de avaliação, sendo que as principais diferenças se centram no grau de participação dos docentes no processo de ensino-aprendizagem que segundo os alunos por não se encontrarem sempre presentes no local de estágio e por terem menos tempo para os ouvir é menor, pelo que os entrevistados preconizam que embora não devendo estar sempre presentes no local de Ensino Clínico, devem de ir com regularidade aos locais de estágio e sempre que o aluno necessite, de forma a observar o funcionamento deste mesmo e conseqüentemente não avaliar o aluno somente pelos trabalhos escritos.

Para além de uma participação diferente os supervisores da instituição escolar têm ainda neste processo responsabilidades diferentes, pois segundo os nossos entrevistados é a este supervisor que cabe a coordenação global do estágio, o estabelecimento de uma articulação/comunicação com os supervisores do local de estágio, explicando aspectos relacionados com este, bem como integrar e acompanhar o aluno em aspectos de ordem académica/trabalhos a realizar em estágio e efectuar uma avaliação global da experiência clínica, respeitando e confiando na avaliação realizada pelos supervisores do local de Ensino Clínico, bem como pelos alunos, mas também muitas das vezes questionando essa mesma avaliação, dado não estarem sempre presentes no local de Ensino Clínico, responsabilidades estas que vão ao encontro do defendido por Abreu (2003).

São estas diferentes participações e responsabilidades que conduzem a que os tipos de competências para o desempenho desta função embora semelhantes às do supervisor do local de Ensino Clínico, à excepção do ser reflexivo que não foi referido para os docentes, apresentem por vezes diferenças em termos de representatividade, sendo exemplo disso competências como ser justo que no docente são uma das mais valorizadas dada a sua responsabilidade na atribuição da classificação final, bem como os conhecimentos pedagógicos que no docente são mais valorizados que os conhecimentos de conteúdo, embora estes últimos também sejam considerados importantes.

Representatividades diferentes que não se aplicam às competências de âmbito comunicativo- relacional, visto serem estas também as mais valorizadas pelos alunos no supervisor da instituição escolar, o que nos leva a concluir que também nestes a dimensão relacional é a mais valorizada.

Mais valorizada em ambos os supervisores e também na Equipa Médica e de Enfermagem, embora a esta última seja atribuída maior significação dado ser com esta que os alunos passam grande parte do seu tempo.

Relativamente à Equipa de Enfermagem, para além do aspecto relacional os alunos salientam também bastante a qualidade dos desempenhos, sobretudo o saber trabalhar em equipa não só em termos dos cuidados de Enfermagem como também em termos de supervisão, como também as atitudes em relação à supervisão, que devem de ser de receptividade; em relação à enfermagem; a idade, devendo ser jovens, bem como o ter experiência na área em que se trabalha.

Outro elemento a que como já foi dito também os alunos atribuem grande importância pelo seu papel na distribuição dos supervisores do local de Ensino Clínico é ao chefe de Enfermagem, o qual segundo os entrevistados deve sempre atribuir um aluno a um enfermeiro, deve ser capaz de avaliar quais os enfermeiros mais competentes para orientar um aluno, deve ser capaz de aceitar/respeitar quando o enfermeiro não quer orientar e deve ter sensibilidade para perceber se o enfermeiro quer e gosta de orientar alunos.

Opiniões acerca da organização curricular dos Ensinos Clínicos, que embora não directamente relacionadas com as nossas questões de investigação, são ainda expressas pelos alunos e devem ser tidas em conta de forma a melhorar a Qualidade dos Ensinos Clínicos, sendo que algumas destas opiniões também já o foram identificadas noutros estudos (Abreu, 2003; Basto, 1995; Graça *et al.*, in Costa *et al.*, 2000; Mendes *et al.*, 2001 e Ramos, 2003).

Deste modo, dentro da organização curricular dos Ensinos clínicos os alunos fazem referência à sua “*duração*” e “*intensidade*” que é pouca, ao “*momento em que se realizam*” que segundo os entrevistados não deveriam de decorrer em época de férias, aos “*critérios que devem ser tidos em conta na selecção de um local de estágio*”, mais

especificamente adequação aos objectivos de estágio e número de alunos por local de estágio que não deve ser elevado.

A avaliação, os objectivos e o papel dos orientadores são aspectos que são tidos também em conta pelos entrevistados.

Dentro da avaliação os entrevistados salientam que os critérios de avaliação devem se encontrar adequados ao Ensino Clínico, a escala de avaliação deve ser sempre a mesma durante todo o Ensino Clínico, todos os enfermeiros orientadores devem participar na avaliação do aluno e alertam para o facto de existir uma maior valorização da avaliação docente que a do enfermeiro orientador, quando é este que passa a maior parte do tempo com o aluno.

Quanto aos objectivos, os alunos salientam a necessidade de uma maior especificidade e adequação ao Ensino Clínico, uma maior clareza, bem como um maior grau de exigência.

Relativamente ao papel dos orientadores os alunos chamam à atenção para a necessidade de uma adequação ao Ensino Clínico.

Os supervisores do local de Ensino Clínico mais especificamente a forma como são distribuídos, número de alunos por enfermeiro e de enfermeiros por alunos que em ambos os casos não deve ser mais do que um, bem como a forma como são seleccionados são outros pontos salientados pelos entrevistados.

No que concerne a este último aspecto os entrevistados fazem referência a uma série de critérios, sendo que a experiência como enfermeiro sobretudo na área em que se exerce funções é dos mais valorizados dada a sua importância no esclarecimento de dúvidas, bem como na aquisição de autonomia profissional.

Para além disto, ser jovem por estar normalmente associado um maior dinamismo e paciência, bem como a uma maior facilidade na forma de ver os alunos, visto que ainda não se esqueceram das suas vivências enquanto alunos é outro critério que deve ser tido em conta.

As funções desempenhadas pelo supervisor no serviço, mais especificamente não ser uma pessoa muito ocupada e ser alguém que preste cuidados, ter experiência na supervisão de estágios, ter autoridade no serviço, ser reconhecido pelos outros, ser do mesmo sexo que o aluno e permanecer no serviço durante todo o período de estágio não indo de férias são outros dos critérios que segundo os nossos entrevistados devem ser tidos em conta aquando a selecção destes elementos.

Por fim, dentro da organização curricular do Ensino Clínico é ainda possível perceber que a comunicação e trabalho entre docentes e supervisores do local de Ensino Clínico nem sempre acontece e os encontros entre ambos circunscrevem-se muitas das vezes ao início e fim do Ensino Clínico, o que segundo os entrevistados dificulta a relação entre todos os elementos do processo supervisivo e conduz muitas das vezes há existência de incongruências nos objectivos de estágio, o que vai ao encontro do identificado por muitos estudos (Abreu, 2003; Belo, 2003; Caires & Almeida, *in* Gonçalves *et al.*, 2001; Mestrinho, *in* Mestrinho *et al.*, 2000; Negrão *et al.*, 1993, entre muitos outros).

São estas incongruências que conduzem a que os entrevistados descrevam que uma das competências cognitivas que desenvolvem em estágio seja “ *ser capaz de agir de diferentes formas consoante os orientadores*”

Perante todas estas conclusões pudemos dizer que um melhor desempenho dos enfermeiros do local de Ensino Clínico no processo supervisivo passa pela aquisição e aperfeiçoamento de muitas competências, algumas das quais não fazem parte integrante do seu papel como enfermeiros, o que só será possível através de formação contínua e de prática acompanhada de reflexão.

Formação que centrando-se sobre todos os aspectos inerentes a cada uma das competências que lhe são exigidas poderá, tal como alguns estudos já o propuseram, ser desenvolvida pela própria instituição escolar, bem como pelos enfermeiros no âmbito da formação em serviço.

Formação que na nossa opinião deverá dirigir-se não apenas aos supervisores do local de Ensino Clínico como também aos chefes de Enfermagem, visto serem estes os principais responsáveis pela selecção dos supervisores do local de Ensino Clínico, sendo sobretudo a este nível, bem como dos supervisores do local de Ensino Clínico que pretendemos transmitir os resultados desta investigação.

Para além destes, também os docentes, por nem sempre terem presentes estas competências, devem ser envolvidos nesta formação, para além de que era ideal, tal como muitos estudos o referem (Bastos, 1995 e Brito & Costa e Jarvis, *in* Silva & Silva, s.d.) e também os nossos entrevistados, que continuassem a exercer a profissão de Enfermagem, facto que recentemente tem vindo progressivamente a acontecer.

Para além de formação é essencial tal como também muitos outros estudos já o defenderam, bem como os nossos entrevistados melhorar a comunicação entre a escola

e a instituição de saúde, que passa provavelmente por aumentar o tempo de contacto entre os diferentes intervenientes do processo superviso, com vista a uma partilha de necessidades e a uma ajuda mútua, que deve estar inerente a um processo de parceria.

Perante todos estes dados e apesar de conscientes de que tais não podem ser generalizados consideramos que esta investigação permitiu-nos avançar com algumas respostas a cada uma das questões colocadas, as quais contribuíram para aprofundar conhecimentos numa área que nos preocupa constantemente como supervisores do local de Ensino Clínico e mais recentemente como supervisores da instituição escolar.

Reconhecemos que muitos destes resultados conformam-se com o quadro teórico mobilizado e confirmam muitos dos resultados de outras investigações similares, contudo também consideramos que muitos outros dados foram possíveis acrescentar.

De salientar, que a obtenção destes dados só foi possível dado todo o interesse e motivação demonstrado pelos alunos em participar numa investigação com esta temática, interesse que aliás foi notório no decorrer das entrevistas, dado a grande extensão, quantidade de dados obtidos em cada uma delas, que nos levam a concluir que esta problemática lhes suscita especial interesse, provavelmente por serem como dissemos na introdução, aqueles que “*sentem na pele*” os efeitos da Qualidade da supervisão assegurada.

Para além disto, todos estes dados levam-nos a concluir que a entrevista semi-estruturada pelas características descritas no enquadramento metodológico, constituiu-se como o instrumento apropriado ao nosso objecto de estudo, para o qual também contribuíram os blocos temáticos que a constituíram, que na nossa opinião revelaram estar adequados aos dados que se pretendiam obter.

Deste modo, e apesar de aplicado a apenas 10 entrevistados, visto que se tratava de um estudo de natureza exploratória, obteve-se uma grande quantidade de dados que embora contribuindo para o enriquecimento da investigação, tornou o processo de análise de conteúdo temática, bem como análise e interpretação dos dados morosa, cansativa embora bastante estimulante, tendo constituído um desafio importante para a nossa aprendizagem, visto a pouca ou mesmo nenhuma experiência na utilização deste processo de análise de dados.

Pouca experiência não só na utilização deste processo como também na realização das entrevistas, mas que pensamos não ter prejudicado a obtenção dos resultados.

No que concerne ainda aos sujeitos entrevistados, mais especificamente à sua delimitação, há a referir que o facto de ter sido aplicado a alunos no final do curso, foi tal como se tinha pensado inicialmente fundamental, na medida em que tendo passado por diversas experiências de Ensino Clínico não só foi possível transmitiram várias experiências, como também estabelecer uma comparação entre ambas.

Também o facto de na altura se encontrarem a vivenciar uma experiência de Ensino Clínico, mais especificamente de integração à vida profissional e o facto de se encontrarem em diferentes locais de Ensino Clínico, diferentes instituições e diferentes serviços, bem como em diferentes áreas, constituírem factores que na nossa opinião contribuíram para o enriquecer da investigação, a qual por uma questão de tempo, foi apenas aplicada numa instituição escolar e a um pequeno número de sujeitos, aspectos que constituem limitações deste estudo.

Para além deste aspecto, consideramos que a entrevista poderia eventualmente ser completada por outras abordagens, utilizando diferentes métodos e instrumentos de trabalho que poderão ser pertinentes para aprofundar algumas das questões levantadas no nosso trabalho. Os relatos escritos e narrativas de episódios vividos pelos alunos, os diários e até mesmo a observação naturalista dos alunos (Estrela, 1994) poderiam aumentar a validade instrumental do estudo e o aprofundamento de algumas questões.

No caso da observação naturalista, tratar-se-ia, no entanto, de ter acesso já não só ao pensamento do aluno, mas à sua acção.

Em estudos futuros seria também interessante observar-se o supervisor do local de Ensino Clínico em diferentes contextos (reuniões com o aluno, momentos de orientação, de avaliação, entre outros), de forma a aprofundar-se sobretudo a relação em contexto supervisiivo, visto ter sido esta dimensão que foi constantemente apontado pelos nossos entrevistados como um dos pontos centrais para que o Ensino Clínico constitua tal como desenvolvemos ao longo desta investigação, um espaço de socialização profissional e desenvolvimento de competências.

Dentro da componente relacional que como já vimos é essencial ao cuidar do utente, mas também do aluno, seria curioso como já se disse anteriormente perceber se são competências da mesma ou de diferente natureza.

Só continuando a desenvolver estudos nesta área é que contribuiremos tal como refere a epígrafe com que iniciámos este trabalho, para que *“a fonte transborde e não contenha sempre a mesma água”*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W.C. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, 45,53-57.

Abreu, W.C. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.

Abreu, W.C. (2003). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In R. Canário (Ed), *Formação e situações de trabalho* (II ed., pp.147-168). Porto: Porto Editora.

Alarcão, I. (1996). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de profesoeres. In I. Alarcão & outros (Eds), *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão* (pp 9-39). Porto: Porto Editora.

Alarcão, I. (2000). Escola reflexiva e supervisão: Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem. In I. Alarcão & outros (Eds), *Escola reflexiva e supervisão: Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem* (pp 11-23). Porto: Porto Editora.

Alarcão, I. (2002). Escola reflexiva e desenvolvimento institucional: Que novas funções supervisivas?. In J. Formosinho (Ed), *A supervisão na formação de professores I: Da sala à escola* (Vol 1, pp.217-238).Porto: Porto Editora.

Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica : Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (II ed.).Coimbra: Livraria Almedina.

Albuquerque, A., Graça, A. & Januário, C. (2005). *A supervisão pedagógica em educação física: A perspectiva do orientador de estágio*. Lisboa: Livros Horizonte.

Amaral, M.J., Moreira, M.A. & Ribeiro, D. (1996). O papel do supervisor no desenvolvimento do professor reflexivo: Estratégias de supervisão. In I. Alarcão &

outros (Eds), *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão* (pp 89-122). Porto: Porto Editora.

Amiguiño, A., Valente, A., Correia, H. & Mandeiro, M. J. (2003). Formar-se no projecto e pelo projecto. In R. Canário (Ed), *Formação e situações de trabalho* (II ed., pp.101-116). Porto: Porto Editora.

Anderson, G. & Arsenault, N. (1998). *Fundamentals of educational research*. London: RoutledgeFalmer.

Arco, A. R. (2005). Supervisão Pedagógica no Ensino Clínico de Enfermagem. *Sinais Vitais*, 58, 22-25.

A representação das representações. Consultado em 21 de Dezembro de 2003 através de www.ufmt.br/Revista/arquivo/Rev11/Represent.Html

Arruda, A. (2002, Novembro). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, 117, 127-147. Consultado em 10 de Janeiro de 2006 através de www.acaoeducativa.org.br/downloads/teoria-das-representacaoe.pdf

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (I Ed.). Lisboa: Edições 70.

Basto, M.L. (1995). Marta Doutora! *Sinais Vitais*, 5,9-12.

Becker, F.(2004). Construtivismo. Consultado em 12 de Agosto de 2004 através de www.crmariocovas.sp.gov.br/dea-a.php

Belo, A. (2003). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: Perspectiva do aluno*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro.

Bento, C. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem: Que identidade?* Lisboa: Fim de Século edições, Lda.

Bento, C. (2001). Aprender a ser enfermeiro: Que modelos de formação? *Sinais Vitais*, 34,25-29.

Bento, M.C. & Sousa, J.M. (2000). Pensar/experimentar a prática pedagógica em ensino clínico I de forma a que o processo formativo seja facilitador da percepção/construção do objecto da disciplina de Enfermagem. In M.A.M. Costa, M.G. Mestrinho & M.J. Sampaio (Eds), *Ensino de Enfermagem: Processos e percursos de formação - balanço de um projecto* (pp.168-176). Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Bireaud, A. (1995). *Os métodos pedagógicos no ensino superior*. Porto: Porto Editora.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Cabrito, B.G. (1994). *Formações em alternância: Conceitos e práticas*. Lisboa: Educa.

Caetano, P. (2003). Formar, qualificar os enfermeiros e as organizações. *Servir*, 51, 269-274.

Caires, S. & Almeida, L.S. (2001). O estágio como um espaço de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais: O papel da supervisão. In A. Gonçalves, L.S. Almeida, R. Vasconcelos & S. Caires (Eds), *Da universidade para o mundo do trabalho* (pp.227-246). Braga: Universidade do Minho.

Cardoso, A.M., Peixoto, A.M., Serrano, M.C. & Moreira, P. (1996). O movimento da autonomia do aluno: Repercussões a nível da supervisão. In I. Alarcão & outros (Eds), *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão* (pp 63-88). Porto: Porto Editora.

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: Perspectiva dos actores*. Lisboa: Lusociência.

Castro, P. (2002). Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici. *Análise Social*, 37, 949-979.

Chalifour, J. (1989). *La relation d'aides en soins infirmiers: Une perspective holistique-humaniste*. Paris: Edition Lamarre.

Coll, C. & Miras, M. (1996). La representation mutua profesor/alumno y sus repercusiones sobre la enseñanza y el aprendizaje. In C. Coll & outros (Eds.), *Desarrollo psicologico y education II: Psicologia de la educación* (VIII ed, pp 297-313). Madrid: Edition Alianza.

Comissão das Comunidades Europeias (2002). *Proposta de directiva do parlamento europeu e do conselho relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais*. Consultado em 6 de Fevereiro de 2004 através de [www.anem.pt/down/dem/propostax.20com\(2002\)119.pdf](http://www.anem.pt/down/dem/propostax.20com(2002)119.pdf)

Couceiro, M. L. (1996). *Reflexão sobre a prática profissional: Uma experiência de formação de professores*. Comunicação apresentada no VI Colóquio Nacional da AIP ELF/AFIRSE, “Formação, saberes profissionais e situações de trabalho”, Lisboa (reimpressão em Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Ed), VI Colóquio Nacional da AIP ELF/AFIRSE (pp 419-428). Lisboa.

Damásio, A. R. (1994). *O Erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano* (XVIII ed). Mem Martins : Europa América.

Dias, M. F. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência.

Dubar, C. (1997). *A socialização: Construção das identidades sociais e profissionais* (II ed.). Porto: Porto Editora.

Durão, J. (2000). Ser finalista de Enfermagem e escolher o service para início da profissão: Que razões? 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.65-86). S.L. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Erickson, F. (1986). Qualitative methods in research on teaching. In M. C. Wittrock (Ed), *Handbook of research on teaching* (pp.162-213). New York: Macmillan.

Espiney, L. (2003). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros. Uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In R. Canário (Ed), *Formação e situações de trabalho* (II ed., pp.169-188). Porto: Porto Editora.

Estrela, A. (1994). *Teoria e prática de observação de classes: Uma estratégia de formação de professores* (IV ed.). Porto: Porto Editora.

Estrela, M. (2002). Modelos de formação de professores e seus pressupostos conceptuais. *Revista de Educação*, 11, 17-29.

Ferreira, M. (s.d. a) Alguns factores que influenciam a aprendizagem do estudante de enfermagem. *Educação, ciência e tecnologia*, 150-173. Consultado em 6 de Janeiro de 2006 através de www.ipv.pt/millennium/Millennium31/11.pdf

Ferreira, M. (s.d. b) Formar melhor para um melhor cuidar. *Escola superior de enfermagem de Viseu*, 123-137. Consultado em 6 de Janeiro de 2006 através de <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/10.pdf>

Fonseca, M. (2004). *Supervisão em ensinios clínicos de enfermagem: Perspectiva do docente*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro.

Fontana, A. & Frey, J. (2003). The interview: From structured questions to negotiated text. In N. Denzin & Y Lincoln (Eds), *Collecting and interpreting qualitative materials* (pp 61-106). London: Sage Pub.

Fortin, M.F. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à realização* (II ed.). Loures: Lusociência.

Franco, J.J. (2000). Orientação de alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 32-50.

Freire, P. (2003). *Pedagogia da autonomia : Saberes necessários à prática educativa* (XXVIII ed). São Paulo: Editora Paz e Terra.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projectos de pesquisa* (IV ed.). São Paulo: Editora Atlas.

Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Editora Temas.

Graça, M.G., Curado, M.A. & Gomes, M.C. (2000). Práticas pedagógicas na formação inicial na área de Enfermagem Pediátrica: Um caminho para a mudança. In M.A.M. Costa, M.G. Mestrinho & M.J. Sampaio (Eds), *Ensino de Enfermagem: Processos e percursos de formação - balanço de um projecto* (pp.194-206). Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Jesus, S. (2003). *Influência do professor sobre os alunos* (V ed). Lisboa: Asa Editores.

Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme* (I ed.). Bruxelles : De boeck.

Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice Hall.

Knowles, M. (1990). *L'apprenant adulte: Vers un nouvel art de la formation*. Paris: Les Editions d'Organization.

Lalanda, M. C. & Abrantes, M.M. (1996). O conceito de reflexão em J. Dewey. In I. Alarcão & outros (Eds), *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão* (pp 41-61). Porto: Porto Editora.

Le Boterf, G. (1995). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Éditions d'Organisation.

Le Boterf, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Les Éditions d'Organisation.

Lincoln, I.S. (1992). Conexiones simpáticas entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. *Qualitative Health Research*, 2, 40-45.

Longo, J. (2005). *Supervisão clínica em enfermagem: Contributo para o estudo das necessidades de formação dos supervisores de ensino clínico*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Malglaive, G.(1995). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora.

Marques, M. (1998). Escola e parcerias educativas: Colóquio/educação e sociedade. *Educação e Sociedade*, 4,123-140.

Matos, J. F. & Carreira, S. P. (1994). Estudos de caso em Educação Matemática: Problemas actuais. *Quadrante*, 3, 19- 53.

Mendes, A., Simões, I., Costa, R. & Lopes, M.A. (2001). Orientação de estudantes: Uma oportunidade de auto-formação. *Pensar Enfermagem*, 5, 1-7.

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). S.L. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Moreira, C. (1994). *Planeamento e estratégias da investigação social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Moreira, M. A. (2006). Práticas de colaboração universidade – escola: a investigação-ação na formação de supervisores. In F. Vieira, M.A. Moreira, I. Barbosa, M. Paiva & I.S. Fernandes (Eds), *No caleidoscópio da supervisão: Imagens da formação e da pedagogia* (pp. 109-128). Mangualde: Edições Pedagogo.

Negrão, T.P., Henriques, A.S., Cerqueira, H. & Fernandes, M. (1993). A colaboração escola/serviços: descrição de uma experiência. *Nursing*, 6, 7-9.

Oliveira, J.H. & Oliveira, A. M. (1999). *Psicologia da Educação Escolar II: Professor-Ensino*. Coimbra: Livraria Almedina.

Ordem dos enfermeiros (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Ordem dos enfermeiros*, 10, 49-56.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage Publications.

Paz, A. (2000). O enfermeiro competente: Contributos para o estudo desta problemática. 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.177-211). S.L. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Perrenoud, P. (2001). *Ensinar: Agir na urgência, decidir na incerteza*. São Paulo: Artmed Editora.

Pimentel, M.H. (2006, Maio). *Representações dos alunos de Enfermagem sobre a profissão*. Consultado em 10 de Dezembro de 2006 através de www.eselx.ipl.pt/lencontro/Actas/textos/M.%20Pimentel.htm

Pinto, C.M. (2000). Colaborar com a escola: Opiniões dos enfermeiros orientadores de alunos em ensino clínico. 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.87-125). S.L. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Pires, R.M., Morais, E.J., Santos, M.R., Kock, M.C., Sardo, M.D. & Machado, P.A. (2004). Supervisão clínica de alunos de enfermagem. *Sinais Vitais*, 54, 15-17.

Polit, D.F. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem* (III Ed.). Porto: Editora Artes Médicas.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais* (III Ed.). Lisboa: Gradiva.

Ramos, M. F. (2003). A preceptoria como estratégia de formação em estágio de enfermagem pediátrica. *Pensar Enfermagem*, 7, 3-12.

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.

Ribeiro, L.F. (2000). A formação dos enfermeiros em Portugal a nível de licenciatura: Considerações em torno de um projecto. In M.A. Costa, M.G. Mestrinho & M.J. Sampaio (Eds), *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação – balanço de um projecto* (pp.109-117). Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Rodrigues, A. (1999). *Metodologias de análise de necessidades de formação na formação contínua de professores- contributos para o seu estudo*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.

Rodrigues, P. (1999). A avaliação curricular. In A. Estrela & A. Nóvoa (Eds), *Avaliações em educação: Novas perspectivas* (pp. 15-76). Porto: Porto Editora.

Rogers, C. (1979). *Poder pessoal* (I ed.). Lisboa: Moraes Editores.

Rogers, C. (1986). *Grupos de encontro* (VI ed.). Lisboa: Moraes Editores.

Rosales, C. (1992). *Avaliar é reflectir sobre o ensino*. Lisboa: Edições Asa.

Sá- Chaves, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão: Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais* (I ed). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Sá-Chaves, I. & Amaral, M. J. (2000). Supervisão reflexiva: A passagem do eu solitário ao eu solidário. In Alarcão, I. & outros (Eds), *Escola reflexiva e supervisão: Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem* (pp 79-85). Porto: Porto Editora.

Sá-Chaves, I. (2000). Formação, competências e conhecimento profissional. In M.A. Costa, M.G. Mestrinho & M.J. Sampaio (Eds), *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação – balanço de um projecto* (pp.39-48). Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Santos, L. (2002). Auto-avaliação regulada: Porquê, o quê, como? In *Avaliação das aprendizagens: Das concepções às práticas*. Lisboa: Deb.

Schenkel, M.H. (2005). Professor reflexivo: Da teoria à prática. In Sá-Chaves (Ed), *Os portfolios reflexivos (também) trazem gente dentro: Reflexões em torno do seu uso na humanização dos procesos educativos* (pp.119-131).Porto: Porto Editora.

Shulman, L. (1986). Paradigms and research programs in the study of teaching: A contemporary perspective. In M. C. Wittrock (Ed), *Handbook of research on teaching*. Nova Iorque: Macmillan.

Silva & Silva. O ensino clínico na formação em enfermagem. *Escola superior de enfermagem de Viseu*, 103-118. Consultado em 6 de Janeiro de 2006 através de <http://www.lpv.pt/millennium/Millennium>

Simões, C.M. & Simões, H.R. (1997). Maturidade pessoal, dimensões da competência e desempenho profissional. In I. Sá-Chaves & outros (Eds), *Percursos de formação e desenvolvimento profissional* (pp. 37-57). Porto: Porto Editora.

Simões, J. (2004). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: A perspectiva dos enfermeiros cooperantes*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro.

Soares, A.I. (2002). Supervisão: Concepções e pressupostos. *Revista da Escola Superior de Educação de Viana do Castelo*, 4, 201-224.

Tavares, J. (1997). A formação como construção do conhecimento científico e pedagógico. In I. Sá-Chaves & outros (Eds), *Percursos de formação e desenvolvimento profissional* (pp. 59-73). Porto: Porto Editora.

Tuckman, B.W. (2002). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vala, J. (1986). *A análise de conteúdo*. Porto: Edições Afrontamento.

Vala, J. (1993). As representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social. *Análise Social*, 28, 887-919.

Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala & M. Monteiro (Eds), *Psicologia Social* (IV ed., pp.457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vieira, F. (1993). *Supervisão: Uma prática reflexiva de formação de professores*. Rio Tinto: Edições Asa.

Vieira, F. (2006). Formação reflexiva de professores e pedagogia para a autonomia: Para a constituição de um quadro ético e conceptual da supervisão. In F. Vieira, M.A. Moreira, I. Barbosa, M. Paiva & I.S. Fernandes (Eds), *No caleidoscópio da supervisão: Imagens da formação e da pedagogia* (pp. 15-44). Mangualde: Edições Pedagogo.

Zabalza, M. A.(1994). *Diários de aula: Contributo para o estudo dos dilemas práticos dos professores*. Porto: Porto Editora.

Zay, D. (2000). Desenvolvimento das parcerias: Responsabilidades no ensino e na formação. In M.A. Costa, M.G. Mestrinho & M.J. Sampaio (Eds), *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação – balanço de um projecto* (pp.85-98). Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Zeichner, K.M. (1993). *A formação reflexiva de professores: Ideias e práticas*. Lisboa: Educa.

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de autorização para a recolha de dados na instituição

Cláudia Sofia Raminhos Martins
Rua Pulido Valente, nº 3, 2º Esq
2910-642 Setúbal

Ao Ex. mo (a) Senhor (a)
Presidente do Conselho Directivo
da Escola Superior de Enfermagem
de Artur Ravara

Cláudia Sofia Raminhos, enfermeira licenciada na vossa instituição, actualmente a frequentar o Curso de Mestrado em Ciências da Educação – Pedagogia do Ensino Superior, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, no âmbito do qual pretende desenvolver um trabalho de investigação que permita compreender a perspectiva dos alunos relativamente ao tipo de competências de um enfermeiro para o desempenho do papel de supervisor de Ensino Clínico, vem solicitar a Vossa Ex^a que se digne autorizar a aplicação do instrumento de colheita de dados que se encontra em anexo, aos alunos do quarto ano da vossa instituição, durante o período de Ensino Clínico de integração à vida Profissional.

A confidencialidade será assegurada pelo anonimato (o anonimato de quem responde ou é referido será assegurado).

Ciente que será dispensada a atenção e colaboração necessária, antecipadamente agradece.

Pede deferimento

Lisboa, 26 de Outubro de 2004

(Cláudia Sofia Raminhos Martins)

ANEXO II

Guião das entrevistas

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Tema:

Representação dos alunos de Enfermagem relativamente às competências desejáveis dos supervisores de Ensino Clínico

Objectivos Gerais:

- Perceber a importância que os alunos atribuem aos Ensinos Clínicos na aquisição e/ou desenvolvimento de competências na formação inicial;
- Compreender o valor que os alunos concedem aos supervisores do local de Ensino clínico na aquisição e/ou desenvolvimento de competências durante o Ensino Clínico.

<i>Blocos Temáticos</i>	<i>Objectivos Específicos</i>	<i>Formulário de Questões</i>	<i>Tópicos</i>
A- Legitimação da entrevista	*Legitimar a entrevista; * Motivar o entrevistado; *Agradecer o contributo do entrevistado.	* Explicar o contexto e as razões da entrevista; * Salientar a importância da colaboração/ participação neste estudo; * Assegurar a confidencialidade; * Pedir permissão para gravar.	
B- Ensino Clínico	*Identificar os factores que influenciam a aquisição e/ou desenvolvimento de competências no Ensino Clínico	* Qual a sua opinião global sobre o estágio que esteve a frequentar? * De todos os estágios qual o que mais gostou? Porquê? * Qual o que menos gostou? Porquê?	* Factores: .Supervisor; .Docente; .Equipe; .Área; .Recursos humanos e materiais; . número de

		<p>* Gosta mais das aulas teóricas ou dos estágios? Porquê?</p>	<p>alunos por serviço; . Tempo; .Oportunidade para praticar. * valor do contexto prático *O que significa para si estar em estágio?</p>
<p>C- Competências dos alunos</p>	<p>* Identificar as competências que o aluno adquire em Ensino Clínico e a forma como as adquire.</p>	<p>*Pensando em todos os estágios pelos quais já passou, quais foram os momentos particularmente difíceis para si?</p> <p>* O que fez para resolvê-los?</p> <p>* Acha que estava preparado para resolvê-los? Porquê?</p>	<p>*Houve alguma situação que teve dificuldade em resolver?</p> <p>*Recursos: Supervisor; Docente; Equipe; Colegas; Conhecimentos teóricos; Pesquisa.</p> <p>* Acha que possuía os conhecimentos Teóricos (científicos,</p>

			<p>técnicos e relacionais) necessários à resolução do problema?</p> <p>* Foi capaz de pôr em prática esses conhecimentos?</p> <p>* Que competências pensa que os estágios lhe permitiram desenvolver?</p> <p>Competências adquiridas/ desenvolvidas em estágio:</p> <ul style="list-style-type: none"> .cognitivas; . técnicas; . relacionais; .metacognitivas; . Sociais.
D- Competências do supervisor do local de Ensino Clínico	Identificar as competências do supervisor do local de Ensino Clínico que contribuem para o desenvolvimento de competências no aluno.	* Os enfermeiros orientadores do serviço foram ajudando-o a resolver os problemas? Como?	*Modelo de supervisão: <ul style="list-style-type: none"> .Demonstração; .Demonstração acompanhada de explicação; .Reflexão na, sobre e sobre

		<p>* Dos orientadores que teve pense no que considera ter sido o melhor. Que qualidades ele tem?</p> <p>* Pense agora no que considera ter sido menos competente. Quais as características dele?</p> <p>* De todos esses aspectos que focou qual o que considera mais importante para ser um bom orientador?</p>	<p>a reflexão na acção</p> <p>*Competências do enfermeiro supervisor: .Científicas; .Técnicas; .Relacionais; .Pedagógicas;</p> <p>* Imagine que tinha todo o poder do mundo, quais os critérios que utilizava para seleccionar um orientador?</p> <p>* Qual a competência mais importante num enfermeiro supervisor?</p>
--	--	--	--

ANEXO III

Transcrição das entrevistas
e
Resultados da análise de conteúdo em suporte informático